



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ОБУЧЕНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО:
Директор АНО ДПО «ТМЦО»
Б. В. Ильина
09 февраля 2019 г.

Дополнительная профессиональная образовательная
программа повышения квалификации по циклу
«Рентгенология»

	Должность	Фамилия	Подпись	Дата
Разработчик	Преподаватель АНО ДПО «ТМЦО»			

Тюмень 2019

Содержание программы

- I. Пояснительная записка
- II. Учебно-тематический план
- III. Календарный учебный график
- IV. Организационно-педагогические условия реализации программы
- V. Планируемые результаты
- VI. Оценочные и методические материалы

I. Пояснительная записка

Цель – формирование у обучающихся умения эффективно решать профессиональные задачи; умения провести дифференциально-диагностический поиск.

Задачи:

- углубление знаний по рентгенологии;
- овладение комплексов навыков и умений по избранной специальности;
- формирование способности и готовности к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики;
- формирование гармоничной личности, формирование универсальных и профессиональных компетенций врача рентгенолога в профилактической, диагностической, организационноуправленческой областях.

Форма обучения: заочная (очная) с применением дистанционных технологий

Срок обучения: 144 часов.

Режим занятий: 6 часов в день

Категория обучающихся: специалисты с высшим медицинским образованием по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медицинская биофизика», «Медицинская кибернетика».

Применение дистанционных образовательных технологий

Дистанционные образовательные технологии применяются частично.

В учебном процессе с применением использоваться следующие организационные формы учебной деятельности:

- обзорные (установочные) лекции;
- самостоятельная работа с материалами
- самостоятельная работа с программами контроля знаний (тестами);

II. Учебно-тематический план

№	Наименование модулей	Всего	В том числе	Самостоя-	Форма
----------	-----------------------------	--------------	--------------------	------------------	--------------

		часов	Лекцион- ные	СЗ/ПЗ	тельная работа	контроля
1	Основы социальной гигиены и организация	15	3	1	11	опрос
2	Общие вопросы медицинской рентгено-техники	15	1	1	13	опрос
3	Охрана труда и техника безопасности в отделениях лучевой диагностики	10	4	1	5	опрос
4	Общие вопросы лучевой диагностики	23	3	10	10	опрос
	Принципы и методы лучевой диагностики	12	1,5	5	5,5	опрос
	Физические и биологические основы лучевой терапии	11	1,5	5	4,5	опрос
4.1	Общие вопросы лучевой диагностики	24	6	7	11	опрос
	Методы лучевой терапии опухолей и неопухолевых заболеваний	12	3	3	6	опрос
	Лучевые реакции и повреждения в медицинской радиологии. Ограничение медицинского облучения	12	3	4	5	опрос
5	Лучевая диагностика повреждений и заболеваний	25	5	3	17	опрос
	Лучевая диагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата	14	2,5	2	9,5	опрос
	Лучевая диагностика повреждений и заболеваний легких	11	2,5	1	7,5	опрос
5.1	Лучевая диагностика повреждений и заболеваний	26	4	6	16	опрос
	Лучевая диагностика повреждений и заболеваний сердца и сосудов	13	2	3	8	опрос
	Лучевая диагностика повреждений и заболеваний пищеварительной системы	13	2	3	8	опрос
	Итоговый контроль	6		6		экзамен
	ИТОГО:	144	26	35	83	

Содержание практики

- оформить журнал регистрации рентгенологических исследований (ф. 050/у);
- дать рекомендации по подготовке пациентов и выбрать методику рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта;
- дать рекомендации по подготовке пациентов и выбрать методику рентгенологического исследования мочевыделительной системы;
- дать рекомендации по подготовке пациентов и выбрать методику ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- дать рекомендации по подготовке пациентов пациента к радионуклидному исследованию;
- дать рекомендации по подготовке пациентов к малоинвазивным манипуляциям под ультразвуковым контролем;
- распознать на диагностических изображениях основные лучевые симптомы и синдромы;
- определить примерную индивидуальную эффективную дозу облучения пациентов при основных видах рентгенодиагностических исследований;

- оформить листок учета дозовых нагрузок (в ф.112, ф.025/у-87, ф.003/у) и индивидуальный радиационный паспорт.

**III. Календарный учебный график
по программе дополнительной профессиональной
образовательной программы повышения квалификации
«Рентгенология»**

Неделя обучения	1	2	3	4	5	6	7	Итого часов		
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс			
1 неделя	6	6	6	6	6	6		36		
2 неделя	6	6	6	6	6	6		36		
3 неделя	7	6	6	6	6	5		36		
4 неделя	6	6	6	6	6	6		36		
Итого:								144		
Примечание:										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td>- производственная практика</td> </tr> </table>										- производственная практика
	- производственная практика									

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр Обучения» от 11.01.2018г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

- приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр обучения»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Праздничные и выходные дни- с 1-по 8 января 2018г.,

23-25 февраля 2018г., 8-9 марта 2018 г., 1и 9 мая 2018г., 11-12 июня 2018г., с 3 по 5 ноября 2018 года, 31 декабря 2018г.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 36 часов - 6 дней (понедельник-суббота),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9.00 , окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

График организации учебных групп

№	Направление обучения	Месяцы/даты											
		ян-варь	фев-раль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	де-кабрь
1	«Рентгенология»	По мере комплектации групп											

V. Организационно-педагогические условия реализации программы.

1. Выбор методов обучения для каждого занятия определяется преподавателем в соответствии с составом и уровнем подготовленности слушателей, степенью сложности излагаемого материала.

2. Лекционные занятия проводятся с целью теоретической подготовки слушателей.

Цель лекции - дать систематизированные основы знаний по учебной теме, акцентировав внимание на наиболее сложных вопросах темы занятия. Лекция должна стимулировать активную познавательную деятельность слушателей, способствовать формированию их творческого мышления.

3. Практические занятия включают в себя - создании проблемной ситуации, её анализе, осознания сущности затруднения и постановке учебной проблемы, нахождения способа решения проблемы путем выдвижения гипотезы и её обоснования, решение ситуационных задач с недостающими и избыточными данными, задач с противоречивыми условиями, задач, требующих ограниченного времени на решение, задач с вероятными решениями, задач на умение найти чужую ошибку.

4. Для реализации программы необходимо наличие видео-аудио оборудование (системный блок Hp, монитор Benq, мышь Oklick, клавиатура SVEN, колонки SVEN, камера Logitech).

VI. Планируемые результаты

По окончании курса обучающийся должен знать:

1. Конституцию Российской Федерации.
2. Законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения.
3. Основы организации здравоохранения, медицинской статистики и научной информатики в пределах практического применения методов лучевой диагностики.
4. Физические принципы взаимодействия излучений с веществом, основы радиационной биологии и радиационной защиты, клинической дозиметрии, действующие нормы радиационной безопасности персонала и пациентов.
5. Физические, технические и технологические основы методов лучевой диагностики, принципы организации и проведения инвазивных процедур под лучевым наведением; принципы получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений, устройство госпитальных и радиологических информационных систем, систем архивирования данных о пациенте.
6. Фармакологические и клинические основы применения контрастных веществ в лучевых исследованиях.
7. Этиологию, патогенез, патофизиологию и симптоматику болезней, в диагностике которых используются лучевые методы.
8. Лучевую анатомию и лучевую физиологию органов и систем человека.
9. Лучевую семиотику нарушений развития, повреждений и заболеваний органов и систем человека.
10. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний и повреждений органов и тканей при использовании лучевых методов исследования; алгоритмы лучевой диагностики заболеваний и повреждений.
11. Основы организации и проведения лучевых методов скрининга (доклинической диагностики) социально значимых заболеваний.

По окончании курса обучающийся должен уметь:

1. Осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов лучевой диагностики, в том числе традиционного рентгеновского исследования (рентгенодиагностики), рентгеновской компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.
2. Проводить лучевые исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи.
3. Оформлять протоколы проведенных лучевых исследований с заключением о предполагаемом диагнозе, необходимом комплексе уточняющих лучевых и других инструментальных исследований не позднее 24 часов после проведения исследования.
4. Консультировать лечащих врачей по вопросам обоснованного и рационального выбора лучевых исследований, по результатам проведенных лучевых исследований, участвовать в консилиумах, клинических разборах, клинико-диагностических конференциях.
5. Систематически повышать свою квалификацию, внедрять новые методики лучевых исследований, постоянно анализировать результаты своей профессиональной деятельности, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации.
6. Руководить работой подчиненного ему медицинского персонала, осуществлять меры по повышению его квалификации, контролировать соблюдение персоналом правил внутреннего распорядка, охраны труда, техники безопасности и радиационной безопасности.
7. Контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам.

8. Обеспечивать безопасность пациентов при проведении лучевых исследований, предоставлять пациентам в установленном порядке информацию о радиационном и другом воздействии вследствие предлагаемого или проведенного лучевого исследования.

9. Оказывать первую медицинскую помощь при электрической и механической травме, реакции на введение контрастных веществ и других неотложных состояниях, возникающих при проведении лучевых исследований.

VII. Оценочные и методические материалы.

ФОРМА ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ.

Проверка знаний слушателей включает текущий контроль и итоговый контроль.

Текущий контроль осуществляется преподавателями в процессе проведения занятий.

Итоговый контроль проводится в форме экзамена (теста).

Проверка знаний проводится комиссией, созданной приказом директора обучающей организации.

К экзамену допускаются лица, выполнившие все требования, предусмотренные программой.

ДОКУМЕНТЫ ОБ ОБУЧЕНИИ.

Слушателям, усвоившим все требования программы «Рентгенология» и успешно прошедшим проверку знаний, выдается сертификат/удостоверение утвержденного образца.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Перечень контрольных вопросов для проведения итоговой аттестации/сертификации по рабочей учебной программе цикла повышения квалификации «Рентгенология» в объеме 144 учебных часов

РАЗДЕЛ 1 ОРГАНИЗАЦИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

001. Каким приказом регламентируется деятельность службы лучевой диагностики?

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.

002. На какие категории разбито население, проходящее рентгенологическое обследование, с точки зрения дозовой нагрузки?

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

003. Руководитель медицинского учреждения может изменить штатное расписание рентгеновского отделения путем

1. замены врачебных должностей на рентгенолаборантов
2. замены должностей рентгенолаборантов на врачебные должности
3. равнозначной замены всех штатных должностей
4. перетарификации должностей

004. Усовершенствование врачей-рентгенологов 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

005. 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. при наличии 5-летнего стажа по специальности

006. 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

007. 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

008. Какие органы и ткани пациента нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего излучения?

1. щитовидная железа
2. молочная железа
3. костный мозг, гонады
4. кожа

009. Как часто должен подтверждаться сертификат специалиста?

1. не должен подтверждаться
2. через 3 года
3. через 5 лет
4. через 10 лет

010. Могут ли врачи, не выдержавшие квалификационный экзамен, допускаться к профессиональной деятельности?

1. Да
2. Нет
3. Могут в должности стажера
4. На усмотрение администратора

011. Соответствие рентгеновского кабинета действующим нормативам определяет:

1. администрация
2. технический паспорт
3. санитарно-эпидемиологическое заключение
4. заведующий рентгеновским отделением (кабинетом.)

012. Персонал рентгеновского отделения (кабинета) относится к группе "А":

1. приказом администрации
2. техническим паспортом
3. санитарно-эпидемиологическим заключением
4. заведующим рентгеновским отделением (кабинетом)

013. Можно ли размещать рентгеновские кабинеты в жилых домах?

1. да
2. нет
3. можно в полуподвальном помещении

4. можно при хорошо оборудованной защите

014. Заведующий рентгенологическим отделением (кабинетом):

1. осуществляет полную рабочую нагрузку врача-рентгенолога (должность не является освобожденной)
2. не осуществляет рабочую нагрузку врача-рентгенолога
3. осуществляет 50% рабочей нагрузки врача-рентгенолога
4. объем работы определяется администрацией

015. Продолжительность рабочей недели врача-рентгенолога и рентгенолаборанта в рентгенодиагностическом кабинете?

1. не более 2000 минут
2. не нормируется
3. 2500 минут
4. 3000 минут

РАЗДЕЛ 2 ОБЩИЕ ВОПРОСЫ РЕНТГЕНОЛОГИИ

001. 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

002. Многопроекционное исследование может быть произведено

1. при ортопозиции
2. при трохопозиции
3. при латеропозиции
4. все ответы правильны

003. Прямое увеличение изображения достигается

1. увеличением расстояния фокус - объект
2. увеличением расстояния фокус - пленка
3. увеличением размеров фокусного пятна
4. увеличением расстояния объект - пленка

004. 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 скрыто протекающих заболеваний (лучевой скрининг)
4. все перечисленное в целом

005. 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

006. Какое свойство рентгеновского излучения является определяющим в его биологическом действии?

1. Проникающая способность
2. Преломление в биологических тканях
3. Скорость распространения излучения
4. Способность к ионизации атомов

007. Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:

1. Мышечная ткань
2. Миокард
3. Эпителиальная ткань
4. Кровотворная ткань

008. Единица Зиверт равна:

1. 100 радам
2. 10бэр
3. 0,1 Грея
4. 100 миллирентгенам

009. Один Грей равен:

1. 100 рад
2. 10000 рад
3. 1000 рад
4. 10 рад

010. При удалении от трубки в 2 раза доза излучения снижается в:

1. 4 раза
2. 1,42 раза
3. 2 раза
4. 16 раз

011. Колба рентгеновской трубки заполнена:

1. Криптоном
2. Вакуумом
3. Водородом
4. Воздухом

012. При обрыве в цепи трубки стрелка миллиамперметра:

1. Сохраняет последнее положение
2. Пульсирует
3. Отклоняется к нулю
4. Зашкаливает

013. В каких случаях рентгенолаборант должен заземлить палатный рентгеновский аппарат:

1. Перед любым включением аппарата в электрическую сеть
2. Заземление не обязательно
3. В случаях выполнения рентгенографии
4. В случае производства с его помощью рентгеноскопии

014. С уменьшением оптического фокуса рентгеновской трубки изображение:

1. Уменьшается
2. Не изменяется
3. Становится более резким
4. Увеличивается

015. Плоскость физиологической горизонтали черепа:

1. Перпендикулярна сагиттальной и фронтальной плоскостям, проходит через наружное слуховое отверстие и нижний край входа в глазницу
2. Делит голову на передний и задний отделы
3. Перпендикулярна сагиттальной и параллельна фронтальной плоскостям
4. Все указанное неверно

016. Каковы основные стандартные проекции при рентгенографии сердца?

1. Прямая передняя и левая боковая

2. Прямая передняя, первая и вторая передние косые
3. Прямая передняя, первая и вторая передние косые, боковая
4. Прямая передняя и любая боковая

017. При обзорной рентгенографии живота в прямой проекции центральный пучок излучения направляют:

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

018. К какой категории облучаемых лиц относится персонал рентгеновского кабинета?

1. Г
2. Б
3. В
4. А

019. Кем должна производиться проверка кабинета при приемке его эксплуатацию?

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. Всеми перечисленными лицами

020. Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка:

1. Диета
2. Голод
3. Клизма утром
4. Клизма вечером и утром

021. При выполнении внутривенной инъекции рентгенолаборанту попала на руку кровь больного. Что необходимо сделать?

1. Вытереть салфеткой
2. Вымыть руки под краном
3. Обработать спиртом
4. Выполнить все перечисленное

022. Если контрастное вещество попало на кожу больного необходимо:

1. Наложить стерильную повязку
2. Протереть спиртом
3. Протереть влажной салфеткой
4. Наложить повязку с противовоспалительной мазью

023. Каковы мероприятия доврачебной помощи при обмороке:

1. Придать больному горизонтальное положение
2. Обеспечить доступ свежего воздуха
3. Применить нашатырный спирт
4. Все перечисленное

024. Какова подготовка больного к гистеросальпингоскографии:

1. Очищение кишечника и опорожнение мочевого пузыря
2. Подготовка не требуется
3. Голод
4. Опорожнение мочевого пузыря

025. Последовательность ваших действий при остановке сердца у больного в рентгеновском кабинете:

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. Внутри сердечно ввести адреналин, вызвать реанимационную бригаду
4. Все перечисленное неверно

026. В каком органе (ткани) происходит наименьшее поглощение рентгеновского излучения?

1. Кость
2. Печень
3. Жировая клетчатка
4. Мышца

027. В чем смысл рентгенографии с прямым увеличением рентгеновского изображения?

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

028. Каковы преимущества цифровой (дигитальной) флюорографии перед обычной флюорографией?

1. Уменьшение лучевой нагрузки на исследуемого
2. Отсутствие фотопроцесса
3. Отсутствие потребности в рентгеновской (флюорографической) пленке
4. Все перечисленные факторы

029. Какие виды рентгенографии относятся к цифровой (дигитальной) рентгенографии?

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
4. Все указанные выше способы рентгенографии

030. В чем заключается методика "усиления" при рентгеновской компьютерной томографии?

1. Томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгеновского контрастного вещества
2. В повышении напряжения генерирования рентгенового изображения
3. В получении изображения очень тонких слоев объекта
4. В ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого о

РАЗДЕЛ 3 ФИЗИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕНТГЕНОЛОГИИ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

001. Слой половинного ослабления зависит

1. от энергии рентгеновских фотонов
2. от плотности вещества
3. от атомного номера элемента
4. все ответы правильны

002. Не являются электромагнитными

1. инфракрасные лучи
2. звуковые волны
3. радиоволны

4. рентгеновские лучи

003. В индивидуальных дозиметрах используется все перечисленное, кроме

1. фотопленки
2. конденсаторной камеры
3. термолюминесцентного кристалла
4. сцинтилляционного датчика

004. Показания индивидуального рентгеновского дозиметра зависят

1. от мощности излучения
2. от жесткости излучения
3. от продолжительности облучения
4. все ответы правильны

005. В классическом случае рассеянное излучение имеет

1. более высокую энергию, чем исходное излучение
2. меньшую энергию, чем исходное излучение
3. ту же энергию, что и исходное излучение
4. правильного ответа нет

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

1. увеличивается в 2 раза
2. уменьшается на 50%
3. уменьшается в 4 раза
4. не изменяется

007. Действительный фокус рентгеновской трубки имеет форму

1. круга
2. треугольника
3. прямоугольника
4. квадрата

008. Излучение рентгеновской трубки стационарного аппарата

1. является моноэнергетическим
2. имеет широкий спектр
3. зависит от формы питающего напряжения
4. правильны все ответы

009. Малым фокусом рентгеновской трубки считается фокус размером приблизительно

1. 0,2x0,2мм
2. 1 x 1 мм
3. 2x2 мм
4. 4x4 мм

010. Источником электронов для получения рентгеновских лучей в трубке служит

1. вращающийся анод
2. нить накала
3. фокусирующая чашечка
4. вольфрамовая мишень

011. Отсеивающей решеткой называется

1. кассетодержатель вместе с неподвижным растром
2. мелкоструктурный растр
3. растр с приводом и кассетодержателем
4. наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры

012. На резкость рентгеновских снимков не влияет

1. толщина флюоресцентного слоя усиливающих экранов
2. размер кристаллов (зерен) люминофора

3. толщина подложки усиливающего экрана
4. контакт экрана с рентгеновской пленкой

013. Глубинные диафрагмы применяют

1. для ограничения афокального излучения
2. для ограничения рассеянного излучения
3. для защиты от неиспользуемого излучения
4. все ответы правильные

014. На качество снимка влияют следующие параметры рентгеновской кассеты

1. материал корпуса
2. конструкция замка
3. упругий материал прижима экранов
4. масса кассеты

015. Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является

1. укорочение времени экспозиции
2. ограничение рентгеновского луча
3. уменьшение времени проявления
4. отфильтрование мягкого излучения

016. В качестве детектора в рентгеновском автомате экспозиции (рентгеноэкспониметре) используется

1. фотоэмульсия
2. ионизационная камера
3. сцинтилляционный кристалл
4. правильно 2 и 3

017. Применение усиливающих экранов позволяет уменьшить экспозицию по крайней мере

1. в 1.5 раза
2. в 3 раза
3. в 10 раз
4. в 100 раз

018. Наибольшую лучевую нагрузку дает

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

019. Разрешающая способность флюорографа в основном определяется

1. линзовой системой
2. пленкой
3. размером фокуса излучателя
4. правильно 1 и 3

020. Режим "падающей нагрузки" позволяет

1. упростить включение и отключение высокого напряжения
2. более рационально использовать мощность трубки
3. укоротить экспозицию
4. правильно 2 и 3

021. Необходимыми элементами рентгеновского ангиографического комплекса являются все перечисленные, кроме

1. стола с подвижной декой
2. излучателя с вращающимся анодом
3. серийной кассеты
4. все ответы правильные

022. Информативность томографии определяется

1. размахом колебания излучателя
2. расстоянием фокус-пленка
3. мощностью излучения
4. все перечисленное верно
5. правильно только 1 и 3

023. Повышенную вуаль на рентгенограмме могут вызывать все перечисленное, кроме

1. слишком длительного проявления
2. некачественной пленки
3. повышенной мощности ламп в неактивных фонарях
4. все ответы правильны

024. Чувствительность рентгеновских экранных пленок не зависит

1. от условий фотообработки
2. от типа применяемых экранов
3. от длительности и условий хранения
4. все ответы правильны

025. При стандартном времени проявления 5-6 мин изменение температуры на 2°C требует изменения времени проявления

1. на 30 с
2. на 1 мин
3. на 1,5 мин
4. на 2 мин
5. изменения времени проявления не требуется

026. Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются

1. сульфат бария
2. органические соединения йода
3. газы (кислород, закись азота, углекислый газ)
4. все перечисленное

РАЗДЕЛ 4 РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

001. Единицей измерения экспозиционной дозы является:

1. рентген
2. грей
3. зиверт
4. рад
5. бэр

002. 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. произведение средней эффективной дозы на 1-ю группу людей на число людей в данной группе
5. средняя энергия, переданная ионизирующим излучением массе вещества в элементарном объеме

003. Единицей измерения поглощенной дозы является:

1. рентген
2. грей
3. рад
4. бэр
5. правильно 2 и 3.

004. Единицей измерения эквивалентной дозы в международной системе единиц является:

1. грей
2. джоуль
3. рад
4. зиверт
5. рентген

005. При проведении рентгенологических исследований выходная доза определяется следующими параметрами:

1. чувствительностью приемника изображения
2. силой тока
3. расстоянием "источник-кожа"
4. толщиной тела пациента

006. Для определения мощности дозы на рабочих местах персонала наиболее широко используются следующие методы:

1. ионизационный
2. фотохимический
3. люминесцентный
4. химический
5. биологический

007. Для измерения дозы внешнего облучения используются следующие методы:

1. измерение активности тела человека на СИЧ
2. измерение удельной активности воздуха
3. индивидуальный дозиметрический контроль
4. контроль радиоактивного загрязнения одежды и кожи
5. контроль загрязнения почвы населенных пунктов радионуклидами

008. Энергия фотонного излучения в результате эффекта Комптона:

1. увеличивается
2. остается прежней
3. уменьшается
4. может уменьшаться или увеличиваться
5. равна нулю

009. Вероятность возникновения острых лучевых поражений зависит от:

1. мощности дозы внешнего облучения
2. времени облучения
3. накопленной эффективной дозы за первые два дня облучения
4. накопленной эффективной дозы за первый год облучения
5. накопленной поглощенной дозы общего и локального облучения за первые двое суток

010. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе:

1. центральной нервной
2. сердечно-сосудистой
3. органов кроветворения
4. пищеварительной
5. иммунной

011. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

1. тошнота и рвота
2. лейкопения
3. эритема кожи
4. выпадение волос
5. жидкий стул

012. Пороговая доза развития острой лучевой болезни составляет:

1. 0,5 Гр
2. 1 Гр
3. 2Гр
4. 3 Гр
5. 4 Гр

013. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются:

1. нарушение половой потенции
2. гипоспермия
3. водянка яичка
4. наследственные болезни у детей
5. снижение в крови тестостерона

014. 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
5. заболеванием, не связанным с облучением

015. 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
5. менее 200 в мкл

016. 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
5. менее 10 тыс. в мкл

017. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов:

1. эритроцитов
2. лейкоцитов
3. нейтрофилов
4. лимфоцитов
5. тромбоцитов

018. "Малыми" принято называть дозы:

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 ста-

тистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц

5. меньшие, чем допустимые дозы облучения

019. Какие из видов радиационной патологии относятся к стохастическим:

1. острые и хронические лейкозы

2. аутоиммунный тиреоидит

3. врожденные аномалии развития

4. лучевая катаракта

5. правильно 1 и 3

020. На риск развития рака у лиц, подвергшиеся облучению влияют следующие факторы:

1. характер облучений (доза, качество излучения)

2. генетические особенности человека, подвергшегося облучению

3. возраст в момент облучения

4. наличие сопутствующих заболеваний

5. все ответы правильные

021. Поражение плода наиболее часто возникает на следующих сроках беременности:

1. до 4 недель

2. 4-25 недель

3. 25-40 недель

4. все ответы правильные

022. Нормы радиационной безопасности (НРБ-96) не распространяются на следующие виды воздействия ионизирующего излучения на человека:

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

5. медицинское облучение населения

023. Эффективная доза за года среднее за 5 последовательных лет для лиц из населения в соответствии с НРБ-99 не должна превышать:

1. 20 мЗв

2. 10 мЗв

3. 5 мЗв

4. 2 мЗв

5. 1 мЗв

024. Годовая эффективная доза облучения при проведении профилактических медицинских рентгенологических и научных исследований практически здоровых лиц не должна превышать:

1. 0,5 мЗв

2. 1,0 мЗв

3. 2,0 мЗв

4. 5,0 мЗв

5. 10 мЗв

025. Доза облучения врача-рентгенолога определяется:

1. общим количеством выполненных исследований

2. количеством коек в стационаре

3. мощностью дозы на рабочем месте около универсального штатива и объемом работы при выполнении рентгенологического исследования

4. количеством участков в поликлинике

5. все ответы правильные

026. Эффективная доза за год в среднем за 5 последовательных лет для лиц из персонала группы А в соответствии с НРБ-99 не должна превышать:

- 1.50 мЗв
- 2.30 мЗв
- 3.20 мЗв
4. 10 мЗв
5. 5 мЗв

027. В соответствии с НРБ-99 при проведении профилактических рентгенологических исследований предел годовой эффективной дозы установлен на уровне:

1. 1 мЗв
2. 3 мЗв
3. 5 мЗв
4. 30 мЗв
5. 300 мЗв

028. Детерминированные эффекты в результате однократного облучения могут возникать при дозах, превышающих:

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. 0,2 Гр при облучении области живота у беременной женщины
5. все вышеперечисленное правильно

029. Врач-рентгенолог обязан отказаться от проведения рентгенологического исследования если:

1. данное исследование не может дать дополнительную информацию
2. более целесообразно направить пациента на исследование другими методами
3. пациент уже был обследован рентгенологически, качество снимков неудовлетворительное
4. невозможности получения информации другими методами

030. Женщина в возрасте 40 лет пришла на рентгенологическое исследование. Врач должен задать ей, с точки зрения радиационной защиты, следующий вопрос:

1. когда пациентка заболела
2. когда и кем назначено исследование
3. когда были последний раз месячные
4. в каком возрасте появились месячные
5. когда ожидаются следующие месячные и продолжительность гормонального цикла

031. Защита от излучения рентгеновского аппарата необходима:

1. круглосуточно
2. в течение рабочего дня
3. только во время рентгеноскопических исследований
4. только во время генерирования рентгеновского излучения
5. все вышеперечисленное правильно

032. Наибольшему облучению врач-рентгенолог подвергается при выполнении следующих исследований:

1. рентгеноскопии при вертикальном положении стола
2. рентгеноскопии при горизонтальном положении стола
3. прицельной рентгенографии грудной клетки за экраном
4. прицельной рентгенографии желудочно-кишечного тракта за экраном
5. рентгенографии на втором рабочем месте

033. Наибольшему облучению при проведении рентгенологических исследований подвергаются следующие специалисты:

1. врачи-рентгенологи в кабинетах общего профиля
2. врачи-рентгенологи в кабинетах ангиографического профиля
3. врачи-рентгенологи флюорографических кабинетов
4. рентгенолаборанты кабинетов общего профиля
5. рентгенолаборанты ангиографических кабинетов

034. Наименьшую дозу облучения за 1 процедуру больной получает при проведении:

1. рентгеноскопии без УРИ
2. рентгеноскопии с УРИ
3. рентгенографии
4. флюорографии

035. Наиболее вероятная доза облучения в год, полученная врачом в кабинете рентгенодиагностики общего профиля, составляет:

1. 0.01-0.5 Р
2. 0,5-1.5 Р
3. 1.5-5 Р
4. 5-10 Р

036. Мероприятие, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности:

1. производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
2. производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
3. не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
4. перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

037. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшийся облучению, в следующем случае:

1. при поглощенной дозе на плод более 0,10 Гр
2. при поглощенной дозе на плод более 0,50 Гр
3. при поглощенной дозе на плод более 1,0 Гр
4. при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

038. На персонал рентгеновского кабинета воздействуют следующие виды ионизирующего излучения:

1. рентгеновское излучение
2. гамма - излучение
3. ускоренные электроны
4. ультрафиолетовое излучение
5. бета- и гамма-излучение от наведенной радиоактивности в воздухе

039. Защита рук врача-рентгенолога при проведении пальпации во время рентгенологического исследования осуществляется:

1. правильным выбором режима работы аппарата
2. диафрагмированием пучка
3. размещением рук за пределами светящегося поля
4. применением защитных перчаток
5. все вышеприведенные ответы правильные

040. Мероприятия по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии:

1. дезактивация кожи
2. прием радиопротектора
3. реанимационные мероприятия
4. гемосорбция
5. купирование рвоты

041. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано:

1. при дозах облучения менее 3 Гр
2. больным, у которых не было первичной реакции
- + 3. больным с легкой степенью лучевой болезни
4. больным, получившим летальные дозы облучения

042. В группу повышенного риска включаются следующие лица:

1. взрослые с эффективной дозой острого облучения свыше 200 мЗв
2. взрослые с накопленной эффективной дозой хронического облучения более 350 мЗв
3. лица, облученные внутриутробно в дозе свыше 50 мЗв
4. дети с дозой на щитовидную железу свыше 1 Гр
- + 5. все ответы правильные

РАЗДЕЛ 5 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

001. Наибольшую информацию о состоянии канала зрительного нерва дает рентгенограмма черепа

1. в носо-подбородочной проекции
2. в носо-лобной проекции
3. в прямой задней проекции
4. в косой проекции по Резе

002. Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа дает рентгенограмма

1. в прямой передней проекции
2. в прямой задней проекции
3. в носо-подбородочной проекции
4. в боковой проекции

003. Наибольшую информацию при переломе боковой стенки глазниц дает рентгенограмма

1. в носо-подбородочной проекции
2. в прямой задней проекции
3. в носо-лобной проекции
4. в аксиальной проекции

004. Наибольшую информацию о соотношении костей краниовертебральной области дает рентгенограмма

1. в прямой передней проекции
2. в боковой проекции
3. в косой проекции
4. в носо-подбородочной проекции

005. Наиболее важным рентгенологическим симптомом базиллярной импрессии является

1. расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберлена на 6 мм и более
2. уплощение базального угла в 140°
3. углубление задней черепной ямки
4. углубление передней черепной ямки

006. Наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются

1. обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы
2. прицельные касательные рентгенограммы
3. прицельные контактные рентгенограммы
4. прямые томограммы

007. Наиболее точную информацию при вдавленном переломе костей свода черепа

дает

1. обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции
2. томограммы в прямой и боковой проекции
3. прицельные контактные рентгенограммы
4. прицельные касательные рентгенограммы

008. Наибольшую информацию о травматических поражениях костей черепа дает

1. обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
2. компьютерная томография черепа
3. обзорная рентгенограмма в аксиальной проекции
4. ангиография черепа

009. Для выявления перелома костей основания черепа рекомендуется произвести

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

010. Для выявления переломов лицевого скелета применяются

1. задняя обзорная рентгенограмма
2. боковая обзорная рентгенограмма
3. аксиальная рентгенограмма
4. рентгенограмма в носо-подбородочной проекции

011. Гемосинус является косвенным симптомом

1. острого синусита
2. травматического поражения костей черепа
3. хронического синусита
4. остеомы придаточных пазух носа

012. Воздушная киста гортани (ларингоцеле) располагается

1. в надгортаннике
2. в подскладочном отделе
3. в черпалонадгортанной складке и вестибулярной складке
4. в голосовых складках

013. Наиболее информативной для исследования турецкого седла является

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

014. Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют

1. 3-6 мм
2. 7-9 мм
3. 9-14мм
4. 7-16мм

015. Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют

1. 5-7 мм
2. 4-10 мм
3. 7-12 мм
4. 6-14 мм

016. Возрастные особенности черепа включают

1. состояние швов
2. рисунок сосудистых борозд
3. выраженность развития пальцевых вдавлений
4. развитие выпускников

017. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является

1. увеличение размеров турецкого седла
2. остеопороз деталей седла
3. повышенная пневматизация основной пазухи
4. понижение пневматизации основной пазухи

018. Под термином "рельеф костей свода черепа" понимают

1. рисунок венозных синусов
2. рисунок артериальных борозд
3. рисунок пальцевых вдавлений
4. рисунок всех перечисленных выше образований

019. К часто встречающимся доброкачественным опухолям свода черепа относятся

1. остеома
2. гемангиома
3. остеохондрома
4. киста

020. Чаще всего метастазируют в кости черепа

1. рак желудка
2. злокачественные опухоли скелета
3. рак легкого
4. рак толстой кишки

021. Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является

1. трабекулярный рисунок структуры костей
2. множественные, округлой формы и различной величины очаги деструкции
3. утолщение костей свода
4. очаги склероза

022. К рентгеновским признакам синдрома Морганьи относятся

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

023. Для гемангиомы костей свода черепа характерны

1. ограниченный остеосклероз
2. гиперостоз
3. локальный остеопороз с грубоячеистой структурой
4. распространенная ячеистость

024. При эпидермоидах костей черепа характерны

1. нечеткие контуры
2. четкие склеротические контуры
3. изъеденные контуры
4. утолщенные контуры

025. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является

1. углубление пальцевых вдавлений
2. остеопороз структуры, уплощение турецкого седла
3. расширение каналов диплоических вен
4. расхождение швов

026. Наибольшую информацию при опухоли слухового нерва дает проекция

1. по Шюллеру
2. по Майеру

3. по Стенверсу

4. обзорная рентгенограмма черепа у взрослых в прямой проекции

027. Основным симптомом полного краниостеноза является

1. деформация черепа

2. истончение костей свода черепа

3. усиление пальцевых вдавлений

4. раннее закрытие швов

028. 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

029. 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

030. Рентгенологическая картина метастазов в череп характеризуется чаще

1. множественными очагами деструкции

2. единичными очагами деструкции

3. очагами склероза

4. очагами гиперостоза

031. К рентгенологическим симптомам опухоли зрительного нерва относятся

1. деструкция глазницы

2. односторонний экзофтальм

3. деструкция отверстия зрительного нерва

4. деструкция основания черепа

032. Повышение внутричерепного давления сопровождается

1. утолщением костей

2. истончением костей свода черепа

3. ранним закрытием швов 4- поздним закрытием швов

033. Наиболее частой локализацией остеоом черепа является

1. лобная пазуха

2. клетки решетчатого лабиринта

3. затылочная кость

4. верхнечелюстная пазуха

034. Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха 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

035. Типом строения сосцевидного отростка I фп патологии является

1. пневматический

2. склеротический

3. диплоический

4. смешанный

036. 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

037. Для выявления врожденных аномалий среднего и внутреннего уха показана

1. обзорная рентгенография черепа
2. рентгенография черепа в проекциях Майера и Шюллера
3. контрастное рентгенологическое исследование уха
4. компьютерная томография

038. Для рентгенодиагностики лабиринтита и фистулы наружного полукружного канала необходимы

1. рентгенограммы в проекции Шюллера
2. рентгенограммы в проекции Майера
3. рентгенограммы в проекции Стенверса
4. обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции

039. Основным рентгенологическим симптомом кисты пазухи является

1. тень с полициклическими контурами на фоне пазух
- + 2. полукруглая гомогенная тень на широком основании
3. округлый дефект пазухи
4. овальной формы пристеночное утолщение

040. Оптимальной методикой для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты является

1. томография черепа в аксиальной проекции
2. рентгеноскопия черепа в боковой проекции
3. ангиография
4. контрастная гаймориграфия

041. Причинами эмфиземы глазницы могут быть

1. ранения глазницы
2. переломы лобной пазухи
3. переломы основания черепа
4. переломы костей носа

042. Оптимальным положением для выявления экссудата в верхнечелюстных пазухах являются

1. обзорная рентгенография черепа в боковой проекции и горизонтальном положении больного
2. рентгенография черепа в подбородочной проекции и вертикальном положении больного
3. рентгенография черепа в носо-лобной проекции
4. рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции и горизонтальном положении больного

043. При развитии гемосинуита после травмы черепа возникает

1. гомогенное затемнение пазухи
2. негомогенное затемнение пазухи
3. ограниченное округлое затемнение в пазухе
4. пристеночное затемнение

044. 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

045. Увеличение объема пазухи наблюдается

1. при кисте
2. при гайморите
3. при полипозе

4. при злокачественной опухоли

046. Характерным симптомом хронического синусита в стадии ремиссии является

1. гомогенное затемнение пазухи
2. пристеночное затемнение пазухи
3. изменение величина и формы пазухи
4. слоистость пристеночного затемнения пазухи

047. Степень пневматизации пазух и варианты их развития зависят

1. от возраста
2. от наличия общего заболевания
3. от врожденных особенностей развития лицевого черепа
4. правильно 1 и 3

048. Переломы нижней челюсти и зубов в рентгенологическом изображении проявляются

1. смещением суставных поверхностей
2. несоответствием суставных поверхности
3. наличием линии просветления
4. склерозом костей челюсти

049. Показаниями для применения ортопантомографии являются

1. заболевания глазницы
2. заболевания уха
3. заболевания челюстей и зубов
4. заболевания лобной пазухи

050. Наиболее частым показанием к применению рентгенологического метода исследования в процессе активного лечения зуба является

1. определение проходимости канала
2. наличие радикулярной кисты
3. выявление костной деструкции челюсти
4. вывих зуба

051. Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается

1. контрастное исследование с бариевой взвесью
2. обзорная рентгеноскопия органов шеи
3. обзорная рентгенография шеи под контролем экрана
4. обзорная телерентгенография в боковой проекции

052. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи считают

1. расширение превертебральной клетчатки
2. симптом "стрелки"
3. воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослоев"
4. отек надгортанника

053. Асимметрия голосовых складок наблюдается чаще

1. при параличе гортани
2. при раке голосовой складки
3. при фиброме голосовой складки
4. при папилломе гортани

054. Рентгенологическими симптомами доброкачественных опухолей гортани являются

1. округлая дополнительная тень с четкими контурами
2. множественные дополнительные тени
3. отсутствие подвижности складок
4. правильно 1 и 2

055. Наиболее частой причиной сужений просвета гортани является

1. ожог
2. рак
3. аллергический процесс
4. рубцовые процессы (разной этиологии)

056. К рентгенологическим симптомам травм гортани чаще относятся

1. вывих черпаловидных хрящей
2. перелом щитовидного хряща
3. смещение свободного края надгортанника
4. перелом подъязычной кости

057. Рентгенологическими симптомами ларингита являются

1. утолщение надгортанника
2. увеличение гортанных желудочков
3. неподвижность элементов гортани
4. утолщение складок гортани при сохранении подвижности

058. Рентгенологическими симптомами парезов гортаноглотки при контрастном исследовании являются

1. задержка бариевой взвеси в желудочках гортани
2. задержка бариевой взвеси в карманах глотки
3. поступление бариевой взвеси в пищевод
4. поступление бариевой взвеси в глотку

059. 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

060. Характерным рентгенологическим симптомом опухоли носоглотки является

1. деструкция костей носа
2. затемнение клиновидной пазухи
- + 3. дополнительная тень в носоглотке
4. затемнение верхнечелюстной пазухи

РАЗДЕЛ 6. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СРЕДОСТЕНИЯ

001. Рентгеноскопия дает возможность изучить

1. состояние корней легких
2. легочной рисунок
3. междолевые щели
4. подвижность диафрагмы

002. Разрешающая способность рентгенографии

1. идентична рентгеноскопии
2. менее информативна флюорографии
3. идентична крупнокадровой флюорографии
4. менее информативна рентгеноскопии

003. Крупнокадровая флюорография по информативности

1. соответствует рентгенографии
2. более информативна рентгенографии
3. менее информативна рентгенографии
4. соответствует рентгеноскопии

004. Томография необходима, скорее всего, в диагностике

1. острой пневмонии

2. осумкованного плеврита
3. рака легкого
4. поражений диафрагмы

005. Легочной рисунок при пробе Вальсальвы

1. не изменяется
2. усиливается
3. обедняется
4. обогащается

006. Прозрачность легочных полей при пробе Вальсальвы

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется
4. изменяется неравномерно

007. Проба Вальсальвы наиболее эффективна при

1. эхинококковой кисте легкого
2. междолевом осумкованном плеврите
- + 3. артерио-венозной аневризме легкого
4. закрытом абсцессе легкого

008. Кровенаполнение в легких при пробе Мюллера

1. не изменяется
2. увеличивается
3. уменьшается
4. увеличивается в базальных отделах

009. Легочной рисунок при пробе Мюллера

1. усиливается
2. обедняется
3. не изменяется
4. обогащается

010. КТ лучше применять для изучения поражений

1. средостения
2. легких
3. плевры
4. правильно 1, 2, 3

011. Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии

1. паренхимы легкого
2. сосудов малого круга кровообращения
3. трахео-бронхиального дерева
4. сосудов малого круга кровообращения и трахео-бронхиального дерева

012. Наибольшую информацию пневмомедиастинография дает при процессах в

1. средостении
2. легком
3. плевре
4. диафрагме

013. Диагностический пневмоперитонеум показан при заболеваниях

1. легких
2. легких и диафрагмальной плевры
3. диафрагмы
4. диафрагмы и диафрагмальной плевры

014. 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

015. 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

016. Плащевой слой доли легкого чаще всего состоит из рядов долек

1. одного
2. двух-трех
3. шести
4. восьми

017. Сегментарные легочные вены разветвляются

1. вместе с артериями
2. вместе с бронхами
3. по границам сегментов
4. в плащевом слое

018. Плащевой слой доли составляют

1. разветвления мелких бронхов
2. разветвления мелких сосудов
3. междолевии и костляная плевра
4. легочные доли

019. Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов

1. восьми
2. девяти
3. десяти
4. двенадцати

020. Левое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов

1. шесть
2. восьми
3. девяти
4. десяти

021. 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

022. Анатомический субстрат тени корня в норме - это стволы:

1. артерий
2. артерий и вен
3. артерий, вен и бронхов
4. артерий и бронхов

023. В правом легком может быть несколько добавочных долей

1. одна
2. две
3. три
4. четыре

024. В левом легком может быть несколько добавочных долей

1. две
2. три
3. четыре
4. пять

025. Наименьшая автономная единица легкого

1. ацинус
2. субдолька
3. долька
4. сегмент

026. Отличит 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

027. Локализацию патологического образования в легком желательно проводить по

1. межреберьям
2. легочным зонам
3. сегментам
4. долям

028. В большинстве случаев интенсивность тени зависит от

1. характера анатомического субстрата
2. локализации
3. размеров
4. размеров и локализации

029. Бифуркация трахеи расположена на уровне грудного позвонка

1. третьего
2. четвертого
3. пятого, шестого
4. седьмого .

030. Отображение воздушных бронхов на фойе затемнения (полоски Флейшнера-Соколова) характерно для

1. очаговой пневмонии
2. крупозной пневмонии
3. экссудагивнсмо плеврита
4. ракового ателектаза

031. О четкости рентгенограммы грудной клетки судят по контурам

1. средостения
2. диафрагмы
3. магистральных сосудов
4. ребер

032. На обзорной рентгенограмме в боковой проекции угол лопатки виден на уровне грудного позвонка

1. пятого
2. седьмого
3. девятого
4. десятого

033. На боковой рентгенограмме грудной клетки головка левого корня легкого расположена

1. выше правой и кпереди
2. на одном уровне
3. ниже правой и кзади
4. выше правой и кзади

034. Расширение и неструктурность корня легкого наиболее характерны для

1. хронического бронхита
2. хронической пневмонии

3. хронического бронхита и хронической пневмонии
4. центрального рака

035. Признаки нарушения лимфооттока в легком

1. усиление сосудистого рисунка
2. множественные очаговые тени
3. усиление легочного рисунка ч очаговые тени
4. плевральные линии и линии Керли

036. Полосовидная и лентовидная тень, видимая на прямой рентгенограмме, и не видна на боковой - характерна для

1. дисковидного ателектаза
2. междолевой плевральной швзрты
3. фибринозного плеврта
4. ограниченного пневмосклерса

037. На внутрилегочное расположение пристеночного образования указывает

1. округлая форма
2. изменение формы в разных проекциях
3. смещаемость с легким при дыхании
4. прямые углы с грудной стенкой в разных проекциях

038. Множественные полости в легких чаще бывают при

1. стафилококковой метастатической пневмонии
2. метастазах опухоли почки
3. многофокусной очаговой пневмонии
4. множественном лейомиоматозе

039. Толщина стенок при множественных полостях равномерная при

1. метастатической стафилококковой пневмонии
2. эхинококкозе
3. абсцессах
4. злокачественных метастазах

040. Контуры тени в легком нечеткие при

1. периферической аденоме
2. гамартоме
3. кистозном образовании
4. очаговой пневмонии

041. Долевое затемнение с увеличением объема дает

1. крупозная пневмония
2. фридлендеровская пневмония
3. саркома легкого
4. туберкулезный инфильтрат

042. Крупную очаговую тень в легком чаще всего дает

1. туберкулома
2. фридлендеровская пневмония
3. солитарный метастаз
4. гамартома

043. Внутригрудные лимфатические узлы - это лимфоузлы

1. переднего средостения
2. центрального и заднего средостения
3. корневые
4. корневые и средостения

044. В дифференциальной рентгенодиагностике множественных образований в легких имеет значение

1. локализация

2. структура
3. контуры
4. все перечисленное правильно

045. Обызвествление капсулы характерно ду кисты:

1. ретенционной
2. эхинококковой
3. бронхогенной
4. правильно 2 и 3

046. На рентгенограмме интенсивность тени в легком зависит от

1. размеров
2. морфологического субстрата
3. локализации
4. размеров и локализации

047. Изменение окружающей легочной ткани и корня легкого наблюдается при

1. первичном туберкулезном комплексе
2. бронхиоло-альвеолярном раке
3. гамартохондроме
4. периферической аденоме

048. Корень легкого расширен при

1. центральном раке
2. коллагенозах
3. пневмонии и коллагенозах
4. при всех этих заболеваниях

049. Двустороннее увеличение размеров копией легких, чаще всего, наблюдается при

1. саркоидозе
2. септической метастатической пневмонии
3. 2-хсторонних метастазах опухоли почки
4. медиастинальном раке легкого

050. Наружные контуры корней легких бугристые при

1. саркоидозе
2. венозной гипертензии малого круга кровообращения
3. хроническом диффузном бронхите
4. септической метастатической пневмонии

051. Наиболее частой аномалией развития легких является

1. обратное расположение легких
2. добавочная доля непарной вены
3. трахеальный бронх
4. четырехдолевое строение легкого

052. Для кистозной доли легкого характерны

1. усиление и деформация легочного рисунка
2. множественные тонкостенные полости
3. повышение прозрачности
4. расширение корня и деформация легочного рисунка

053. Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании

1. рентгенографии
2. бронхографии
3. томографии
4. ангиопульмоиографии

054. Пороки и аномалии развития возникают

1. во внутриутробном периоде
2. в детском возрасте
3. в подростковом возрасте

4. в молодом возрасте

055. Аномалии бронхо-легочной системы от пороков отличаются

1. отсутствием клиники
2. отсутствием функциональных нарушений
3. сопутствующей деформацией грудной клетки
4. нет отличительных признаков

056. Наиболее частые осложнения пороков развития бронхо-легочной системы:

1. кровотечение
2. озлокачествление
3. нагноение
4. эмфизема

057. Наиболее характерным симптомом легочной секвестрации является

1. усиление легочного рисунка
2. деформации легочного рисунка
3. ограниченная тень в базальных отделах легкого
4. высокое стояние купола диафрагмы

058. Заполненную жидкостью солитарную кисту следует дифференцировать с круглыми образованиями:

1. паразитарной кистой
2. доброкачественной опухолью
3. осумкованным междолевым плевритом
4. все перечисленное верно

059. Смещение трахеи возможно при

1. трахеальных опухолях
2. паратрахеальных опухолях
3. лимфадените
4. трахеите

060. Сдавление трахеи отмечается при

1. медиастинитах
2. опухолях средостения
3. тиреоидитах
4. при всех перечисленных процессах

061. При разрыве главного бронха в средостении будет определяться

1. воздух
2. кровь
3. смещение средостения
4. симптомов не будет

062. Наиболее частая причина бронхолитиаза

1. хроническая пневмония
2. туберкулез
3. хронический бронхит
4. инородные тела

063. Чаще всего крупозная пневмония диагностируется как

1. долевая
2. полисегментарная
3. сегментарная
4. сегментарная и полисегментарная

064. При острой пневмонии лучше при менитгь метод

1. рентгенологический
2. рентгенологический и бронхоскопию
3. рентгенологический и бронхографию
4. бронхографию и бронхоскопию

065. Из осложнений крупозной пневмонии чаще всего бывает

1. плеврит
2. перикардит
3. нагноение инфильтрата
4. переход в хроническую пневмонию

066. Начальная фаза интерстициальной пневмонии проявляется изменениями

1. усилением ле(очного рисунка
2. усилением и деформацией рисунка
3. реакцией корней легких
4. паренхиматозными инфильтратами

067. Чаще всего при аспирационной пневмонии поражаются отделы

1. средние
2. средние и верхние
3. верхние, средние и нижние
4. нижние и задние

068. Как правило, при бронхопневмонии воспалительный фокус ограничивается

1. долькой
3. субсегментом
3. сегментом
4. долькой и субсегментом

069. Воспалительные фокусы при стафилококковой пневмонии чаще локализуются в долях:

1. нижней справа
2. верхней слева
3. нижних обоих легких
4. обоих легких (всех долей)

070. Для получения просветов всех крупных бронхов проводится томография в проекциях

1. прямой и боковой
2. прямой и косой
3. боковой и косой
4. прямой, боковой и косой

071. Смещение средостения в здоровую сторону характерно для

1. рака легкого
2. экссудативного плеврита
3. прогрессирующей легочной дистрофии
4. хронической пневмонии

072. При гипостатической пневмонии, чаще всего, поражаются отделы легочных полей

1. верхне-задние
2. средне-задние
3. базальные
4. средне-задние и передние

073. Для пневмонии при нарушении бронхиальной проходимости характерно

1. объемное уменьшение части легкого
2. объемное уменьшение и воспалительный фокус
3. значительный выпот в плевральной полости
4. отрицательный симптом Гольцкнехта- Якобсона

074. При подозрении на полную релаксацию диафрагмы наиболее целесообразно исследование больного в положении

1. вертикальном

2. Тренделенбурга и на животе
3. на животе
4. на спине

075. Отдифференцировать наддиафрагмальное иораливамис *ит* «чл *и* и частичную релаксацию диафрагмы позволяет

1. рентгеноскопия
2. рентгеноскопия и томографии
3. УЗИ
4. пневмоперитонеум

076. 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

077. Для изучения контуров "круглой" тени целесообразны

1. рентгенография и томография
2. рентгенография
3. рентгеноскопия и бронхоскопия
4. рентгенография и бронхография

078. Для изучения структуры корней легких наиболее целесообразна

1. рентгенография
2. рентгеноскопия
3. рентгеноскопия и рентгенография
4. томография

079. При подозрении на острую травматическую грыжу диафрагмы целесообразны

1. рентгеноскопия
2. рентгенография
3. рентгенография и рентгеноскопия
4. контрастное исследование желудка и толстой кишки

080. Для дренирующего острого абсцесса дегкзмо наиболее характерно

1. горизонтальный уровень жидкости
2. наличие "секвестра"
3. наличие "дорожки" к корню
4. изменение формы

081. Основной skiалогический признак секвестра в полости абсцесса легкого

1. неровность внутренней стенки
2. дополнительная тень
3. большое количество жидкого содержимого
4. уровень с ровной горизонтальной линией

082. Основным признаком хронического абсцесса является

1. наличие полости
2. сморщивающий процесс в легком
3. плевральные шварты
4. бронхоэктазы

083. Для мешотчатых бронхоэктазов характерен вид деформации легочного рисунка

1. сетчатый
2. петлистый
3. ячеистый равномерный
4. ячеистый неравномерный

084. Наиболее достоверная методика исследования в диагностике бронхоэктазов

1. томография
2. бронхография

3. ангиопульмонография
4. рентгенография

085. Наиболее часто протекает с абсцедированием пневмония

1. гипостатическая
2. крупозная
3. микоплазменная
4. стафилококковая

086. Наиболее характерный признак диффузного пневмосклероза

1. диффузное усиление и деформация легочного рисунка
2. неструктурные корни
3. признаки легочной гипертензии
4. снижение подвижности диафрагмы

087. В диагностике ретенционных кист следует применить ряд перечисленных методик, кроме

1. рентгенографии
2. томографии
3. бронхографии
4. трансторакальной пункции

088. Ложная киста легкого - это

1. порок развития
2. «полостной» рак
3. исход абсцесса легкого
4. эмфизематозная булла

089. Увеличение каких размеров грудной клетки характерно для эмфиземы

1. вертикального
2. поперечного
3. передне-заднего
4. всех размеров

090. Наиболее характерный рентгенологический признак эмфиземы легких

1. усиление и деформация легочного рисунка
2. расширение легочных корней
- 3- изменение легочного рисунка и корней-легких
4. повышение прозрачности легочных полей и обеднение рисунка

091. Подвижность купола диафрагмы при эмфиземе легких

1. резко снижена
2. не изменена
3. усилена
4. резко усилена

092. Для прогрессирующей легочной дистрофии наиболее характерны

1. усиление и деформация легочного рисунка
2. обеднение легочного рисунка и повышение прозрачности части легкого
3. объемное уменьшение
4. смещение средостения в большую сторону

093. Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании

1. рентгенографии
2. томографии
3. бронхографии
4. ангиопульмонографии

094. При долевого эмфиземе легкого

1. увеличен объем пораженного легкого
2. снижена прозрачность легкого
3. обеднен легочный рисунок и повышена прозрачность легкого на ограниченном участке

4. смещено средостение

095. Для первичного туберкулезного комплекса характерно

1. доленое затемнение
2. двустороннее поражение
3. расширение тени корня с одной стороны
4. жидкость в плевральной полости

096. Для туберкулезного бронхоаденита характерно

1. двустороннее поражение всех внутригрудных лимфоузлов с обызвествлением по контуру
2. одностороннее увеличение одной-двух групп внутригрудных лимфоузлов
3. расширение корня в сочетании с фокусом в легком
4. двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов

097. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов чаще наблюдается в возрасте

1. детском и юношеском
2. юношеском и пожилом
3. молодом и среднем
4. детском, молодом и пожилом

098. Туберкулезный инфильтрат характеризуется

1. неоднородным треугольным по форме затемнением сегмента или доли лёгкого
2. затемнением с нечетким контуром и очагами отсева
3. затемнением сегмента с уменьшением его объема
4. круглым фокусом с распадом и уровнем жидкости

099. Саркоидоз II-й стадии отличается от диссеминированного туберкулеза легких

1. характером изменений корней легких и средостения
2. характером легочной диссеминации
3. бронхографической картиной
4. плевральными изменениями

100. Структура тени туберкулемы в фазе обострения характеризуется

1. обызвествлением
2. наличием деструкции
3. однородностью
4. обызвествлением и наличием деструкции

101. Какой метод исследования позволяет верифицировать туберкулему

1. исследование мокроты
2. трансторакальная пункция
3. тринсбронхиальная биопсия
4. все методы

102. Для туберкулемы в фазе прогрессирования характерно

1. слоистое строение
2. четкость наружных контуров
3. наличие участков деструкции и очаги отсева
4. высокая интенсивность

103. В первую очередь туберкулема без распада и обызвествления должна дифференцироваться с

1. солитарным метастазом
2. периферическим раком
3. хондромой
4. заполненной жидкостью кистой

104. Чем отличается туберкулезный экссудативный плеврит от плевритов другой этиологии

1. скалиогическими признаками

2. количеством жидкости
3. известковыми включениями
4. цитологическим и бактериологическим исследованием пунктата

105. При подозрении на рак долевого бронха вслед за рентгенографией, в первую очередь, необходимо произвести

1. томографию
2. ангиопульмонографию
3. ангиографию бронхиальных артерий
4. бронхографию

106. Для центрального эндобронхиального рака легкого наиболее характерно

1. нарушение вентиляции
2. нарушение подвижности диафрагмы
3. затемнение в области корня
4. усиление и деформация легочного рисунка в прикорневой зоне

107. На томограмме при центральном раке легкого бронх

1. деформирован
2. ампутирован
3. циркулярно сужен в виде культи, ампутирован
4. расширен

108. Структура и контуры периферического рака легкого лучше определяются на

1. рентгенограммах
2. рентгенограммах и зонограммах
3. зонограммах
4. томограммах

109. Вокруг периферического рака легкого имеется

1. дорожка к корню
2. лучистость
3. очаговые тени
4. лучистость и очаговые тени

110. Наиболее характерный признак метастазов в корне легкого

1. выпуклость наружных очертаний
2. расширение корня
3. бесструктурность корня
4. все перечисленное правильно

111. Опухоль условно называется "малым" раком легкого, если размеры ее

1. до 1 см
2. 1-2 см
3. 2-4 см
4. 4-5 см

112. Для периферического рака типа Пенкоста характерна локализация в сегментах

1. верхних
2. передних
3. базальных
4. задних

113. Солитарный метастаз необходимо дифференцировать с

1. доброкачественными опухолями легких
2. ретенционной кистой
3. очаговой пневмонией
4. осумкованным плевритом

114. Раковый ателектаз средней доли наиболее трудно отличить от

1. междолевого плеврита
2. острой пневмонии

3. цирроза доли
4. при наличии в бронхе инородного тела

115. В дифференциальной диагностике периферического рака легкого и доброкачественных шаровидных образований наибольшее значение имеет

1. величина
2. характер контуров
3. отсутствие известковых включений
4. наличие полости распада

116. Бронхиоло-альвеолярный рак возникает из

1. слизистой субсегментарных бронхов
2. висцеральной плевры
3. альвеолярного эпителия
4. висцеральной плевры и альвеолярного эпителия

117. Для периферической саркомы легкого наиболее характерный признак

1. большие размеры
2. быстрый рост
3. изменения легочного рисунка в окружности
4. однородность

118. Гамартома легкого относится к образованиям

1. нейрогенным
2. опухолеподобным
3. сосудистым
4. воспалительным

119. Состояние бронха и легкого при внутрибронхиальной аденоме лучше определяется

1. бронхография
2. томография
3. бронхоскопия
4. бронхография и бронхоскопия

120. Для аденомы легкого характерно

1. быстрый рост опухоли и малигнизация
2. медленный рост опухоли
3. сопутствующий плеврит
4. отсутствие существенных признаков

121. Наиболее характерный для внутрибронхиальной аденомы легкого рентгенологический симптом

1. объемного уменьшения доли, сегмента
2. культи с четкими контурами
3. культи с нечеткими контурами
4. инфильтратоподобного затемнения

122. Артерио-венозные аневризмы легких - это

1. сосудистая опухоль
2. порок развития
3. приобретенные заболевания
4. последствия травмы

123. Наиболее информативная в диагностике артерио-венозных аневризм методика

1. многопроекционная рентгеноскопия
2. томография
3. ангиопульмонография
4. функциональные пробы

124. Грибковое заболевание легких, проявляющееся шаровидными образованиями -

это

1. актиномикоз
2. кандидомикоз
3. аспергиллез
4. кокцидиоидный микоз

125. Аспергиллома легких локализуется в

1. паренхиме
2. старых санированных кавернах и паренхиме
3. свежих кавернах
4. полости хронического абсцесса

126. Наличие шаровидного образования внутри полости указывает на

1. криптококкоз
2. аспергиллез
3. кокцидиоидомикоз
4. гистоплазмоз

127. Решающее значение в диагностике грибковых заболеваний имеют данные

1. клинические
2. рентгенологические
3. лабораторные
4. весь комплекс

128. Наиболее частые паразитарные заболевания легких

1. токсоплазмоз
2. парагонимоз
3. эхинококкоз
4. гистоплазмоз

129. Морфологический субстрат эхинококка легких - это

1. инфильтрат в паренхиме
2. множественные полости
3. абсцесс
4. киста, заполнения жидкостью

130. Наиболее частая форма эхинококка - это образование

1. овоидное гомогенное больших размеров
2. округлое
3. доленое уплотнение
4. образование неправильной формы

131. Характерные признаки погибшего эхинококка на рентгенограммах

1. уменьшение размеров
2. изменение формы
3. уменьшение размеров и формы
4. обызвествление капсулы

132. Для метастазов рака почки в легки чаще всего характерны

1. выпот в плевральной полости
2. шаровидные образования
3. лимфангиит
4. расширение корней легких

133. Волчаночный плеврит характеризуется

1. массивными швартами
2. односторонним значительным выпотом
3. небольшим двусторонним выпотом
4. значительным двусторонним выпотом

134. Для дифференциальной диагностики, локализующихся в верхне-заднем отделе,

образований в легком и невриноом лучше применять

1. компьютерную томографию
2. юмографию
3. многопроекционную рентгеноскопию
4. УЗИ

135. Обызвествления и костные включения внутри образования средостения характерны для

1. целомы
2. тератомы
3. тимомы
4. зоба

136. В среднем этаже переднего средостения чаще локализуются

1. внутригрудный зоб
2. тимома
3. целомическая киста
4. невринома

137. При зобе средостения для получения наибольшей информации следует применить

1. полипозиционную рентгеноскопию
2. томографию и рентгенографию
3. УЗИ
4. УЗИ, КТ, радиоаотопное исследование

138. Из кист средостения чаще осложняются

1. дермоидные
2. целомическис
3. бронхо-энтерогенные
4. эхинококковые

139. Для целомических кист перикарда характерна локализация в средостении

1. сердечно-диафрагмальном синусе
2. средне-переднем
3. средне-заднем
4. ниже-заднем

140. Отличить загрудинный зоб от шейно-медиастинальной липомы возможно по

1. локализации
2. контурам
3. структуре
4. смещаемости при глотании

141. Для проведения дифференциальной рентгенодиагностики медиастинальной липомы с увеличенным сердцем следует провести

1. рентгеноскопию
2. эхокардиографию
3. эхокардиографию и КТ
4. рентгеноскопию и томографию

142. Бронхо-энтерогенные кисты средостения чаще всего локализуются в

1. паравертебральном пространстве
2. пространстве Гольцкнехта
3. паравертебральном пространстве вверху
4. переднем средостении

143. Бронхогенные кисты средостения чаще располагаются в области

1. верхнего этажа
2. бифуркации трахеи

3. бифуркации трахеи и верхнего этажа
4. бифуркации трахеи и близ главных бронхов

144. Неврогенные опухоли чаще всего локализуются в

1. парааэртребральном пространстве
2. пространстве Гольцкнехта
3. ниже-заднем отделе средостения
4. кардио-диафрагмальном синусе

145. Очертания тени неврогенной опухоли, как правило,

1. ровные
2. волнистые
3. четкие и волнистые
4. нечеткие и волнистые

146. Поражение лимфатических узлов средостения наиболее достоверно выявляется при

1. УЗИ и рентгенографии
2. рентгенографии и томографии
3. КТ
4. томографии и УЗИ

147. Двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов со сдавлением бронхов наиболее свойственно

1. саркоидозу
2. туберкулезу
3. лимфогранулематозу
4. лимфосаркоме

148. Для туберкулезного аденита характерно поражение внутригрудных лимфатических узлов

1. двусторонние корневые
2. одного из корней
3. одного из корней и паратрахеальные
4. двусторонние корневые и паратрахеальные

149. Среди патологических образований переднего средостения ровные очертания имеют

1. тимома
2. за грудиный зоб
3. целомическая киста
4. тератома

150. Двустороннее расширение тени средостения и корней легких с полициклическими контурами наиболее характерно для

1. туберкулеза
2. лимфогранулематоза
3. саркоидоза
4. метастазов

151. Увеличение лимфатических узлов корней легких и средостения при лимфогранулематозе наиболее часто

1. двустороннее и симметричное
2. двустороннее и асимметричное
3. одностороннее
4. только лимфатические узлы корней

152. Небольшое количество свободного плеврального выпота лучше выявляется при

1. полипозиционной рентгеноскопии
2. УЗИ

3. латеропозиции на больном боку
4. латеропозиции на больном боку и УЗИ

153. Конфигурация тени осумкованного пристеночного выпота при дыхании

1. суживается на вдохе
2. вытягивается на вдохе и расширяется на выдохе
3. расширяется на выдохе
4. не изменяется

154. Резервным пространством для легкого служит синус

1. паравертебральный
2. сердечно-диафрагмальный
3. реберно-диафрагмальный
4. парамедиастинальный

155. При сухом плеврите подвижность диафрагмы при дыхании на больной стороне

1. приобретает парадоксальную подвижность
2. уменьшается
3. увеличивается
4. подвижность отсутствует

156. Для выяснения характера плеврального выпота в первую очередь необходимо предпринимать

1. томографию
2. плевральную пункцию
3. рентгеноскопию
4. торакоскопию

157. Жидкость в главной междолевой щели оптимально выявляется в проекциях

1. прямой
2. боковой и прямой
3. прямой и косой
4. косой и боковой

158. При осумкованном междолевом плеврите на рентгенограмме в боковой проекции затемнение имеет контуры

1. вогнутые
2. выпуклые
3. прямолинейные
4. волнистые

159. Для выявления исходной локализации ограниченной опухоли плевры (из париетального или висцерального листка) лучше применить

1. КТ
2. рентгенографию
3. томографию
4. пневмоторакс

160. Двусторонний выпот в плевральных полостях чаще бывает при заболеваниях

1. легких
2. легких и сердца
3. легких и полисерозите
4. сердца, почек, полисерозите

161. Линия, отделяющая долю непарной вены, состоит из листков плевры

1. двух висцеральных
2. двух париетальных
3. одного висцерального и париетального
4. двух висцеральных и двух париетальных

162. Задняя добавочная доля - это сегменты

1. шестой
2. шестой и второй
3. шестой и десятый
4. второй и шестой

163. В каждом плевральном мешке парамедиастинальных пространств

1. одно
2. два
3. три
4. четыре

164. Наиболее часто осумкование плеврального выпота бывает при

1. гнойном экссудате и транссудате
2. опухолях легких и гнойном экссудате
3. гнойном экссудате и туберкулезе
4. туберкулезе и опухолях легких

165. В обеих стандартных проекциях грудной клетки выявляются осумкованные плевриты

1. пристеночные задние и передние
2. пристеночные боковые и задние
3. апикальные и диафрагмальные
4. апикальные и парамедиастинальные

166. На жесткой рентгенограмме грудной клетки сопроводительная линия у позвоночника обусловлена

1. нисходящей аортой
2. передней позвоночной связкой
3. нисходящей аортой и позвоночной связкой
4. парамедиастинальной плеврой

167. Рентгенологически из 4-х плевральных синусов определяются

1. реберно-диафрагмальный и передний реберно-медиастинальный
2. передний реберно-медиастинальный и задний реберно-медиастинальный
3. задний реберно-медиастинальный и диафрагмально-медиастинальный
4. реберно-диафрагмальный и диафрагмально-медиастинальный

168. Дифференцировать ателектаз легкого с тотальным плевритом позволяет

1. полипозиционная рентгеноскопия
2. рентгенография в латеропозиции
3. рентгеноскопия и рентгенография
4. томография

169. Пневмоплеврит возникает при

1. спонтанном пневмотораксе
2. бронхо-плевральных свищах
3. травмах грудной клетки
4. при всех указанных видах

170. Диафрагмальный плеврит от дифференцировать от образования брюшной полости возможно при

1. рентгеноскопии
2. томографии
3. рентгенографии и томографии
4. пневмоперитонеуме

171. Рентгенологическая картина междолевого осумкованного плеврита зависит от

1. локализации
2. количества жидкости
3. протяженности

4. все перечисленное имеет значение

172. Оптимальная методика, дающая выявить все черты осумкованного выпота

1. рентгеноскопия
2. рентгенография
3. рентгеноскопия и рентгенография
4. томография

173. При исходе обширного плеврита наблюдается ли

1. смещение диафрагмы
2. смещение средостения
3. сужение межреберий
4. все перечисленное наблюдается

174. Отличить диафрагмально-междолевой осумкованный плеврит от целомической кисты позволяет

1. рентгеноскопия
2. рентгенография
3. УЗИ
- + 4. томография

175. Рентгенологически выявить одновременно плевральный выпот и наличие шварт позволяет положение пациента на

1. спине
2. больном боку
3. здоровом боку
4. спине и здоровом боку

176. При пневмотораксе легкое спадается

1. кверху
2. книзу
3. вверх и медиально
4. вниз и медиально

177. Наиболее целесообразны и возможны методики рентгенологического исследования в раннем послеоперационном периоде на легких

1. рентгеноскопия
2. томография
3. рентгенография в палате
4. рентгеноскопия и томография

178. При травме грудной клетки к анатомическим элементам, требующим анализа, относятся

1. мягкие ткани и диафрагма
2. скелет грудной клетки и диафрагма
3. легкие и диафрагма
4. диафрагма, легкие, ребра, мягкие ткани

179. Обязательная методика рентгенологического исследования при травме грудной клетки

1. рентгенография
2. рентгеноскопия
3. рентгенография и рентгеноскопия
4. томография

180. Наиболее характерный признак разрыва легкого

1. подкожная эмфизема
2. пневмоторакс
3. пневмомедиастинум
4. пневмоперитонеум

181. Наиболее характерный рентгенологический признак гемоторакса

1. признак экссудативного плеврита
2. жидкость с горизонтальным уровнем
3. высокое положение соответствующего купола диафрагмы
4. неподвижность диафрагмы

182. Признаком эмфиземы средостения является

1. расширение средостения
2. деформация его контуров
3. параллельные контурам средостения полосовидные тени
4. «перистый» рисунок на фоне легочных полей

183. Признак кровоизлияния в легкое при травме грудной клетки

1. массивное гомогенное затемнение, не соответствующее анатомической единице легкого
2. полость в легком
3. пневмоторакс
4. смещение средостения

184. При травме наиболее подозрительным в отношении острой грыжи диафрагмы является

1. деформация диафрагмы с обеих сторон
2. деформация диафрагмы с одной стороны
3. затемнение легочного поля
4. наличие различной величины воздушных пузырей на фоне легочного поля

185. Наиболее характерный симптом выпадения желудка при острой грыже диафрагмы

1. затемнение легочного поля
2. большой воздушный пузырь на фоне легкого
3. жидкость в плевральной полости
4. смещение средостения

186. Наиболее целесообразной методикой рентгенологического выявления рентгеноконтрастного инородного тела бронхов является

1. томография
2. бронхография
3. рентгенография в прямой проекции
4. многопроекционное рентгенологическое исследование

187. Ранние рентгенологические проявления «шокового» легкого

1. усиление легочного рисунка
2. обеднение легочного рисунка
3. усиление легочного рисунка и ячеистая деформация
4. ячеистая деформация и обеднение легочного рисунка

188. Для тромбоэмболии крупной ветви легочной артерии в ранние сроки характерно

1. повышение прозрачности участка легкого
2. понижение прозрачности участка легкого
3. локальное обогащение легочного рисунка
4. прозрачность сохранена

189. Наиболее информативная методика исследования в диагностике тромбоэмболии ветви легочной артерии

1. рентгеноскопия
2. томография
3. рентгенография
4. ангиопульмонография

190. Аспирированные инородные тела чаще встречаются в

1. среднедолевом бронхе
2. язычковом бронхе
3. правом нижнедолевом бронхе
4. левом нижнедолевом бронхе

191. При полной обтурации главного бронха во время функциональных проб средостение

1. отклоняется в пораженную сторону
2. отклоняется в здоровую сторону
3. не перемещается
4. вибрирует

192. При агинезии легкого рентгенологические симптомы

1. грудная клетка не деформирована
2. органы средостения занимают обычное положение
3. купол диафрагмы стоит низко
4. деформация грудной клетки, изменение положения органов средостения и высокое положение купола диафрагмы

193. При трахеобронхомегалии рентгенологически трахея и бронхи изменены

1. незначительно расширены и деформированы
2. резко расширены с увеличением угла бифуркации
3. резко расширены с уменьшением угла бифуркации
4. умеренно расширены с обычным углом бифуркации

194. Напряженная гигантская киста легкого рентгенологически отличается от спонтанного пневмоторакса

1. отсутствием легочного рисунка и стенок
2. отсутствием легочного рисунка и наличием стенок
3. отсутствием стенок и обеднением легочного рисунка
4. наличием стенок и обеднением легочного рисунка

195. Напряженный пневмоторакс и пневмомедиастинум, рентгенологически выявляемый, наблюдается при разрывах

1. только трахеи
2. трахеи и главных бронхов
3. только пищевода
4. трахеи, главных бронхов и пищевода

РАЗДЕЛ 7. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

001. 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

002. 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

003. Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является

1. введение через тонкий зонд
2. проглатывание больным воздуха

3. приглатывание больным воздуха вместе с бариевой взвесью (в виде нескольких следующих друг за другом глотков)
4. прием больным содового раствора и раствора лимонной кислоты

004. Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является

1. бесконтрастная рентгенография (по Земцову)
2. рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью
3. контрастная фарингография с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвыидр.)
4. релаксационная фарингография

005. Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике

1. опухолей глотки и пищевода
2. инородных тел пищевода
3. опухолей щитовидной железы
4. нарушений акта глотания

006. Методика Ивановой - Подобед заключается

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

007. Оптимальная информация о состоянии верхнего отдела желудка может быть получена

1. при тугом заполнении в горизонтальном положении на спине
2. при двойном контрастировании в горизонтальном положении на живую
3. при вертикальном положении больного с кон трастирован нем пищевода в прямо и боковой проекциях
4. при сочетании перечисленных методик

008. Наиболее важными техническими и методическими условиями для выявления тонкого рельефа слизистой желудка (желудочных полей) являются

1. рентгеноскопия с использованием рентгенотелевидения
2. специальные усиливающие экраны, рентгенологическое исследование в условиях пиеморельефа
3. микрофокус рентгеновской трубки, жесткое излучение
4. короткая экспозиция рентгенограммы, мелкодисперсная бариевая взвесь, дозированная компрессия

009. Для усиления моторной функции желудочно-кишечного тракта используют

1. атропин
2. метацин
3. сорбит
4. нитроглицерин

010. Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищеводно-желудочного перехода наилучший эффект дают фармакологические препараты из группы

1. холинолитиков – атропин, метацин
2. нитритов - амилнитрит, нитроглицерин
3. ганглиоблокаторов - бускопан и др.
4. холиамиметиков - морфин и др.

011. Для релаксации желудочно-кишечного тракта применяют

1. морфин

2. пилокарпин
3. прозерпин, ациклидин
4. атропин, метацин, аэрон

012. При экзофитных образованиях желудочно-кишечного тракта наиболее информативной методикой является

1. стандартное рентгенологическое исследование в фазу полутугого и тугого заполнения
2. первичное двойное контрастирование
3. пневмография
4. пневмоперитонеум

013. Преимуществом рентгенологического исследования тонкой кишки с пищевым завтраком является

1. быстрота исследования
2. небольшая доза облучения больного
3. физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений, быстрота исследования
4. возможность диагностики полипов

014. Преимущества энтероклизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она

1. не дает осложнений, не имеет противопоказаний
2. позволяет изучить функциональные нарушения
3. позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке
4. позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования

015. Методика рентгенологического исследования тонкой кишки с пищевым завтраком основана на

1. преимуществах энтероклизмы
2. гастроилеальном рефлексе Поргеса
3. применении релаксантов

016. Для детального изучения рельефа слизистой тонкой кишки наиболее подходящим контрастным веществом является

1. стандартная бариевая взвесь
2. водорастворимые препараты
3. водорастворимые препараты с сорбигом

017. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является

1. пероральное заполнение
2. ирригоскопия
3. водная клизма и супервольтная рентгенография
4. методика Шерижье

018. Рентгенологическое исследование через 24 часа после приема бариевой взвеси применяется

1. для изучения патологии толстой кишки
2. для исследования илеоцекальной области
3. для оценки пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения ободочной кишки
4. для выявления патологии тонкой кишки

019. 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

1. обызвествления стенки брюшной аорты
2. хронического панкреатита
3. туберкулезного мезоденита
4. мочекаменной болезни

020. 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

1. обызвествлений стенок мезентериальных сосудов
2. хронического панкреатита
3. туберкулезного мезоденита
4. мочекаменной болезни

021. Скорлупообразное обызвествление мозаичного характера неправильной округлой или шаровидной формы в любом отделе живота - характерный признак

1. организовавшейся гематомы
2. злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта
3. паразитарной кисты
4. тератодермоидной опухоли

022. Компактно расположенная группа однородных известковых глыбок над лонным сочленением обусловлена

1. камнями мочевого пузыря
2. флеболитами
3. тератодермоидной кистой
4. фибромой матки или аденомой предстательной железы

023. Мелкие, четко очерченные тени кольцевидной или линейной формы с гладким контуром вдоль костных стенок малого таза обусловлена

1. обызвествленными лимфоузлами
2. камнями мочеточников
3. флеболитами
4. опухолями яичников

024. Аномалии развития селезенки (изменение формы, удвоение, хвостатая селезенка) и ее необычное расположение наиболее достоверно можно установить с помощью

1. обзорной рентгенографии
2. рентгенографии в условиях пневмоперитонеума
3. КТ
4. правильно 2 и 3

025. Верхний полюс глотки находится на уровне

1. основания черепа
2. хоан
3. корня языка
4. подъязычной кости

026. Граница между глоткой и пищеводом находится на уровне

1. черпаловидных хрящей
2. 5 шейного позвонка
3. 6 шейного позвонка
4. 7 шейного позвонка

027. Средняя ширина просвета тубулярного пищевода при тугом заполнении его не превышает

1. 1 сантиметра
2. 2 сантиметров
3. 3 сантиметров

4. 4 сантиметров

028. Не изменяет нормальный ход контрастированного пищевода

1. аорта
2. левый главный бронх
3. левое предсердие
4. непарная вена

029. Если больной испуган или эмоционально расстроен, его желудок

1. гипотоничен
2. гипертоничен
3. усиленно перистальтирует
4. функция желудка не меняется

030. При умеренном раздувании желудка (и других органов желудочно-кишечного тракта) его стенки в нормальных условиях

1. выпрямлены
2. вогнуты
3. выпуклы
4. полигональны

031. Складки слизистой амтрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного

слоя. Нормальным для них направлением является

1. продольное
2. поперечное
3. косое
4. любое из перечисленных в зависимости от фазы моторики

032. В нормальных условиях продолжительность пассажа головного конца бариевой взвеси по тонкой кишке составляет

1. 1 ч
2. 3ч
3. 5ч
4. 7ч

033. Складки слизистой лучше выражены

1. в тощей кишке
2. в подвздошной кишке
3. в двенадцатиперстной кишке
4. в тощей и двенадцатиперстной кишке

034. 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

035. Функциями илеоцекального клапана являются

1. предотвращение преждевременного попадания содержимого тонкой кишки в слепую до

завершения

процесса переваривания

2. предотвращение попадания толстокишечной флоры в тонкую кишку

3. обе указанные выше

4. ни одна из перечисленных

036. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки

1. двенадцатиперстная кишка
2. тощая кишка
3. подвздошная кишка

4. чарвеобразный отросток слепой кишки

037. Мозентериальные 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

038. 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

039. Большой дуоденальный сосок в 75% случаев локализуется на медиальной стенке двенадцатиперстной кишки

1. в ее верхней горизонтальной части
2. в нисходящем отделе
3. в нижнем колене
4. в нижней горизонтальной части

040. Форма селезенки чаще всего

1. округлая
2. овальная
3. бобовидная
4. эллипсовидная

041. Контуры селезенки в норме (пневмоперитонеум)

1. четкие
2. волнистые
3. нечеткие
4. четкие и ровные только по краю, прилежащему к диафрагме

042. В норме правый купол диафрагмы располагается на уровне передних отделов

1. III-IV ребер (VII-VIII грудных позвонков)
2. V-VI ребер (IX-X грудных позвонков)
3. VII-VIII ребер (XI грудного позвона)
4. IX-X ребер (XII грудного позвона)

043. Левый купол диафрагмы располагается по отношению к правой

1. на одном уровне
2. на одно ребро (межреберье) ниже
3. на одно ребро (межреберье) выше
4. ниже на вдохе, выше на выдохе

044. У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается

1. выше
2. ниже
3. на том же уровне
4. нет определенной закономерности

045. У пожилых людей, по сравнению с молодыми, диафрагма обычно располагается

1. на том же уровне
2. выше
3. ниже
4. нет определенной закономерности

046. Экскурсия диафрагмы в нормальных условиях составляет при умеренном и глубоком вдохе соответственно

1. 0,5 и 1 см
2. 1 и 2 см

3. 2-3 и 4 см

4. 4 и 5 см

047. Амплитуду дыхательных движений оценивают

1. по внутреннему отделу диафрагмы

2. по центральному отделу диафрагмы

3. по наружному отделу

4. по всем трем отделам (в 3 точках)

048. Ведущим рентгенологическим симптомом атрезии пищевода является

1. сужение пищевода

2. наличие слепого мешка

3. деформация пищевода

4. расширение пищевода

049. При "грудном желудке" пищевод всегда

1. расширен

2. укорочен

3. деформирован

4. извилист

050. Для общей брыжейки тонкой и ободочной кишки не характерно

1. отсутствие дуодено-еюнального изгиба

2. разнопланное расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости

3. расположение петель тощей кишки в левой половине брюшной полости

4. расположение слепой кишки в центральных отделах брюшной полости

051. 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

052. 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

053. Аберрантная поджелудочная железа чаще локализуется

1. в печени

2. в желудке

3. в двенадцатиперстной кишке

4. в тощей кишке

054. 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

055. Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид "мышинного хвоста", описывают как характерный признак

1. при склеродермии

2. при кардиоэзофагеальном раке

3. при ахалазии кардии

4. при эпифренальном дивертикуле

056. 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

057. Парадоксальная дисфагия (задержка жидкой пищи) может встретиться

1. при дивертикуле пищевода
2. при ожоге пищевода
3. при эзофагокардиальном раке
4. при ахалазии кардии

058. 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

059. При парезе глотки на стороне поражения валикулы и грушевидные синусы

1. не заполняются
2. быстро опорожняются
3. длительно заполнены бариевой взвесью, расширены
4. деформированы

060. Газовый пузырь желудка при ахалазии III-IV степени

1. деформирован
2. отсутствует
3. уменьшен
4. увеличен
5. уменьшен или отсутствует

061. Рефлюкс-эзофагит является следствием:

1. снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и пищеводного клиренса
2. нарушения моторики пищевода и желудка
3. ослаблением пропульсивной активности желудка
4. правильно 1,2 и 3

062. Рентгенологические симптомы эзофагита могут быть выявлены:

1. при тугом заполнении пищевода бариевой взвесью
2. при двойном контрастировании
3. при изучении рельефа слизистой
4. при применении фармакологических препаратов

063. При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается

1. в верхней трети
2. в средней трети
3. в дистальной трети
4. в местах физиологических сужений

064. Язвы пищевода чаще встречаются на уровне

1. шейного отдела
2. верхней трети (1-3 сегментов)
3. средней трети (4-6 сегментов)
4. нижней трети (7-9 сегментов)

065. Язвы пищевода чаще располагаются

1. на передней стенке
2. на задней стенке

3. на боковых стенках
4. на задней и боковых стенках

066. Наиболее частым осложнением язвы пищевода является

1. малигнизация
2. рубцовое сужение просвета
3. перфорация стенки пищевода
4. кровотечение

067. Стойкое циркулярное сужение средней и нижней третей пищевода протяженностью более 6 см с супрастенотическим расширением и карманоподобным нависанием стенки на границе с сужением - характерные рентгенологические проявления

1. при эндофитном раке
2. при рубцовом сужении после ожога
3. при эзофагоспазме
4. при склерозирующем медиастините

068. 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

069. Рентгенологические признаки: дополнительная тень на фоне заднего средостения, краевой дефект наполнения пищевода с двумя и более контурами, отсутствие ригидности стенок, сохранение слизистой характерны

1. для полиповидного рака пищевода
2. для увеличения бифуркационных лимфоузлов
3. для неэпителиальной опухоли
4. для аномально расположенной правой подключичной артерии

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

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

071. Среди доброкачественных опухолей пищевода чаще встречаются

1. аденома
2. папиллома
3. лейомиома
4. фиброма

072. Наиболее выраженное супрастенотическое расширение пищевода следует ожидать

1. при полиповидном раке
2. при эндофитном раке верхней трети пищевода
3. при эндофитном раке нижней трети пищевода
4. при чашеподобной карциноме

073. Рак пищевода чаще встречается

1. в верхнем отделе пищевода
2. в среднем отделе пищевода
3. в нижнем отделе пищевода

4. в абдоминальном отрезке пищевода

074. Методикой, уточняющей распространение опухолевой инфильтрации стенки пищевода, является

1. многопроекционное исследование пищевода с бариевой взвесью
2. двойное контрастирование пищевода
3. компьютерная томография
4. исследование пищевода с фармакологическими релаксантами

075. Тракционные дивертикулы чаще обнаруживаются

1. в шейно-грудном отделе пищевода
2. в ампулярной части пищевода
3. в абдоминальном отрезке
4. на уровне бифуркации трахеи

076. Ценкеровские дивертикулы образуются

1. на передней стенке пищевода
2. на задней стенке пищевода
3. на боковых стенках пищевода
4. на передней и боковых стенках пищевода

077. Наиболее частое расположение дивертикулов пищевода на его задней поверхности

1. в межаортобронхиальном сегменте
2. в глоточно-пищеводном переходе
3. в наддиафрагмальном сегменте
4. в подбронхиальном отделе

078. Наиболее частое расположение дивертикулов пищевода на его левой переднебоковой стенке

1. в межаортобронхиальном сегменте
2. в глоточно-пищеводном переходе
3. в наддиафрагмальном сегменте
4. в подбронхиальном отделе

079. Наиболее частое расположение дивертикулов пищевода на его правой переднебоковой стенке

1. в межаортобронхиальном сегменте
2. в глоточно-пищеводном переходе
3. в наддиафрагмальном сегменте
4. в подбронхиальном отделе

080. Наиболее частое расположение дивертикулов пищевода на его передней или боковых стенках

1. в межаортобронхиальном сегменте
2. в глоточно-пищеводном переходе
3. в наддиафрагмальном сегменте
4. в подбронхиальном отделе

081. Для кандидомикоза пищевода характерен его "разлохмаченный" контур

1. в средней и нижней третях грудного отдела пищевода. Могут определяться изъязвления и узловатые дефекты наполнения
2. наиболее выражен в средней и нижней третях пищевода. Дефекты на контурах и на рельефе имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положения больного и фазы дыхания
3. в нижней трети пищевода

082. Пептический эзофагит характеризуется

1. "разлохмаченным" контуром в средней и нижней трети грудного отдела пищевода. Могут наблюдаться изъязвления и дефекты наполнения

2. дефекты имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положения больного, фазы дыхания и наиболее выражены в средней и нижней трети пищевода
3. признаки обычно наблюдаются в нижней трети пищевода

083. Варикоз вен пищевода выражается

1. "разлохмаченным" контуром в средней и нижней трети грудного отдела пищевода. Могут наблюдаться изъязвления
2. дефекты имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положений больного, фазы дыхания и локализуются в средней и нижней трети пищевода
3. наиболее частой локализацией в нижней трети пищевода и обычно сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

084. Варикозно расширенные вены пищевода выявляются

1. при исследовании в горизонтальном положении густой бариевой взвесью в сочетании с пробой Мюллера
2. при двойном контрастировании
3. при париетографии пищевода
4. при использовании фармакологических препаратов

085. Оптимальной проекцией исследования больного при фарингоэзофагеальном (ценкеровском) дивертикуле является

1. прямая
2. первая косая
3. боковая
4. вторая косая

086. В верхней трети пищевода при стандартном исследовании в прямой и 1 косой проекциях определяется косо идущая линия просветления, дающая "симптом плохо репонированного перелома". Во II косой проекции на этом уровне пищевод в виде небольшой дуги смещен кпереди. Эта картина патогномична

1. для праволежащей дуги аорты
2. для аномалии отхождения правой подключичной артерии
3. для рубцового сужения аортального сегмента
4. для врожденного стеноза пищевода

087. Изменения пищевода, вызванные увеличением лимфатических узлов средостения, чаще всего выявляются на уровне

1. трахеального сегмента
2. аортального сегмента
3. бронхиального и подбронхиального сегментов
4. ретрокардиального и наддиафрагмального сегментов

088. Типичной локализацией эзофаго-бронхиальных свищей является

1. уровень бифуркации трахеи
2. аортальный сегмент
3. ретрокардиальный сегмент
4. дистальный отдел пищевода

089. Смещение пищевода кзади типично

1. для аномалии отхождения правой подключичной артерии
2. для праволежащей аорты
3. для увеличения бифуркационных лимфоузлов средостения
4. для аневризмы нисходящего отдела аорты

090. Смещение пищевода кзади не характерно

1. для опухоли щитовидной железы
2. для увеличения бифуркационных лимфоузлов
3. для праволежащей аорты
4. для увеличения левого предсердия

091. Сужение верхней трети пищевода не характерно

1. для рака
2. для рубцового сужения после ожога
3. для стенозирующего эзофагита
4. для склерозирующего медиастинта

092. У больного имеются боли за грудиной при приеме пищи, периодическая дисфагия. Рентгенологически в наддиафрагмальном сегменте пищевода определяется ниша на контуре и на рельефе диаметром 0.3 см. Просвет пищевода на этом уровне циркулярно сужен, проходимость для бариевой взвеси сохранена. Имеется фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Клинико-рентгенологическая картина позволяет установить

1. эндофитный рак с изъязвлением
2. блюдцеобразный рак
3. язву пищевода
4. стенозирующий эзофагит

093. Расширение тени средостения за счет пищевода может наблюдаться

1. при раке среднего отдела пищевода
2. при ожоге пищевода
3. при ахалазии пищевода
4. при рефлюкс-эзофагите

094. В рентгенологической картине ахалазии кардии, кардиоспазма, кардиоэзофагиального рака, склеродермии общим симптомом является

1. смещение пищевода
2. расширение пищевода
3. укорочение пищевода
4. удлинение пищевода

095. Синдром Меллори - Вейса ассоциируется с изменениями в дистальном отделе пищевода, которые обусловлены

1. перфорацией стенки
2. перегородками в просвете
3. мелкими разрывами слизистой
4. стриктурой пищевода

096. Среди деформаций пищевода при эзофагоспазме наиболее часто встречается

1. пилообразная
2. волнообразная
3. клиновидная
4. четкообразная и штопорообразная

097. Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода

1. варикозное расширение вен и рак
2. чашепоподобная карцинома и язва
3. стенозирующий кардио-эзофагеальный рак и кардиоспазм
4. рубцовое сужение после ожога и изменения при склеродермии

098. На основании сходной рентгенологической картины следует дифференцировать изменения пищевода

1. при склеродермии и рубцовом стенозе после ожога
2. при энтерогенной кисте и раке
3. при атрезии и ахалазии
4. при фиксированной грыже пищеводного отверстия из пилоренальном дивертикуле

099. Плоское инородное тело (монета) в верхнем отделе пищевода располагается

1. горизонтально

2. в сагитальной плоскости
3. во фронтальной плоскости
4. в зависимости от положения и проекции рентгенологического исследования пациента

100. Методика Ивановой - Подобед применяется при рентгенодиагностике

1. малого рака пищевода
2. инородного тела пищевода
3. дивертикулов пищевода
4. полипов пищевода

101. Для обнаружения инородного тела глотки и шейного отдела пищевода применяется в первую очередь

1. контрастное исследование глотки и пищевода
2. дача ваты, смоченной в бариевой взвеси
3. боковая рентгенография шеи по Земцеву
4. методика Ивановой - Подобед

102. Для обнаружения инородного тела грудного отдела пищевода применяется

1. использование фармакопрепаратов
2. методика Ивановой - Подобед
3. двойное контрастирование пищевода
4. дача ваты, смоченной в бариевой взвеси

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

1. при доброкачественной язве
2. при пенетрирующей язве
3. при озлокачественной язве
4. при инфильтративно-язвенном раке

104. Трехслойная ниша, выступающая за контур желудка, рубцовая деформация желудка и воспалительная перестройка рельефа слизистой характерны

1. для острой язвы
2. для пенетрирующей язвы
3. для озлокачественной язвы
4. для инфильтративно-язвенного рака

105. Плоская ниша в антральном отделе желудка 2,5 см в диаметре неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг характерна

1. для доброкачественной язвы
2. для пенетрирующей язвы
3. для изъязвленного рака
4. для эрозивного начального рака

106. Поверхностная ниша в виде "штриха" с зоной сглаженной слизистой вокруг, выпрямленность и укорочение малой кривизны желудка соответственно локализации изменений - характерные проявления

1. доброкачественной язвы
2. пенетрирующей язвы
3. озлокачественной язвы
4. эрозивного начального рака

107. Наиболее частым видом послеязвенной рубцовой деформации желудка является деформация в виде

1. песочных часов
2. улитки
3. гаудековской
4. укорочения малой кривизны

108. В пилородуоденальной области рубцово-язвенный стеноз чаще встречается на уровне

1. препилорического отдела желудка
2. привратника
3. луковицы двенадцатиперстной кишки
4. постбульбарного отдела

109. Дифференциальная рентгенодиагностика хронических (пенетрирующих) и острых язв желудка возможна на основании одного из приведенных ниже симптомов

1. рубцовая деформация желудка с центром рубцевания соответственно локализации язвы
2. диаметр язвенного кратера более 2 см
3. симптом трехслойности в язвенной нише
4. конвергенция складок слизистой к язве

110. Деформация по типу песочных часов - это асимметричное сужение просвета желудка

1. в теле
2. в антральном отделе
3. в препилорическом отделе
4. в любом отделе желудка

111. Улиткообразная деформация желудка является следствием рубцевания хронической язвы на малой кривизне в области

1. верхней трети тела
2. средней трети тела
3. антрального отдела
4. привратника

112. Желудок увеличен в размерах с жидкостью натощак. Малая кривизна антрального отдела укорочена, пилоро-дуоденальная область гипертоническая, привратник сужен, асимметричен, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована. Опорожнение желудка замедленное. Эти симптомы характерны

1. для эндофитного рака
2. для рубцово-язвенного стеноза привратника
3. для антрального ригидного гастрита
4. для врожденного пилоростеноза

113. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована: латеральный карман растянут, медиальный - сглажен, малая кривизна укорочена. Язвенную нишу следует искать

1. на малой кривизне
2. на большой кривизне
3. в латеральном кармане
4. в основании луковицы

114. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована в виде трилистника. Язвенную нишу (или так называемые "целующиеся" ниши) следует искать

1. в основании луковицы
2. в центре луковицы
3. на вершине луковицы
4. в карманах луковицы

115. Множественные дефекты наполнения в теле и синусе желудка неправильно овальной формы, конфигурация их меняется в процессе исследования. Эластичность стенок и перистальтика желудка сохранены. Эти симптомы характерны

1. для варикозного расширения вен
2. для гиперплазии слизистой желудка
3. для полипов

4. для рака желудка

116. Множественные дефекты наполнения желудка 0,5-1 см диаметре правильной округлой формы, с четкими контурами и гладкой поверхностью на фоне неизменной слизистой - рентгенологические симптомы

1. варикозного расширения вен
2. избыточной слизистой
3. полипов
4. полипозного гастрита

117. Определяющими симптомами эндофитного (инфильтративного) рака желудка являются

1. уменьшение размеров желудочного пузыря, отсутствие перистальтики, нарушение эвакуации из желудка
2. центральный дефект наполнения, дефект на рельефе, дополнительная тень на фоне газового пузыря желудка
3. укорочение малой кривизны желудка, ригидности стенок, отсутствие складок, микрогастрия
4. дефект наполнения, атипичный рельеф, нарушение перистальтики

118. Антральный отдел желудка укорочен и циркулярно сужен, контуры его по большой кривизне зазубренные, перистальтика умеренной силы, складки слизистой поперечно и косо перестроены. Это рентгенологическая картина

1. эндофитного рака
2. рубцово-язвенного стеноза привратника
3. антрального ригидного гастрита
4. улиткообразной деформации

119. Антральный отдел желудка концентрически сужен, контуры его неровные, стенки ригидные, складки слизистой не прослеживаются. Эта картина характерна для

1. эндофитного рака
2. рубцово-язвенного стеноза привратника
3. антрального ригидного гастрита
4. сдавления желудка извне

120. Желудок увеличен в объеме, пилорический канал удлиннен и зияет, основание луковицы плоско-вогнуто, в привратнике и препилорическом отделе складки не прослеживаются. Ваше заключение

1. рубцово-язвенный стеноз привратника
2. ригидный антральный гастрит
3. раковый стеноз привратника
4. врожденный пилоростеноз

121. Одиночный дефект наполнения желудка размерами 2 см и более неправильно округлой формы, со структурной поверхностью и широким основанием - рентгенологические симптомы, характерные

1. для полипа
2. для неэпителиальной опухоли
3. для полипозного рака
4. для безоара

122. При синдроме Золлингера - Эллисона чаще всего наблюдается сочетание

1. язвы луковицы с панкреатитом
2. язвы луковицы с аденомой поджелудочной железы
3. язвы желудка с холециститом
4. язвы желудка с аппендицитом

123. Множественные дефекты на рельефе верхнего отдела желудка и дистального

отрезка пищевода размерами 1 -2 см в сочетании с расширенными складками и сохраненной эластичностью стенок характерны

1. для варикозно расширенных вен
2. для гиперплазии слизистой
3. для полипов
4. для распространенного гастрита

124. Одиночный центральный дефект заполнения неправильно округлой формы размерами более 3 см, легко смещающийся более чем на 10 см, - характерные признаки

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

125. Пропалс слизистой желудка в луковицу двенадцатиперстной кишки

1. характерен для рака
2. сочетается с ахлоргидрией
3. сопровождается хронический гастрит
4. является признаком гиперплазии слизистой

126. Сифилитическая инфильтрация стенки желудка с исходом в склероз не имеет сходства

1. с ригидным антральным гастритом
2. с рубцовыми изменениями после ожога
3. со злокачественной лимфомой
4. все ответы правильные

127. Пептическая язва анастомоза наиболее часто локализуется

1. в крае желудочной культи
2. в приводящей кишке
3. в отводящей кишке
4. в любом из указанных отделах анастомоза

128. Небольшое выпячивание неопределенной формы на медиальной стенке верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки, стойкое сужение просвета на этом уровне без нарушения проходимости, выраженная гипермотильность, утолщение и обрыв складок слизистой - характерные признаки

1. внедуоденальной язвы
2. распадающегося рака
3. дивертикула
4. дуоденита

129. Спазм нисходящего отдела 12-перстной кишки с грубой неравномерной зубчатостью медиального контура (симптом полисада) признаки

1. хронического панкреатита
2. перидуоденита
3. дивертикулита
4. может быть при любом из перечисленных заболеваний

130. Четкообразные сужения и выпрямленность терминального отдела подвздошной кишки на протяжении 15-25 см, изменения рельефа слизистой по воспалительному типу с изъязвлениями и псевдополипами, зияние илеоцекального клапана, гипермотильность зоны изменений -это рентгенологическая картина

1. энтерита
2. рака
3. болезни Крона

4. лимфогранулематоза

131. Внелуковичные язвы в двенадцатиперстной кишке чаще всего локализуются на уровне

1. верхней горизонтальной части и верхнего изгиба
2. нисходящей части
3. нижнего изгиба
4. нижней горизонтальной части

132. Ограниченное сужение просвета тонкой кишки в форме ригидного канала с исчезновением складок и супрастенотическим расширением, фиксированность пораженного сегмента, плоские краевые дефекты -характерные рентгенологические признаки

1. болезни Крона
2. туберкулеза (инфильтративная форма)
3. стенозирующего рака 4- саркомы

133. При эктазии тонкокишечных петель определить их принадлежность к тощей или подвздошной кишке можно

1. по локализации относительно позвоночника
2. по характеру перистальтики
3. по выраженности керкринговых складок
4. по степени дилатации

134. Атрофия ворсинок тонкой кишки наиболее выражена

1. при болезни Уиппла
2. при кишечной аллергии
3. при нетропическом спру
4. при энгоропатиях

135. Из злокачественных опухолей двенадцатиперстной кишки чаще встречаются

1. лимфомы
2. метастазы
3. лейомиосаркомы
4. раки

136. Стеаторрея, отложение нейтрального жира и жирных кислот в подслизистой и в лимфатических узлах, расширение просвета кишки -признаки, характерные

1. для целиакии
2. для хронического панкреатита
3. для энтеропатии
4. для болезни Уиппла

137. Утолщение стенки кишки в результате фиброза, отека слизистой различной степени выраженности и плоские изъязвления описывают как морфологический субстрат

1. при язвенных колитах
2. при энтеропатиях
3. при сегментарных энтеритах
4. при лучевых энтеритах

138. Синдром Пейтца-Егерса - это сочетание полипоза тонкой кишки

1. с выпотом в плевре
2. с пигментными пятнами на лице
3. с дивертикулом Меккеля
4. с хроническим аппендицитом

139. Множественные полиповидные изменения в терминальном отделе подвздошной кишки у больных с синдромом Гарднера и с полипозом ободочной кишки вероятнее всего окажутся

1. истинными полипами
2. сегментарным энтеритом
3. лимфоидной гиперплазией

140. У больного с механической желтухой в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки определяется дефект наполнения размерами 2 x 2,5 см неправильной формы, кишка раздражена. Эти симптомы характерны

1. для саркомы
2. для рака большого дуоденального соска
3. для лейомиомы
4. для полипа

141. Петля двенадцатиперстной кишки развернута, контур кишки на ограниченном участке деформирован, ригиден, имеется симптом полутени (кулис) и признаки разрушения слизистой. Ваше заключение

1. панкреатит
2. рак головки поджелудочной железы
3. дуоденит
4. перидуоденит

142. Округлое или неправильной формы выпячивание медиальной стенки двенадцатиперстной кишки размерами 1 x 1,5 см, розеткообразная деформация слизистой ДПК на входе в него - признаки, характерные для

1. для доброкачественной язвы
2. для распадающегося рака
3. для дивертикула
4. для кисты

143. Самая частая из всех доброкачественных опухолей тонкой кишки, составляющая 1/3 всех доброкачественных опухолей

1. лейомиома
2. липома
3. грандулярная опухоль

144. В основе рентгенодиагностики функциональных нарушений ободочной кишки находится оценка

1. положения и размеров кишки
2. гаустрации, ширины просвета, сроков пассажа бариевой взвеси
3. рельефа слизистой оболочки
4. эластичности стенок кишки

145. При рентгенологическом исследовании в левой половине ободочной кишки отмечены сужение просвета, мелкая зубчатость и двойной контур кишечной стенки, отсутствие гаустр, нарушение моторики, отечность складок слизистой. Эти признаки характерны для

1. токсического мегаколон
2. дивертикулеза
3. язвенного колита
4. злокачественной лимфомы

146. Экссудативное воспаление с вовлечением всей мышечной стенки и образованием эпителиоидных гранул в подслизистом слое характерно

1. для сегментарного колита
2. для язвенного колита
3. для гранулематозного колита
4. для спастического колита

147. При первичном двойном контрастировании ободочной кишки определяется кольцевидная полоска бария диаметром 1,5 см с четким наружным контуром и

размытым внутренним. Это характерно для

1. полипа
2. дивертикула
3. копролита
4. внепросветного образования

148. Сужение и укорочение левой половины ободочной кишки, диффузные изменения рельефа слизистой с множественными полиповидными дефектами, гипермотильность - характерные признаки

1. банального колита
2. язвенного колита
3. злокачественной лимфомы
4. полипоза

149. Дефект наполнения в сигмовидной кишке более 1,5 см в диаметре с волнистыми контурами и ячеистой структурой, меняющей форму при повышении внутрикишечного давления - рентгенологические признаки

1. аденоматозного полипа
2. ювениального полипа
3. ворсинчатой опухоли
4. неэпителиальной опухоли

150. Округлый дефект наполнения в левой половине ободочной кишки размерами до 2 см в диаметре наиболее характерен

1. для дивертикула
2. для экзофитного рака
3. для полипа
4. для давления извне

151. Рак толстой кишки преимущественно является следствием малигнизации полипов. Это подтверждается

1. общей гистологией (железистые опухоли)
2. и рак, и полипы часто находят в прямой и сигмовидной ободочных кишках
3. наличием полипов в зоне раковой опухоли
4. всем выше перечисленным

152. Многочисленные округлые дефекты наполнения ободочной кишки с четкими контурами на фоне неизменной слизистой характерны

1. для рака
2. для дивертикулеза
3. для множественных (групповых) полипов
4. для болезни Крона

153. Одиночный округлый дефект наполнения в ободочной кишке с бугристой поверхностью размерами более 3 см - это рентгенологические признаки

1. дивертикула
2. экзофитного рака
3. полипа
4. ворсинчатой опухоли

154. Стойкое циркулярное сужение ободочной кишки с подрытыми краями и неровными контурами наблюдается

1. при дивертикулезе
2. при стенозирующем раке
3. при язвенном колите
4. при болезни Гиршпрунга

155. Центральная округлая дефект наполнения диаметром около 8 см в дистальном отделе сигмовидной кишки, которая на уровне «дефекта» и выше значительно

расширена. Соответственно локализации "дефекта" пальпируется плотное образование, смещаемое вместе с кишкой. Проподимостъ кишки затруднена, больной жалуетса на запоры. Наиболее вероятная причина

1. рак
2. доброкачественная эпителиальная опухоль
3. доброкачественная неэпителиальная опухоль
4. каловый камень

156. Сочетание полипоза ободочной кишки, множественных остеом, опухолей мягких тканей характерно для синдрома

1. Гарднера
2. Пейтца - Егерса
3. карциноидного
4. Золлингера - Эллисона

157. При рентгенологическом исследовании оперированной толстой кишки первоочередное внимание уделяется оценке

1. формы и положения кишки
2. состояния созданных анастомозов
3. проходимости кишки
4. рельефа слизистой оболочки кишки

158. Симптом развертывания подковы двенадцатиперстной кишки ярче выражен

1. при раке большого дуоденального (фатерова) соска
2. при раке головки поджелудочной железы
3. при кистах головки поджелудочной железы
4. при панкреатите

159. Опухоли островкового аппарата поджелудочной железы (инсуломы) чаще выявляются

1. в теле и хвосте
2. в головке

160. При ангиографии контрастное вещество чаще задерживается

1. в инсуломах (В-клеточная аденома)
2. в раковой опухоли

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

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

162. Увеличение тени печени в виде ограниченного выбухания полушаровидной формы с ровными контурами и участками обызвествления в виде серпа или глыбок характерно

1. для рака печени
2. для эхинококковой кисты
3. для частичной релаксации диафрагмы
4. для обызвествления реберных хрящей

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

1. при гемангиоме
2. при первичном раке
3. при эхинококковой кисте

4. при гипертрофическом циррозе

164. Обнаружение необызвествленных камней желчного пузыря и протоков на рентгенограммах без контрастирования билиарной системы

1. невозможно
2. возможно в любом случае
3. нгзмижш) при множественных мелких конкрементах
4. возможно при размерах конкремента с гранью или диаметром более 1 см

165. Рентгеноконтрастные камни желчного пузыря у детей и подростков взаимосвязаны

1. с дефицитом лактазы
2. с чрезмерным потреблением молока

3. с нарушением холестерина обмена
4. с нарушением метаболизма кальция

166. Эмфизематозные холециститы часто наблюдаются у больных

1. с коронарокардиосклерозом
2. с нелеченным или плохо леченным диабетом
3. с подагрой
4. с холедохолитиазом

167. При внутривенной холецистохолангиографии отсутствуют фаза колпачка, боковые контрастные полосы и слоистость. Тень пузыря средней интенсивности, не совсем гомогенная. Эти признаки свидетельствуют

1. о нарушении белковой функции печени
2. о нарушении соотношения альбуминов и глобулинов крови
3. о нарушении концентрационной функции желчного пузыря II) степени
4. о нарушении концентрационной функции желчного пузыря III-IV степени

168. При отсутствии тени внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря и наличии контрастного вещества в двенадцатиперстной кишке и подозрении на желчно-каменную болезнь целесообразно использовать

1. атропин
2. аэрон
3. морфин
4. метацин

169. У больного через 8 дней после операции холецистэктомии справа под диафрагмой на фоне тени печени определяется широкий уровень жидкости. Подвижность диафрагмы при дыхании отсутствует, контур ее нечеткий, над ней - дисковидный ателектаз, в костодиафрагмальном синусе жидкость. Ваше заключение

1. абсцесс печени
2. поддиафрагмальный абсцесс
3. интерпозиция толстой кишки
4. правильного ответа нет

170. У больного после холецистэктомии и дренирования общего желчного протока по поводу калькулезного холецистита, холедохолитиаза через дренажную трубку выделяется много желчи, кал обесцвечен. При фистулографии проток расширен, терминальный отдел его обтурирован, форма обтурации в виде менископодобного вдавления. Причина обтурации

1. рак
2. камень
3. рубцовая стриктура
4. спазм

171. При увеличении селезенки наиболее типично смещение

1. диафрагмы
2. желудка
3. ободочной кишки
4. 12-перстной кишки

172. Наиболее часто обызвествления селезенки наблюдаются

1. при инфаркте селезенки
2. при бактериальной инфекции
3. при субкапсулярной гематоме
4. при паразитарных кистах

173. Отложение извести в селезенке при различных патологических процессах дает рентгенологическую картину

1. обширного беспорядочного обызвествления
2. крапчатого обызвествления
3. кольцевидных теней

4. любое сочетание перечисленного

174. Частичная релаксация диафрагмы обычно определяется

1. справа в задних отделах
2. справа в передних отделах
3. слева в задних отделах
4. слева в передних отделах

175. Полная релаксация диафрагмы встречается

1. справа
2. слева
3. с обеих сторон
4. в центральных отделах

176. Гомогенная очерченная тень, в правом кардиодиафрагмальном углу сливается с диафрагмой. При УЗИ на продольных срезах в плоскости НПВ определяется эхогенная тканевая структура большей интенсивности, чем ткань печени. Отражение от диафрагмы на этом уровне отсутствует. Такая рентгенологическая картина характерна

1. для релаксации диафрагмы
2. для щепоточной кисты перикарда
3. для диафрагмальной грыжи
4. абдоминальной липомы

177. Первичные опухоли диафрагмы рентгенологически чаще проявляются

1. резким ограничением подвижности
2. утолщением одного из куполов
3. округлой или овальной тенью с гладким или волнистым контуром
4. неправильной формы тенью с неровной поверхностью и нечеткими очертаниями

178. Непаразитарные кисты диафрагмы преимущественно локализуются

1. в переднем отделе правого купола
2. в заднем отделе правого купола
3. в переднем отделе левого купола
4. в заднем отделе левого купола

179. Эхинококковые кисты диафрагмы чаще располагаются

1. в переднем отделе правого купола
2. в заднем отделе правого купола
3. в переднем отделе левого купола
4. в заднем отделе левого купола

180. Абдоминальная часть пищевода и верхняя часть желудка при рентгенологическом исследовании пациента в горизонтальном положении находятся выше диафрагмы, пищевод перед впадением в желудок образует изгибы. Такая картина характерна

1. для параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия
2. для аксиальной кардио-фундальной нефиксированной грыжи пищеводного отверстия
3. для релаксации диафрагмы
4. для парастернальной грыжи

181. Определяющим симптомом параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является

1. короткий пищевод
2. удлинённый пищевод
3. перемещение кардиального отдела желудка в средостение
4. обычное расположение пищевода и кардии

182. При обнаружении горизонтального уровня жидкости на фоне средостения и хорошем самочувствии исследуемого в целях диагностики, в первую очередь, следует произвести

1. латероскопию средостения
2. томографию средостения
3. исследование пищевода с бариевой взвесью

183. Неоднородное затемнение в правом кардиодиафрагмальном углу, примыкающее к передней грудной стенке, в котором определяются петли кишечника - симптомы, характерные

1. для целомической кисты перикарда
2. для грыжи пищеводного отверстия
3. для грыжи Ларрея
4. для грыжи Богдалеха

184. Травматические грыжи диафрагмы чаще образуются

1. в центральном отделе
2. в заднем отделе правого купола
3. в заднем отделе левого купола
4. в переднем отделе левого купола

185. Грыжи слабых зон диафрагмы наблюдаются чаще

1. в сухожильном центре
2. в аортальном отверстии
3. парастернально
4. люмбокостально

186. При дифференциальной диагностике между опухолевыми образованиями, релаксацией диафрагмы и патологическими процессами под диафрагмой наиболее информативной рентгенологической методикой является

1. бесконтрастная рентгенография
2. томография
3. компьютерная томография
4. пневмоторакс

187. При дифференциальной рентгенодиагностике между патологическими образованиями диафрагмы и органов грудной клетки наиболее информативной рентгенологической методикой является

1. обзорная рентгенография грудной клетки
2. томография
3. УЗИ
4. компьютерная томография

188. Для рентгенологического определения содержимого грыжевого выпячивания передней брюшной стенки в большинстве случаев достаточно

1. обзорного исследования брюшной полости
2. исследования в условиях латеропозиции ;
3. контрастного исследования желудочно-кишечного тракта в прямой проекции
4. контрастного исследования желудочно-кишечного тракта в боковой проекции

189. К рентгенологическим признакам наличия свободной жидкости в брюшной полости относятся все перечисленные симптомы, за исключением признака

1. расширения латеральных каналов: нечеткость анатомических деталей
2. воздушной тонкокишечной "арки" с закру тонкими контурами
3. треугольного, полулунного и поповидного затемнения между раздутыми кишечными петлями
4. при перемене положения больного наибольшая степень затемнения каждый определяется в нижележащих отделах брюшной полости

190. Ограниченный перитонит - абсцесс брюшной полости чаще всего встречается и выявляется рентгенологически

1. под диафрагмой
2. под печенью
3. в правой подвздошной области

191. Прямым рентгенологическим признаком абсцесса брюшной полости является

1. ограниченное затемнение брюшной полости
2. смещение органов, окружающих участок затемнения

3. ограниченный парез соседних кишечных петель
4. горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости

192. Симптомом забрюшинного процесса является

1. смещение поперечной ободочной кишки кверху
2. смещение восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки кпереди
3. сдавление и расширение мочеточников
4. фиксация петель тонкой кишки

193. Рентгенологическим симптомом первичной доброкачественности забрюшинного образования является

1. правильность формы
2. гомогенность тени
3. небольшие размеры
4. деформация прилежащих частей скелета

194. Достоверным симптомом перфорации полого органа является

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

195. Минимальное количество свободного газа в брюшной полости, которое можно выявить рентгенологически

1. 1 см^3
2. 10 см^3
3. 50 см^3
4. 100 см^3
5. 25 см^3

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

1. бесконтрастное исследование брюшной полости
2. двойное контрастирование желудка
3. исследование желудка с водорастворимыми контрастными препаратами
4. исследование желудка и 12-перстной кишки с дополнительным введением газа

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

1. свободный газ в брюшной полости
2. свободная жидкость в брюшной полости
3. арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике
4. нарушение топографии желудочно-кишечного тракта

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

1. для закрытой травмы живота
2. для разрыва стенки кишки
3. для механической кишечной непроходимости
4. для хронического аппендицита

199. При каком из перечисленных ниже видов механической непроходимости можно ожидать симптом фиксации кишечных петель (по Смагиной)?

1. при полном завороте тонкой кишки
2. при остром расширении желудка
3. при инвагинации в илеоцекальной области
4. при спаечной непроходимости, завороте отдельных петель, ущемленной грыже

200. Отличительным признаком функциональной кишечной непроходимости является прежде всего клиническая картина в зависимости от преобладания спастических или паралитических явлений

1. вздутие кишечника, иногда значительно выраженное, относящееся к петлям тонких и ободочных кишок
2. количество жидкого содержимого в раздутых газом кишках невелико - газ преобладает над жидкостью, в желудке значительное скопление жидкости и газа в связи с его расширением
3. уровни жидкости в арках располагаются на одной высоте. При латероскопии на одном и другом боку отмечается медленное перемещение раздутых газом петель кишки в верхнюю для данного положения больного половину брюшной полости (Н.К.Симагина). Диафрагма высоко расположена
4. правильно 1,2,3.

201. Методика рентгенологического исследования при острых желудочно-кишечных кровотечениях зависит

1. от предполагаемой локализации источника кровотечения
2. от характера патологического процесса
3. от состояния больного
4. от всех перечисленных условий

202. На высоте кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта рентгенологическое исследование производят

1. на трохоскопе с бариевой взвесью в различных положениях больного, без компрессии и пальпации
2. в вертикальном положении с бариевой взвесью, но без компрессии и пальпации
3. в горизонтальном положении с контрастированием желудка воздухом
4. без каких-либо ограничений

203. При желудочном кровотечении наибольшие диагностические трудности возникают, когда причиной кровотечения являются

1. хроническая язвенная язва
2. острая язва желудка
3. раковая опухоль
4. синдром Меллори Вейса

204. При закрытой травме живота основным симптомом разрыва нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки) является

1. смещение диафрагмы, желудка и толстой кишки
2. затемнение левой поддиафрагмальной области
3. свободный газ в брюшной полости
4. забрюшинная эмфизема

205. У больного с тупой травмой живота при обзорном рентгенологическом исследовании определяется затемнение правой половины брюшной полости, высокое положение правого купола диафрагмы, нижний край печени не определяется, желудок и толстая

кишка смещены, раздуты газом. Ваше заключение

1. гематома двенадцатиперстной кишки
2. внутрибрюшное кровотечение
3. разрыв печени
4. подкапсулярное повреждение селезенки

206. Рентгенологическая диагностика поддиафрагмального абсцесса основывается

1. на выявлении горизонтального уровня жидкости
2. на смещении соседних органов
3. на синдроме острого диафрагматита
4. на совокупности перечисленных признаков

207. Высоко расположенный и неподвижный правый купол диафрагмы, выпот в реберно-диафрагмальных синусах справа, горизонтальный уровень жидкости на фоне тени печени - рентгенологические признаки

1. холангита

2. абсцесса печени
3. правостороннего поддиафрагмального абсцесса
4. опухоли печени

208. Рентгенологические признаки: высокое стояние и малая подвижность левого купола диафрагмы, реактивные изменения в плевральной полости и базальных отделах легкого, неоднородное затемнение под левым куполом диафрагмы с горизонтальным уровнем жидкости, смещение желудка и селезеночного угла ободочной кишки, - характерны

1. для разрыва селезенки
2. для тромбофлебитической спленомегалии
3. для левостороннего поддиафрагмального абсцесса
4. для рака хвоста поджелудочной железы с распадом

209. Горизонтальный уровень жидкости в сочетании с раздвиганием и фиксацией контрастированных кишечных петель характерная рентгенологическая картина

1. опухоли тонкой кишки с распадом
2. мезоденита
3. перитонита
4. межкишечного абсцесса

210. Наиболее достоверными рентгенологическими симптомами проникающего ранения пищевода при бесконтрастном исследовании являются все, кроме

1. газа в просвете пищевода
2. пневмомедиастинума, эмфиземы мягких тканей шеи
3. выпрямления шейного лордоза
4. расширений тени средостения

РАЗДЕЛ 8. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

001. Рентгенологическое исследование молочных желез при массовых проверочных осмотрах предпочтительнее производить

1. в прямой или боковой проекции
2. в прямой и боковой проекции
3. в прямой и косой проекции
4. в косой проекции

002. Рентгенография с прямым увеличением изображения применяется

1. для уточнения характера контуров патологического образования
2. для уточнения наличия микрокальцинатов
3. для выявления патологического образования при плотном фоне, полученном на обзорных маммограммах
4. для выявления патологического образования в инволютивных молочных железах

003. Абсолютным показанием к проведению дуктографии (маммографии) являются выделения из соска

1. любого характера
2. серозного характера
3. кровянистого характера
4. серозного и кровянистого характера

004. Наиболее информативно ультразвуковое исследование молочных желез

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

005. Проведение маммографии предпочтительнее

1. с 1-го по 5-й день менструального цикла
2. с 6-го по 12-й день менструального цикла
3. во второй половине менструального цикла
4. не имеет значения

006. Оптимальной для оценки состояния ретромаммарного пространства и аксиллярного отростка молочной железы является

1. прямая проекция
2. косая проекция
3. боковая проекция
4. прямая и косая проекции

007. Какая из приведенных контрастных методик исследования молочной железы имеет терапевтический эффект?

1. пневмомаммография
2. дуктография
3. пневмокистография
4. двойное контрастирование притоков

008. Наиболее часто возникают патологические процессы молочной железы

1. в верхне-наружном квадрате
2. в верхне-внутреннем квадрате
3. в нижне-наружном квадранте
4. в нижне-внутреннем квадранте
5. четкой закономерности нет

009. Связки Купера лучше всего определяются на маммограммах в возрастных группах

1. 31-40 лет
2. 41-50 лет
3. 51-60 лет
4. в любых

010. Контрольные рентгенологические исследования при выраженной степени смешанной формы мастопатии необходимо проводить в сроки

1. через 6 месяцев
2. через 1 год
3. через 1,5-2 года
4. через 3 года

011. Наибольшее дифференциально-диагностическое значение между узловой формой мастопатии и злокачественным новообразованием имеет

1. нечеткость контуров
2. симптом гиперваскуляризации
3. изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла
4. наличие глыбчатых кальцинатов

012. В молочной железе наиболее часто встречается

1. рассыпной тип ветвления протоков
2. магистральный тип ветвления протоков
3. раздвоенный тип ветвления протоков
4. петлистый тип ветвления протоков

013. Диаметр основного выводного млечного протока молочной железы составляет в среднем

1. 1-1,5 мм
2. 2-2,5 мм
3. 3-3,5 мм
4. от 1 до 3,5 мм

014. После проведения пневмокистографии оперативное вмешательство не показано, если

1. внутренние стенки кисты ровные, геморрагическое содержимое

2. наличие пристеночных разрастаний, серозное содержимое
3. полное опорожнение кисты, наличие в пунктате пролиферирующих клеток
4. ровные внутренние стенки кисты, серозное содержимое

015. Какие из перечисленных гистологических форм фиброаденом молочной железы чаще имеют капсулу?

1. периканаликулярные
2. интраканаликулярные
3. смешанные
4. листовидные

016. Провести дифференциальную диагностику между кистой и фиброаденомой молочной железы позволяет

1. наличие крупноглыбчатых обызвествлений
2. тонкий ободок просветления по периферии
3. полицикличность контуров
4. наличие капсулы

017. На фоне железистой ткани липома молочной железы выявляется в виде

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

018. В involuтивных молочных железах липома может быть выявлена

1. при размерах образования до 2 см
2. при размерах образования более 2 см
3. при наличии капсулы
4. на инаолутивном фоне липома не выявляется

019. При прогрессирующем росте инфильтративных форм рака размеры пораженной молочной железы

1. увеличиваются
2. уменьшаются
3. могут как увеличиваться, так и уменьшаться
4. не изменяются

020. Пальпаторно определяемая злокачественная опухоль молочной железы скиррозного типа по размерам

1. соответствует ее рентгенологическому изображению
2. меньше ее рентгенологического изображения
3. больше ее рентгенологического изображения
4. может быть как больше, так и меньше ее рентгенологического изображения

021. Для выявления мельчайших пристеночных образований в протоках молочной железы предпочтительнее использовать

1. пневмомаммографию
2. обзорную рентгенографию молочной железы с последующим производством прицельных рентгенограмм
3. дуктографию
4. двойное контрастирование протоков

022. При проведении ультразвукового исследования молочных желез предпочтительнее использование датчиков с частотой

1. 1,5 МГц
2. 3,5 МГц
3. 5 МГц
4. от 7 до 10 МГц

023. Применение ультразвукового исследования ограничено

1. при рентгенологически установленных плотных молочных железах
2. при исследовании involuтиенных молочных желез

3. при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей
4. при выявлении микрокальцинатов

024. Дифференциальную диагностику между листовидной и обычной фибroadеномой молочной железы при размерах образования до 3 см определяют

1. характер контуров
2. характер структуры
3. интенсивность тени
4. проведение дифференциальной диагностики ограничено

025. Дифференциальную рентгенодиагностику между саркомой и местно-инфильтрирующим раком молочной железы определяют

1. четкость контуров
2. гиперваскуляризация
3. деформация органа
4. дифференциальная диагностика ограничена

026. Проведение дуктографии молочной железы противопоказано

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

027. Дифференциальная диагностика между инфильтративно-отечной формой рака молочной железы и воспалительным процессом основана

1. на изменении размеров молочной железы
2. на диффузной перестройке структуры молочной железы
3. на утолщении кожи молочной железы
4. дифференциальная диагностика ограничена

028. Дифференциальную диагностику между узловой формой мастопатии и раком молочной железы позволяет провести

1. изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла
2. интенсивность тени образования
3. наличие кальцинатов
4. характер контуров образования

029. Для истинной гинекомастии характерно

1. увеличение размеров грудной клетки
2. наличие на маммограммах железисто-соединительнотканного комплекса
3. наличие выделений из соска
4. наличие признаков гиперваскуляризации грудной клетки

030. Гиперваскуляризация при раке молочной железы проявляется

1. увеличением калибра сосудов
2. увеличением количества сосудистых ветвей
3. извитостью сосудов
4. увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью

РАЗДЕЛ 9 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

001. Наиболее информативной для выявления рентгенофункциональных симптомов является

1. рентгеноскопия
2. рентгенография
3. зонография
4. томография

002. При дилатации (диастолической перегрузке) левого предсердия радиус отклонения контрастированного пищевода

1. малый
2. большой
3. средний
4. отклонения пищевода нет

003. В норме правое предсердие не является краеобразующим

1. в прямой проекции
2. в правой передней косой проекции
3. в левой передней косой проекции
4. в левой боковой проекции

004. Правая граница сердца в прямой проекции в норме располагается кнаружи от края позвоночника на

1. 4-5 см
2. 2-3 см
3. 6-7 см
4. 8-10 см

005. Поперечный размер сердца в прямой проекции представляет собой

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 предсердие-сосудистый угол и правый сердечно-диафрагмальный угол
4. сумму перпендикуляров к срединной линии от наиболее выступающих точек краеобразующих дуг правого предсердия и левого желудочка

006. Сужение ретрокардиального пространства в левой передней ко сой проекции наблюдается при увеличении

1. диаметра восходящего сегмента аорты
2. левого предсердия
3. правого предсердия
4. правого желудочка

007. Сужение ретрокардиального пространства над диафрагмой в правом переднем косом положении имеет место при увеличении

1. правого желудочка
2. правого предсердия
3. левого желудочка
4. левого предсердия

008. Левая граница сердца в прямой проекции в норме располагается

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 парастеральной линии

009. Размер правой легочной артерии в корне (прямая проекция) более 15 мм соответствует

1. фиброзным изменениям корня
2. норме
3. венозному застою в легких
4. артериальной легочной гипертензии

010. Межжелудочковая перегородка проецируется перпендикулярно плоскости экрана и делит сердце примерно на две одинаковые части

1. в прямой передней проекции
2. в правой передней косой проекции
3. в левой передней косой проекции
4. в левой боковой проекции

011. Правый желудочек в норме не является краеобразующим

1. в прямой проекции

2. в правой кривой проекции
3. в левой кривой проекции
4. в левой боковой проекции

012. В прямой проекции увеличенный правый желудочек может выходить на левый контур сердца при

1. гипертонической болезни
2. коарктации аорты
3. тетраде Фалло
4. сдавливающим перикардите

013. Степень прилегания правого желудочка к грудице больше, чем левого к диафрагме (левая боковая проекция) в случае

1. гипертонической болезни
2. коарктации аорты
3. атеросклеротического кардиосклероза
4. межпредсердного дефекта

014. Базовым {начальным} рентгенологическим исследованием сердца является

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

015. Для уточнения локализации сужения брюшной аорты и состояния коллатералей оптимальной является

1. рентгенография
2. ультразвуковое исследование
3. аортография
4. компьютерная томография

016. Поперечник сердца может преобладать над его длинником при

1. гипертонической болезни
2. миокардите
3. экссудативном перикардите
4. стенозе легочной артерии

017. Для выявления небольшого количества жидкости в полости перикарда наиболее информативной является

1. рентгеноскопия
2. рентгенография
3. эхокардиография
4. томография

018. 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

019. В достоверной диагностике коронарного атеросклероза решают шей методикой является

1. коронарография
2. рентгенография
3. магнитно-резонансная томография
4. компьютерная томография

020. Для диагностики внутри сердечных образований методикой выбора является

1. эхокардиография

2. компьютерная томография
3. магнитно-резонансная томография
4. правильно 1 и 3

021. О состоянии клапанного аппарата сердца оптимальную информацию можно получить при

1. рентгеноскопии
2. рентгенографии
3. ультразвуковом исследовании
4. компьютерной томографии

022. Появление субплевральной жидкости характерно для

1. венозного застоя
2. гиперволемии
3. артериальной гипертензии
4. гиповолемии

023. Перегородочные линии Керли наиболее характерны при

1. нормальном легочном кровотоке
2. венозном застое в малом круге кровообращения
3. гиповолемии
4. гиперволеимии

024. Морфологической основой линий Керли является:

1. расширение периферических вен
2. лимфостаз в междольковых перегородках
3. олигемия легкого
4. отек плевры

025. Обеднение сосудистого рисунка легких характерно для

1. недостаточности митрального клапана
2. тетрады Фалло
3. дефекта межжелудочковой перегородки
4. открытого артериального протока

026. В основе рефлекса Китаева лежит

1. спазм долевых вен
2. спазм артериол
3. спазм бронхиальных артерий
4. спазм сегментарных артерий

027. Линии Керли могут определяться

1. при коарктации аорты
2. при дефекте межпредсердной перегородки
3. при митральном стенозе
4. при аномалии Эбштейна

028. Усиленный атипичный легочный рисунок (возросший коллатеральный кровоток) может наблюдаться

1. при недостаточности аортального клапана
2. при дефекте межжелудочковой перегородки
3. при открытом артериальном протоке
4. при тетраде Фалло

029. Укажите клинический вариант, при адекватном медицинском лечении которого изменения легочного кровотока нормализуются

1. острый миокардит
2. констриктивный перикардит
3. постинфарктная аневризма левого желудочка
4. первичная легочная гипертензия

030. Коэффициент Мура отражает

1. давление в венозном русле легких

2. состояние сократительной функции миокарда
3. давление в артериальном русле легких
4. морфологические изменения правого желудочка

031. Рентгенологический признак "раздвигания" сосудов и бронхов наблюдается при

1. округлой пневмонии
2. инфаркте легкого
3. тромбэмболии ветвей легочной артерии
4. кисте легкого

032. Перегородочные линии Керли наблюдаются при изменении легочного кровообращения за счет

1. венозного отека
2. артериальной гипертензии
3. интерстициального отека
4. альвеолярного отека

033. Выраженность изменений легочной гемодинамики при ишемической болезни сердца зависит от:

1. размеров сердца
2. длительности заболевания
3. размеров поражения миокарда
4. возраста больного

034. Комплекс Эйзенменгера связан с

1. дефектом межжелудочковой перегородки
2. артериальной легочной гипертензией
3. правосмещенной аортой
4. всеми перечисленными изменениями

035. Цианоз - ведущий симптом

1. стеноза устья аорты
2. тетрады Фалло
3. митральной недостаточности
4. целомической кисты перикарда

036. Градиент давления между левым желудочком и аортой при катетеризации сердца обнаруживается в случае

1. аномального дренажа легочных вен
2. трикуспидального стеноза
3. митрального стеноза
4. стеноза устья аорты

037. "Коромыслоподобные" движения на уровне дуги аорты и левого желудочка наблюдаются при:

1. праволежащей аорте
2. недостаточности аортальных клапанов
3. стенозе устья аорты
4. коарктации аорты

038. Асимметричная гипертрофия выходного отдела левого желудочка является симптомом

1. стеноза устья аорты
2. кардиомиопатии
3. гипертонической болезни
4. постинфарктных изменений

039. Левое предсердие контрастируется одновременно с аортой при введении контрастного вещества в левый желудочек

1. при дефекте межпредсердной перегородки
2. при митральном стенозе
3. при митральной недостаточности

4. при аортальной недостаточности

040. Артериальное давление 130/0 мм рт. ст. - симптом, характерный

1. для миокардита
2. для перикардита
3. для миксомы левого предсердия
4. для недостаточности аортального клапана

041. При катетеризации полостей сердца проникнуть катетером из правого желудочка в аорту можно

1. при недостаточности аортального клапана
2. при дефекте межпредсердной перегородки
3. при тетраде Фалло
4. при аномалии Эбштейна

042. При введении контрастного вещества в аорту контрастируется легочная артерия в случае

1. дефекта межжелудочковой перегородки
2. транспозиции больших сосудов
3. открытого артериального протока
4. недостаточности аортального клапана

043. При введении контрастного вещества в аорту контрастируется левый желудочек в случае

1. стеноза легочной артерии
2. недостаточности митрального клапана
3. стеноза устья аорты
4. недостаточности аортального клапана

044. Для недостаточности митрального клапана характерна амплитуда сокращений левого предсердия

1. уменьшенная
2. увеличенная
3. средняя
4. амплитуда не изменена

045. Уменьшение диаметра аорты характерно

1. для недостаточности аортального клапана
2. для стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия
3. для атеросклеротического поражения аорты
4. для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия

046. Уменьшение амплитуды пульсации аорты наблюдается

1. при гипертонической болезни
2. при стенозе левого атрио-вентрикулярного отверстия
3. при открытом артериальном протоке с большим сбросом крови
4. при недостаточности аортального клапана

047. Увеличение амплитуды сокращений сердца характерно

1. для аортальной недостаточности
2. для выпотного перикардита
3. для миогенной дилатации
4. для миокардиопатии

048. "Узуры" ребер характерны

1. для праволежащей аорты
2. для двойной дуги аорты
3. для коарктации аорты
4. для стеноза устья аорты

049. Гипертрофия правого желудочка наблюдается

1. при стенозе устья аорты
2. при недостаточности аортального клапана

3. при коарктации аорты
4. при митральном стенозе

050. Увеличение левого предсердия является обязательным признаком

1. стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия
2. стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
3. недостаточности аортального клапана
4. стеноза устья аорты

051. Систолические смещения пищевода кзади в правой косо́й проекции наблюдаются

1. при митральном стенозе
2. при недостаточности аортального клапана
3. при митрально-трикуспидальном стенозе
4. при митральной недостаточности

052. При стенозе устья аорты имеет место

1. диффузное расширение всех сегментов аорты
2. удлинение аорты
3. локальное расширение восходящей аорты
4. "гипоплазия" аорты

053. Амплитуда пульсации аорты при митральном стенозе

1. средняя
2. уменьшенная
3. увеличенная
4. отсутствует

054. Изометрическая гипертрофия левого желудочка характерна

1. для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
2. для стеноза легочной артерии
3. для стеноза устья аорты
4. для стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия

055. Увеличение правого предсердия наблюдается

1. при стенозе устья аорты
2. при стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия
3. при недостаточности аортального клапана
4. при дефекте межжелудочковой перегородки

056. Атрофия от давления в скелете грудной клетки может наблюдаться

1. при митральном пороке
2. при открытом артериальном протоке
3. при аневризме аорты
4. при недостаточности аортального клапана

057. Пищевод на уровне дуги аорты (прямая проекция) отклоняется влево

1. при коарктации аорты
2. при гипертонической болезни
3. при правосторонней дуге аорты
4. при недостаточности аортального клапана

058. Левый желудочек может иметь уменьшенные размеры

1. при коарктации аорты
2. при недостаточности митрального клапана
3. при митральном стенозе
4. при дефекте межжелудочковой перегородки

059. В левой передней косо́й проекции определяется симптом "перекреста" по заднему контуру сердца между левым предсердием и левым желудочком. Это может иметь место

1. при аортальной недостаточности
2. при митральном стенозе
3. при дефекте межжелудочковой перегородки

4. при митральной недостаточности

060. Акинетическая зона в области третьей дуги (прямая проекция) может наблюдаться

1. при митральной недостаточности
2. при тромбозе ушка левого предсердия
3. при аортальном стенозе
4. при инфундибулярном стенозе легочной артерии

061. Смещение правого атриовазального угла вниз характерно

1. для открытого артериального протока
2. для митрального стеноза
3. для стеноза легочной артерии
4. для аортальной недостаточности

062. По правому контуру в прямой проекции могут наблюдаться три дуги

1. при коарктации аорты
2. при дефекте межпредсердной перегородки
3. при митральной недостаточности
4. при гипертонической болезни

063. Выбухание второй дуги (прямая проекция) по левому контуру сердца характерно

1. для инфундибулярного стеноза легочной артерии
2. для митрального стеноза
3. для стеноза устья аорты
4. для коарктации-аорты

064. Западение второй дуги по левому контуру сердца наблюдается

1. при дефекте межпредсердной перегородки
2. при открытом артериальном пороке
3. при митральной недостаточности
4. при инфундибулярном стенозе легочной артерии

065. Расширение аорты обычно наблюдается

1. при дефекте межпредсердной перегородки
2. при дефекте межжелудочковой перегородки
3. при аномалии Эбштейна
4. при аортальной недостаточности

066. Уплотнение дуги аорты по левому контуру сердечно-сосудистой тени (прямая проекция) - один из симптомов

1. открытого артериального протока
2. митральной недостаточности
3. аортальной недостаточности
4. коарктации аорты в типичной локализации

067. Напряженный тип сокращения левого желудочка характерен

1. для аортальной недостаточности
2. для митральной недостаточности
3. для открытого артериального протока
4. для стеноза устья аорты

068. Кальциноз митрального клапана нередко сопровождается

1. синдром Лютембаше
2. открытый атрио-вентрикулярный канал
3. полную поперечную блокаду сердца
4. митральный стеноз

069. Атриомегалия левого предсердия может наблюдаться

1. при миокардите
2. при "панцирном сердце"
3. при недостаточности митрального клапана
4. при дефекте межпредсердной перегородки

070. Симптом "ампутации" корней легких может наблюдаться

1. при стенозе устья аорты
2. при недостаточности аортального клапана
3. при митральном стенозе с высокой легочной гипертензией
4. при коарктации аорты

071. Локальное выпячивание в области четвертой дуги по левому контуру сердечно-сосудистой тени может иметь место

1. при стенозе устья аорты
2. при митральной недостаточности
3. при коарктации аорты
4. при аневризме левого желудочка

072. Причиной появления симптома "узурации ребер" является

1. расширение восходящей аорты
2. расширение левой подключичной артерии
3. расширение верхней полой вены
4. расширение межреберных артерий

073. Наиболее частым осложнением после лучевой терапии органов грудной клетки является

1. радиационный миокардит
2. легочное сердце
3. инкрустация плевры
4. выпотной перикардит

074. Синдром Лютембаше - это

1. врожденный митральный стеноз
2. дефект межпредсердной перегородки
3. дефект межжелудочковой перегородки
4. врожденный митральный стеноз + дефект межжелудочковой перегородки

075. Синдром Эбштейна связан с

1. патологией митрального клапана
2. патологией трикуспидального клапана
3. патологией аорты
4. патологией клапанов легочной артерии

076. Быстрая динамика размеров тени сердца наблюдается

1. при миокардите
2. при легочном сердце
3. при экссудативном перикардите
4. при миокардиопатии

077. Симптомом констриктивного перикарда является

1. увеличение длинника сердца
2. обызвествление на контурах сердца
3. расширение тени сердца в поперечнике
4. увеличение амплитуды сокращений на контурах сердца

078. Удлинение и патологическая извитость аорты наблюдается

1. при стенозе устья аорты
2. при недостаточности аортального клапана
3. при атеросклерозе аорты
4. при митральном стенозе

079. Обызвествление по контурам сердечной тени характерно

1. для атеросклеротического кардиосклероза
2. для сдавливающего перикардита
3. для миокардита
4. для митрального стеноза

080. Для диффузного поражения мышцы сердца характерно

1. расширение тени сердца в поперечнике

2. расширение восходящей аорты
3. расширение правого предсердия
4. расширение брахиоцефальных артерий

081. Для аневризмы левого желудочка характерно

1. диффузное расширение сердца
2. ограниченное выбухание стенки левого желудочка
3. размеры желудочка обычные
4. уменьшение желудочка

082. Признаком тромбоза аневризмы левого желудочка является

1. отсутствие пульсации
2. обычная пульсация
3. парадоксальная
4. пульсация большой амплитуды

083. Для выпотного перикардита характерно

1. удлинение дуги левого желудочка
2. удлинение дуги правого предсердия
3. сглаживание всех дуг сердца
4. расширение дуги легочной артерии

084. Какой вид изменения легочного кровотока сопровождается появлением междолькового выпота?

1. диффузный венозный застой
2. артериальная легочная гипертензия
3. гиповолемия
4. интерстициальный отек легких

085. При диффузном поражении мышцы сердца кардиодиафрагмальные углы

1. острые
2. тупые
3. не изменены
4. правый кардиодиафрагмальный угол острый

086. Симптомом сдавливающего перикардита является

1. отсутствие пульсации по контурам
2. расширение тени сердца в поперечнике
3. обызвествление по контурам сердца
4. острый правый кардиодиафрагмальный угол

087. Характерным для застойной дилатационной кардиомиопатии является

1. венозная легочная гипертензия
2. увеличение обоих желудочков
3. уплощение контуров сердечной тени
4. все перечисленные симптомы

088. Для "легочного" сердца характерно увеличение

1. левого желудочка
2. правого желудочка
3. левого предсердия
4. левого предсердия и левого желудочка

089. Острое "легочное" сердце - это проявление гемодинамической перегрузки:

1. левого желудочка
2. правого желудочка
3. левого предсердия
4. правого предсердия

090. Конфигурацией сердечной тени в прямой проекции при тетраде Фалло является

1. отсутствие "тали"и
2. подчеркнутая "талия"
3. сглаженные дуги

4. обычная форма

РАЗДЕЛ 10 РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

001. Плотность кости на рентгенограммах определяет

1. костный минерал
2. вода
3. органические вещества костной ткани
4. костный мозг

002. Не проходят в своем развитии хрящевой стадии

1. ребра
2. позвонки
3. кости свода черепа
4. фаланги пальцев

003. Надкостница обладает наибольшей остеобластической активностью

1. в эпифизах длинных костей
2. в метафизах длинных костей
3. в диафизах длинных костей
4. в плоских и губчатых костях

004. На правильную проекцию на прямой задней рентгенограмме плечевой кости указывают

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 большого бугра на головку плечевой кости
5. правильно 2 и 3

005. К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме

1. крючковатой
2. ладьевидной
3. полулунной
4. трехгранной

006. Из дистального ряда костей запястья по оси лучезапястного сустава расположена

1. многоугольная
2. головчатая
3. трапецевидная
4. крючковатая

007. На наклон таза вперед указывают

1. проекционное уменьшение вертикального размера запирающего отверстия
2. расположение переднего края вертлужной впадины на одном уровне с задним краем
3. расположение переднего края вертлужной впадины выше заднего
4. выстояние седалищной ости на внутреннем контуре тазовой кости
5. правильно 1 и 2

008. К признакам, указывающим на ротацию бедра наружу, на прямой рентгенограмме тазобедренного сустава относятся

1. сближение головки бедра и большого вертела
2. выстояние всего малого вертела на внутреннем контуре бедренной кости
3. выстояние на внутреннем контуре бедренной кости только верхушки малого вертела
4. малый вертел не виден на внутреннем контуре бедренной кости
5. правильно 1 и 2

009. К признакам, указывающим на нормальные соотношения в тазобедренном суставе относятся все перечисленные, кроме

1. плавного хода линии Шентона

2. проекции фигуры полумесяца на нижне-внутренний квадрант головки бедра
3. проекции фигуры полумесяца кнутри от головки бедренной кости
4. равномерной суставной щели тазобедренного сустава
5. плавного хода линии Омбредана

010. Нормальная головка бедренной кости имеет

1. правильную круглую форму
2. неправильную круглую форму
3. овальную форму
4. грибовидную форму

011. Частью вертлужной впадины, покрытой суставным хрящом, является

1. только крыша вертлужной впадины
2. только дно вертлужной впадины
3. крыша и дно вертлужной впадины
4. полулунная поверхность вертлужной впадины

012. Правильными из нижеперечисленных утверждений являются

1. задняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая
2. передняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая
3. передняя поверхность бедренной кости в норме неровная
4. задняя поверхность бедренной кости в норме имеет неровное ги
5. правильно 2 и 4

013. Характерным для диафиза бедренной кости является

1. дугообразная выпуклость вперед
2. дугообразная выпуклость назад
3. дугообразная выпуклость внутрь
4. ось прямая

014. Сустав Шопара-это

1. таранно-ладьевидный сустав
2. пяточно-кубовидный сустав
3. подтаранный сустав
4. ладьевидно-кубовидный сустав
5. правильно 1 и 2

015. Соединения между ребрами и грудиной - это

1. синдесмозы
2. синхондрозы
3. суставы
4. синостозы
5. правильно 2 и 3

016. У первого шейного позвонка (атланта) отсутствует

1. тело
2. дуга
3. боковые массы
4. поперечные отростки

017. Основным критерием правильных соотношений между атлантом и аксисом является

1. симметричное изображение атланта
2. одинаковая ширина суставных щелей атланто-аксиальных суставов
3. соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса
4. расстояние между передней дугой атланта и зубовидным отростком аксиса не превышает 2 мм
5. правильно 3 и 4

018. Наиболее массивный остистый отросток имеет

- + 1. VII шейный позвонок
2. V шейный позвонок

3. III шейный позвонок

4. II шейный позвонок

019. 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°

020. Для отображения тел верхних грудных позвонков в прямой проекции используют

1. приподнятие тазового конца

2. наклон рентгеновской трубки краниально

3. наклон рентгеновской трубки каудально

4. приподнятие головного конца

021. Сосудистые каналы Гана в телах позвонков могут выявляться

1. в шейном отделе

2. в грудном отделе

3. в поясничном отделе

4. на всех уровнях

022. Форма межпозвоночного диска L₅-S₁ в норме

1. лентовидная

2. клиновидная с расширением кпереди

3. клиновидная с расширением кзади

4. клиновидная с расширением латерально

5. правильно 1 и 2

023. Для изображения тела V поясничного позвонка в прямой проекции при усиленном лордозе используется

1. сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах

2. приподнятие таза у больного

3. наклон рентгеновской трубки краниально

4. наклон рентгеновской трубки каудально

5. правильно 1 и 3

024. Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является

1. уплотнение костной структуры

2. деформация кости

3. перерыв коркового слоя

4. линия просветления

025. Из перечисленных соотношений между отломками проявляются уплотнением в области перелома

1. вклинение отломков

2. проекционная суперпозиция отломков при их захождении

3. смещение отломков под углом

4. расхождение отломков

5. правильно 1 и 2

026. Перилунарный вывих кисти характеризуется смещением

1. полулунной кости

2. всех костей запястья

3. всех костей запястья за исключением полулунной кости

4. всех костей запястья за исключением ладьевидной кости

027. Наиболее частым видом травмы костей запястья является

1. перелом полулунной кости

2. перилунарный вывих кисти

3. перелом ладьевидной кости

4. перелом трехгранной кости

028. Оптимальной для выявления перелома ладьевидной кости запястья является

1. прямая проекция
2. ладонная косая проекция
3. тыльная косая проекция
4. боковая проекция

029. Вколочение отломков характерно для перелома шейки бедра

1. субкапитального аддукционного
2. субкапитального абдукционного
3. базального
4. чрезвертельного

030. Рентгенологическими симптомами при компрессионном переломе пяточной кости являются все перечисленные, кроме

1. уменьшения пяточно-суставного угла
2. увеличения пяточно-суставного угла
3. уплотнения структуры пяточной кости
4. выявления линии перелома
5. перерыва коркового слоя

031. Изолированные вывихи обычно возникают

1. в шейном отделе позвоночника
2. в грудном отделе позвоночника
3. в поясничном отделе позвоночника
4. в пояснично-крестцовом переходе

032. Решающим для распознавания и определения вида вывиха шейных позвонков является соотношение

1. тел позвонков
2. остистых отростков
3. дуг позвонков
4. суставных отростков

033. Основным рентгенологическим симптомом оскольчатого разрывного перелома атланта (перелома Джефферсона) является

1. выстояние боковой массы атланта за край боковой суставной поверхности аксиса с одной стороны на прямой рентгенограмме через открытый рот
2. то же с обеих сторон
3. отрыв костного фрагмента боковой массы атланта
4. неодинаковое расстояние от боковых масс атланта до зубовидного отростка аксиса

034. К признакам, обычно сопровождающим клиновидную компрессию тела позвонка, относятся

1. деформация переднего контура в виде ступеньки или угла
2. угловая деформация верхней площадки
3. уплотнение костной структуры
4. увеличение передне-заднего размера тела
5. правильно 1 и 2

035. Для оскольчатого разрывного перелома поясничных позвонков не характерно

1. клиновидная деформация тела
2. разрыв обеих замыкающих пластинок
3. снижение высоты прилежащего межпозвоночного диска
4. увеличение горизонтального размера тела поврежденного позвонка

036. "Стабильным" повреждением позвоночника является

1. клиновидная компрессия тела позвонка
2. двусторонний перелом дуги аксиса
3. перелом зубовидного отростка аксиса
4. переломо-вывих грудного позвонка

037. Рентгенологическими симптомами механического повреждения межпозвоночного диска являются

1. расширение межпозвоночного пространства
2. сужение межпозвоночного пространства
3. смещение вышележащего позвонка
4. расширение межпозвоночного отверстия
5. правильно 2 и 3

038. Перелом поперечного отростка позвонка чаще наблюдается

1. в шейном отделе
2. в грудном отделе
3. в поясничном отделе
4. в шейном и грудном отделе

039. Для перелома поперечных отростков характерно смещение отломков

1. под углом
2. боковое
3. по длине

040. Наиболее ранним проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является

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

041. Для ложного сустава не характерны

1. сглаженность и закругление концов отломков
2. склероз по краям отломков
3. длительно прослеживающаяся щель между отломками
4. зазубренность концов отломков

042. Наиболее частой локализацией поражений костей от перегрузки в здоровом скелете является

1. шейка бедренной кости
2. большеберцовая кость
3. плюсневые кости
4. малоберцовая кость

043. Для ранней стадии болезни Дойчлендера характерны

1. тонкая косая линия просветления в корковом слое
2. мелкоочаговое разрежение коркового слоя
3. деформация головки плюсневой кости
4. нежная периостальная реакция
5. правильно 1 и 4

044. Ранние изменения при болезни Дойчлендера чаще всего выявляются

1. в прямой проекции
2. в боковой проекции
3. в косой проекции
4. правильно 1 и 2

045. Озлокачествлению может подвергаться:

1. хондроматоз костей
2. мраморная болезнь
3. несовершенный остеогенез
4. спондило-эпифизарная дисплазия

046. Патологические переломы могут возникать при

1. диафизарных гиперостозах
2. мраморной болезни
3. мелореостозе

4. спондило-эпифизарной дисплазии

047. Осложниться патологической поперечной перестройкой ("ползучим переломом") может

1. эпифизарная дисплазия
2. мраморная болезнь
3. фиброзная дисплазия
4. диафизарные гиперостозы

048. Дистрофические изменения в суставах рано присоединяются к

1. эпифизарной дисплазии
2. мраморной болезни
3. фиброзной дисплазии
4. мелореостозу

049. Симптомом «вздутия» кости сопровождается

1. спондило-эпифизарная дисплазия
2. арахнодактилия
3. фиброзная дисплазия
4. несовершенный остеогенез

050. Корковый слой в участках поражения может прерываться при:

1. мелореостозе
2. хондроматозе костей
3. мраморной болезни
4. диафизарных гиперостозах

051. Известковые включения в пораженных участках наблюдаются при

1. хондроматозе костей
2. несовершенном остеогенезе
3. черепно-ключичной дисплазии
4. метафизарной дисплазии

052. Для гематогенного гнойного остеомиелита в длинных костях характерно поражение

1. диафиза
2. эпифиза
3. метафиза
4. диафиза и эпифиза

053. Наиболее ранним рентгенологическим признаком гематогенного остеомиелита является

1. мелкоочаговая деструкция коркового слоя
2. остеосклероз
3. периостальная реакция
4. изменения в прилежащих мягких тканях

054. Изменения со стороны кости и надкостницы при гематогенном остеомиелите у взрослых появляются в сроки

1. 7-10 дней
2. 2-3 недели
3. 1-1,5 месяца
4. 2 месяца

055. Ранняя периостальная реакция при гематогенном остеомиелите имеет вид

1. линейной тени
2. слоистый
3. спикулоподобный

056. При переходе гематогенного остеомиелита в хроническую стадию периостальные наслоения

1. нарастают в объеме
2. подвергаются обратному развитию

3. сливаются с кортикальным слоем
4. правильно 1 и 3

057. Остеосклероз при гнойном остеомиелите появляется

1. через 2-3 недели
2. через 2-3 месяца
3. через полгода
4. через год

058. Гиперостоз характерен для

1. острой стадии остеомиелита
2. подострой стадии остеомиелита
3. хронической стадии остеомиелита

059. Костный секвестр рентгенологически характеризуется

1. повышением интенсивности тени
2. уменьшением интенсивности тени
3. хотя бы частичным отграничением от окружающей костной ткани
4. обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении
5. правильно 1 и 4

060. Наиболее частым осложнением гематогенного остеомиелита является

1. эпифизеолиз
2. гнойный артрит
3. озлокачествление
4. свищ

061. При локализации остеомиелита в плоских и губчатых костях отсутствует

1. деструкция
2. остеосклероз
3. секвестр
4. периостальная реакция

062. Костный абсцесс Броди возникает

1. в диафизе
2. в метафизе
3. в метаэпифизе
4. в эпифизе
5. правильно 2 и 3

063. Туберкулезный остит чаще всего возникает

1. в эпифизе
2. в метафизе
3. в диафизе
4. в апофизе

064. Для туберкулезного остита характерны

1. деструкция костной ткани
2. периостальная реакция
3. регионарный остеопороз
4. атрофия кости

065. Туберкулезный остит в области тазобедренного сустава локализуется

1. в головке бедренной кости
2. в шейке бедренной кости
3. в костях, образующих вертлужную впадину
4. правильно 2 и 3

066. Для туберкулеза наиболее характерны секвестры

1. губчатые
2. кортикальные
3. тотальные
4. кортикальные и тотальные

067. Туберкулез, как правило, сопровождается периостальной реакцией

1. в плоских и губчатых костях
2. в эпифизе длинной кости
3. в метафизе длинной кости
4. в диафизе длинной кости (у детей)

068. Искривление оси длинных костей наблюдается при

1. раннем врожденном сифилисе
2. позднем врожденном сифилисе
3. приобретенном сифилисе

069. Для сифилитического остеомиелита в отличие от гнойного характерны

1. преобладание продуктивных изменений над деструктивными
2. пятнистый характер остеосклероза
3. неравномерный бугристый гиперостоз
4. равномерный цилиндрический гиперостоз
5. правильно 1 и 3

070. Краевое расположение деструктивного очага в диафизе длинной кости характерно для

1. кортикального остеомиелита
2. сифилитического остеоperiостита
3. остеоидной остеомы
4. для эозинофильной гранулемы
5. правильно 1 и 2

071. Компактные остеомы чаще всего располагаются

1. в лобных пазухах
2. в решетчатых лабиринтах
3. в верхнечелюстных пазухах
4. в лобных пазухах и решетчатых лабиринтах

072. Костно-хрящевые экзостозы в длинных костях исходят из

1. диафиза
2. метафиза
3. эпифиза
4. апофиза

073. Костно-хрящевые экзостозы не встречаются

1. в костях таза
2. в ребрах
3. в позвоночнике
4. в своде черепа и костях лица

074. Для доброкачественных опухолей и опухолевидных образований внутрикостной локализации наиболее типичны

1. нечеткие очертания
2. четкие очертания
3. склеротический ободок
4. широкий склеротический вал

075. Для хондродисплазии трубчатой кости типичной локализацией является

1. эпифиз
2. метаэпифиз
3. метадиафиз
4. диафиз
5. диафиз и метадиафиз

076. Наиболее показательны для хондродисплазии коротких трубчатых костей

1. вздутие кости
2. ячеисто-трабекулярный рисунок
3. склеротический ободок

4. мелкоочаговое обызвествление
5. правильно 1 и 4

077. По обе стороны эпифизарной хрящевой пластинки могут располагаться

1. остеобластокластома
2. костная киста
3. хондробластома
4. туберкулезный остит
5. правильно 3 и 4

078. Для туберкулезной костоеды в отличие от хондробластомы при локализации в проксимальном конце плечевой кости характерны

1. вздутие пораженного участка кости
2. остеопороз области сустава
3. краевая эрозия в области анатомической шейки плечевой кости
4. периостальные наслоения
5. правильно 2 и 3

079. Редкой локализацией гемангиомы в скелете является

1. позвоночник
2. длинные кости
3. свод черепа
4. ребра

080. 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

081. 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

082. Краевая деструкция смежных костей наиболее характерна для

1. доброкачественных опухолей
2. первично злокачественных опухолей
3. метастатических опухолей
4. прорастания злокачественной опухоли из соседних органов или тканей в кости по продолжению

083. 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 со склеротическим ободком
5. правильно 2 и 4

084. Наиболее характерным для злокачественных опухолей костей является

1. истончение коркового слоя
2. обрыв коркового слоя с постепенным истончением к месту обрыва
3. обрыв коркового слоя на фоне вздутия (симптом "пики")
4. крутой обрыв коркового слоя

085. Для злокачественных опухолей костей наиболее характерной является периостальная реакция, проявляющаяся

1. линейную тенью
2. слоистыми пер и остальными напластованиями
3. периостальным козырьком
4. кружевным рисунком периостальных наслоений

086. Опухолевое костеобразование имеет место при

1. остеогенной саркоме
2. саркоме Юинга
3. миеломе
4. метастазах рака предстательной железы

087. На опухолевое костеобразование указывает

1. периостальный козырек
2. пластинчатая периостальная реакция
3. уплотнение костной структуры
4. беспорядочная оссификация в мягких тканях в виде пятнистых и хлопьевидных теней
5. правильно 3 и 4

088. Следующие рентгенологические симптомы могут быть обусловлены как опухолевым, так и реактивным костеобразованием

1. уплотнение костной структуры
2. периостальный козырек
3. спикулы
4. слоистая периостальная реакция
5. правильно 1 и 3

089. Своеобразие параоссальной остеосаркомы определяют

1. длительное безболеное течение
2. преимущественно деструктивный характер изменений
3. раннее метастазирование в легкие
4. правильно 1 и 2

090. К злокачественным опухолям костей, преимущественно поражающим в возрасте старше 50 лет, относятся

1. остеогенная саркома
2. хондросаркома
3. ретикулосаркома
4. саркома Юинга

091. Из числа названных опухолей костей близко напоминают по своим клиническим особенностям и рентгенологической картине остеомиелит

1. хондросаркома
2. метастазы рака
3. саркома Юинга

092. Слоистая периостальная реакция наиболее характерна

1. для остеогенной саркомы
2. для хондросаркомы
3. для саркомы Юинга
4. для фибросаркомы

093. Наиболее часто поражаются при множественной очаговой формы миеломы

1. череп
2. кости таза
3. позвоночник
4. ребра
5. все ответы правильны

094. Диффузным разрежением структуры позвонков и множественной клиновидной деформацией их тел при отсутствии деструктивных очагов в телах и дугах позвонков проявляются

1. метастазы рака
2. генерализованная миелома
3. остеопороз позвоночника
4. правильно 2 и 3

095. Остеобластические метастазы в кости наиболее характерны для рака

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

096. Раньше всего обнаружить метастатическое поражение костей можно с помощью

1. обычной рентгенографии
2. томографии
3. радиоизотопного сканирования скелета
4. рентгенографии с прямым увеличением изображения

097. 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 костного органа при ее нормальной минерализации и отсутствии патологических тканей

098. Из перечисленных типов для остеомалиции характерна

1. множественная неравномерная деформация по типу "клиновидных" или "рыбьих позвонков"
- + 2. множественная равномерная деформация по типу "рыбьих" позвонков
3. множественная равномерная деформация по типу "плоских" позвонков
4. множественная клиновидная деформация

099. Из перечисленных видов деформаций скелета при остеомалиции чаще всего встречается

1. дугообразное искривление оси диафизов трубчатых костей
2. деформация таза по типу "карточного сердца"
3. колоколоподобная деформация грудной клетки
4. базиллярная импрессия черепа

100. Патоморфологический субстрат диффузного разрежения костной структуры при гиперпаратиреодной остеодистрофии

1. аналогичен остеопорозу
2. характеризуется замещением костной ткани неминерализованным остеоидом
3. характеризуется разрастанием в костях фибро-ретикулярной ткани, замещающей костную ткань и костный мозг

101. Из перечисленных изменений позвоночника для гиперпаратиреодной остеодистрофии наиболее характерно

1. диффузное разрежение костной структуры тела позвонков
2. множественная неравномерная компрессия тел позвонков по типу "клиновидных" и "рыбьих"
3. равномерная деформация тел позвонков по типу "рыбьих"
4. уплотнение структуры краниальных и каудальных отделов тел позвонков

102. Из перечисленных изменений в костях свода черепа для гиперпаратиреодной остеодистрофии наиболее характерны

1. истончение компактных пластинок с расширением диплоэ
2. нивелирование структуры костей свода черепа
3. гранулярный рисунок разрежения костной структуры
4. множественные, мелкие, четко очерченные деструктивные очаги при сохранении нормальной структуры на остальном протяжении кости

103. Искривление оси длинных костей наиболее характерно для

1. остеопороза
2. остеомалиции
3. гиперпаратиреодной остеодистрофии
4. нефрогенной остеодистрофии

104. Обызвествления сосудов I межплюсневых промежутков, кроме нефрогенной

остеодистрофии, возможны при

1. сахарном диабете
2. тиреотоксикозе
3. саркоидозе
4. амилоидозе
5. правильно 1 и 3

105. У больных хронической почечной недостаточностью при лечении хроническим гемодиализом обычно развивается

1. остеопороз
2. остеомалация
3. гиперпаратиреоидная остеодистрофия
4. асептические некрозы костей

106. После трансплантации почки со стороны скелета чаще всего развивается

1. остеопороз
2. остеомалация
3. гиперпаратиреоидная остеодистрофия
4. асептические некрозы костей

107. Изменение при спинной сухотке чаще всего наблюдаются

1. в черепе
2. в позвоночнике
3. в суставах верхних конечностей
4. в суставах нижних конечностей

108. Для акроостеолиза характерны

1. истончение дистальных отделов трубчатых костей кистей и стоп с заострением в конце (деформация в виде заточенного карандаша)
2. краевые эрозии суставных поверхностей
3. кистевидные образования в костях
4. резорбция целых отделов костей стоп

109. При мышечных параличах в костях наблюдаются следующие изменения

1. атрофия
2. регионарный остеопороз
3. гиперостоз
4. деструкция

110. После повреждения спинного мозга в опорно-двигательной системе могут возникнуть

1. остеолитические изменения в суставах
2. патологические переломы костей
3. акроостеолитические изменения
4. параартикулярная оссификация мягких тканей за счет оссифицирующего миозита

111. Наиболее характерным симптомом для изменений костей при аневризмах крупных артериальных сосудов является

1. остеолитические изменения
2. гиперостоз
3. периостоз
4. локальная атрофия от давления

112. Из перечисленных отделов скелета излюбленно поражаются асептическим некрозом

1. метафизы длинных костей
2. апофизы
3. суставные головки
4. суставные впадины

113. Асептические некрозы костей у взрослых по сравнению с детским возрастом характеризуются

1. отсутствием восстановления костной ткани
2. повышенной плотностью некротического участка
3. отсутствием гиперплазии суставного хряща
4. правильно 1 и 3

114. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых чаще всего имеет распространённость

1. тотальную
2. субтотальную
3. частичную (ограниченную)

115. Из костей предплюсны тотальному асептическому некрозу подвергаются

1. таранная
2. кубовидная
3. ладьевидная
4. 2-я клиновидная

116. Наиболее частой причиной равномерной патологической компрессии тела позвонка в виде узкой костной пластинки (vertebra plana) является

1. асептический некроз
2. эозинофильная гранулема
3. злокачественная опухоль
4. туберкулезный спондилит

117. К типичным осложнениям болезни Кенига относится

1. гнойный артрит
2. подвывих в суставе
3. образование суставной "мышцы"
4. костный анкилоз

118. Из числа перечисленных изменений костей при лейкозах характерны

1. остеонекроз
2. остеосклероз
3. мелкогнездная деструкция костной ткани
4. атрофия кости

119. Наиболее характерным рентгенологическим признаком для миелофиброза является

1. остеонекроз
2. остеосклероз
3. остеопороз
4. мелкогнездная деструкция костной ткани

120. Наиболее характерным рентгенологическим симптомом для лимфогранулематоза при контактном поражении кости является

1. краевая деструкция
2. остеонекроз
3. остеопороз
4. гиперостоз

121. При гемолитической анемии наблюдаются гиперостоз и спикулы в костях

1. верхней конечности
2. нижней конечности
3. позвоночника
4. черепа

122. Для ретикулогистиоцитоза-Х характерны

1. распространенный остеосклероз вокруг очагов деструкции
2. симптом двойного контура при поражении плоских костей
3. признаки мультицентричного развития деструктивных фокусов в виде крупной волнистости очертаний
4. нечеткие контуры

5. правильно 2 и 3

123. При локализации ретикулогистиоцитоза-X в диафизах длинных костей часто отмечается

1. вздутие кости
2. периостальная реакция
3. заращение костно-мозговой полости костной тканью
4. кортикальный секвестр

124. При саркоидозе преимущественно поражается

1. проксимальный отдел конечности
2. дистальный отдел конечности
3. позвоночник
4. череп

125. Для артрозов характерны

1. краевые эрозии суставных поверхностей костей
2. краевые костные разрастания
3. сужение суставной щели
4. регионарный остеопороз
5. правильно 2 и 3

126. Из суставов стоп наиболее часто поражаются артрозом

1. межфаланговые суставы
2. I плюснево-фаланговый сустав
3. II-IV плюснево-фаланговую суставы
4. лисфранков сустав

127. Первичным артрозом наиболее часто поражаются

1. тазобедренные суставы
2. коленные суставы
3. плечевые суставы
4. локтевые суставы
5. тазобедренные и коленные суставы

128. Кистевидные образования в параартикулярных отделах сочленяющихся костей чаще всего наблюдаются

1. в тазобедренном суставе
2. в коленном суставе
3. в голеностопном суставе
4. в локтевом суставе

129. Наиболее частой причиной болей в плече является

1. артроз плечевого сустава
2. тендиоз области бугорков плечевой кости
3. шейный межпозвоночный остеохондроз
4. хондроматоз плечевого сустава

130. Из числа перечисленных симптомов на вторичную природу артроза, развившегося вследствие артрита, указывает

1. сужение суставной щели
2. краевые дефекты суставных поверхностей
3. кистевидные образования в суставных концах костей
4. «гипертрофический» остеопороз
5. субхондральный остеосклероз
6. правильно 2 и 4

131. Продавливание вертлужной впадины характерно для

1. коксартроза
2. асептического некроза головки бедра
3. деформирующей остео дистрофии Педжета
4. нейрогенной остеоартропатии

5. правильно 1 и 3

132. Для синовиальных форм артритов характерны

1. краевые эрозии суставных поверхностей костей
2. регионарный остеопороз
3. изменение мягких тканей за счет экссудата в полости сустава
4. кистевидные образования в параартикулярных отделах костей
5. правильно 2 и 4

133. Наиболее ранним симптомом неспецифического артрита коленного сустава является

1. увеличение размеров переднего верхнего заворота
2. остеопороз
3. краевая деструкция
4. периостит

134. Для перехода воспаления с суставной капсулы на суставные поверхности характерны

1. краевые эрозии суставных поверхностей костей
2. деструкция центральных отделов суставных поверхностей
3. контактные ("целующиеся") деструктивные очаги с противоположных сторон суставной щели
4. кистевидные образования в параартикулярных отделах костей

135. Для туберкулезного артрита наиболее характерно

1. краевые эрозии суставных поверхностей костей
2. деструкция центральных отделов суставных поверхностей
- + 3. контактная деструкция с противоположных сторон от суставной щели с резким сужением
4. кистевидные образования в параартикулярных отделах костей

136. Наиболее ранним признаком ревматоидного артрита является

1. остеопороз
2. сужение суставной щели
3. периостит
4. краевые эрозии суставных поверхностей

137. Для ревматоидного артрита наиболее характерен

1. диффузный остеопороз
2. пятнистый остеопороз
3. параартикулярный остеопороз
4. "стеклянный" остеопороз

138. Наиболее рано поражаются при ревматоидном артрите

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

139. Чаще и раньше при серопозитивном ревматоидном артрите поражаются суставы

1. дистальные межфаланговые
2. межфаланговые 1 пальцев
3. проксимальные межфаланговые II-IV пальцев
4. II-IV пястно-фаланговые
5. правильно 3 и 4

140. Наиболее частой локализацией моноартикулярной формы ревматоидного артрита является

1. тазобедренный сустав
2. плечевой сустав
3. коленный сустав
4. голеностопный сустав

141. Поражение всех трех суставов одного пальца характерно для

1. ревматоидного артрита
2. подагрического артрита
3. псориатического артрита
4. туберкулезного артрита

142. Наиболее ранним рентгенологическим признаком сакроилеита при ревматических заболеваниях является

1. параартикулярный склероз губчатой кости
2. расширение суставной щели
3. сужение суставной щели
4. неотчетливость замыкающих пластинок крестцово-подвздошных сочленений

143. Наиболее характерными рентгенологическими симптомами подагрического артрита являются

1. краевые эрозии суставных поверхностей костей
2. кистевидные образования в суставных концах кости
3. экстраартикулярные эрозии костей
4. сужение суставных щелей

144. Наиболее характерной для подагрического артрита локализацией являются

1. II-IV плюсне-фаланговые суставы
2. I плюсне-фаланговый сустав
3. межфаланговые суставы II-IV пальцев
4. шопаров сустав

145. При костном анкилозе сустава определяющим признаком является

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

146. При фиксирующем гиперостозе остеофиты не развиваются

1. по передней поверхности тел позвонков
2. по боковым поверхностям тел позвонков
3. по задней поверхности тел позвонков
4. по области крючков тел шейных позвонков
5. правильно 3 и 4

147. Для остеофитов при остеохондрозе позвоночника характерны

1. расположение по продолжению краевого валика тела позвонка
2. несколько отступая от краевого валика
3. перпендикулярное направление к оси позвоночника
4. направление вдоль оси позвоночника с тенденцией к образованию скобок между телами позвонков
5. правильно 1 и 3

148. Фиксирующий гиперостоз позвоночника приводит

1. к нестабильности позвоночника
2. к сдавлению спинальных корешков и нервов
3. к вертебро-базиллярной недостаточности
4. к фиксации пораженных сегментов позвоночника

149. Остеохондроз позвоночника может вызвать неврологическую симптоматику при локализации

1. в шейном отделе позвоночника
2. в грудном отделе позвоночника
3. в поясничном отделе позвоночника
4. в грудном и поясничном отделах позвоночника

150. Переднее смещение поясничных позвонков может вызвать

1. остеохондроз позвоночника

2. спондилоартроз
3. односторонний спондилолиз
4. двусторонний спондилолиз
5. правильно 3 и 4

151. Заднее смещение позвонков может вызвать

1. остеохондроз позвоночника
2. фиксирующий гипоростоз
3. спондилоартроз
4. фиброз дисков
5. повреждение диска

152. Задние грыжи межпозвонковых дисков чаще всего располагаются

1. в шейном отделе
2. в грудном отделе
3. в верхнем поясничном сегменте
4. в сегментах L₄-L₅ и L₅-S₁

153. Наиболее надежно обеспечивают диагностику задних грыж межпозвоночных дисков

1. обычная рентгенография
2. функциональная рентгенография
3. контрастная миелография
4. компьютерная томография
5. правильно 3 и 4

154. Для диспластического кифоза не характерны

1. усиление грудного кифоза
2. выпрямление кривизны позвоночника
3. наличие множественных шморлевских узлов
4. клиновидная деформация тел позвонков
5. деструкция замыкающих пластинок тел позвонков
6. правильно 2 и 5

155. Врожденный блок от приобретенного отличают

1. слияние остистых отростков позвонков
2. сохранение остатков межпозвоночного диска
3. значительное общее уменьшение высоты заблокированного сегмента
4. нормальная костная структура тел позвонков

156. Наиболее надежным признаком врожденной клиновидной деформации тела одного позвонка является

1. снижение высоты прилежащих межпозвоночных дисков
2. нормальная структура тела позвонка
3. вытянутость передних краев тел смежных позвонков с увеличением высоты их передних отделов

157. Смещение атланта может наблюдаться при всех перечисленные заболеваниях и повреждениях, кроме

1. перелома зубовидного отростка
2. атланта-аксиального артрита
3. врожденной аномалии развития зубовидной кости
4. ассимиляции атланта
5. перелома дуги аксиса

158. Фиксирующий гиперостоз позвоночника с обширной его фиксацией отличается от анкилозирующего спондилоартрита Бехтерева

1. нормальным состоянием крестцово-подвздошных суставов
2. снижением межпозвоночных дисков
3. характером остеофитов
4. правильно 1 и 3

159. 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. продавливание замыкающей пластинки тел позвонка
5. правильно 1 и 3

РАЗДЕЛ 11. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА

001. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза имеют

1. уровень расположения лоханки
2. длина мочеточника
3. уровень отхождения почечной артерии
4. расположение мочеточника
5. длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии

002. Почечную колику на экскреторной урограмме можно предположить на основании

1. пиелюктазии
2. пузырно-мочеточникового рефлюкса
3. оттеснения верхней группы чашечек
4. деформации наружных контуров почки

003. Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает

1. экскреторная урография
2. ретроградная пиелография
3. томография
4. ангиография

004. О кавернозном туберкулезе почки в нефрографической фазе экскреторной урографии свидетельствует

1. дефект контрастирования паренхимы
2. "белая" почка
3. отсутствие контрастирования почки
4. интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы

005. К симптомам опухоли почки относятся

1. ампутация чашечки
2. слабая нефрографическая фаза
3. уменьшение размеров почки
4. гипотония чашечек и лоханки

006. При рентгенонегативных камнях верхних мочевых путей наиболее информативно применение

1. экскреторной урографии
2. обзорной рентгенографии
3. томографии
4. ультразвукового исследования

007. К признакам, свидетельствующим о снижении тонуса мочевых путей, относятся

1. отсутствие контрастирования лоханки
2. пиелюктазия
3. "ампутация" чашечек
4. "псоас"-симптом

008. Наиболее достоверные данные об аплазии почки дает

1. обзорная рентгенография
2. экскреторная урография
3. артериография

4. ультразвуковое исследование

009. Для обнаружения гипоплазии почки наиболее достоверной методикой является

1. ультразвуковое исследование
2. экскреторная урография
3. ретроградная пиелография
4. артериография

010. Для выявления состояния лоханки и чашечек при "выключенной почке" следует использовать

1. инфузионную урографию
2. ретроградную пиелографию
3. обзорную рентгенографию
4. компьютерную томографию

011. Почки у здорового человека находятся на уровне

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

012. 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 10 см

013. Длинные оси почек у здорового человека располагаются

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

014. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей тень мочевого пузыря

1. выявляется редко
2. выявляется всегда
3. никогда не выявляется
4. отлично выявляется

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

1. для гипоплазии почек
2. для хронического пиелонефрита
3. для пиелэктазии
4. для опухоли почки

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

1. для туберкулеза почек
2. для сморщенной почки
3. для гипоплазии почки
4. для опухоли почки

017. Необходимо дополнительно использовать для выявления нефроптоза

1. исследование в положении Тренделенбурга
2. компрессию мочеточника
3. снимок на высоте пробы Вальсальвы
4. пиелоскопию
5. компьютерную томографию

018. Заключение об "отсутствии функции" почки возможно в случае

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

019. На интенсивность изображения мочевых путей при экскреторной урографии влияют следующие внутривисочечные факторы

1. состояние выделительной функции
2. динамика мочевых путей
3. тонус сосудистого русла
4. тип строения чашечно-лоханочной системы

020. На интенсивность изображения мочевых путей влияют следующие экстраренальные факторы

1. количество контрастного вещества
2. концентрация контрастного вещества
3. возраст пациента
4. сопутствующие заболевания

021. Появлению гипотонии мочевых путей способствуют

1. тяжелые физические нагрузки
2. малоподвижный образ жизни
3. беременность
4. возраст

022. К наиболее частым заболеваниям почек относятся

1. гломерулонефрит
2. пиелонефрит
3. нефроптоз
4. опухоли

023. Самым характерным симптомом для сморщенной почки является

1. деформация чашечно-лоханочной системы
2. деформация формы почки
3. уменьшение размеров почки
4. слабо выраженная нефрографическая фаза

024. В дифференциальной рентгенодиагностике гипоплазии и сморщенной почки наиболее важным симптомом является

1. состояние чашечно-лоханочной системы
2. размеры почки
3. состояние сосудистого русла почки
4. наличие нефрографической фазы
5. правильно 3 и 4

025. В дифференциальной рентгенодиагностике вторично- и первично сморщенной почки значение имеют

1. состояние нефрографической фазы
2. размеры почки
3. состояние чашечно-лоханочной системы
4. форма почки
5. сосудистое русло почки

026. Для кисты в нефрографической фазе характерны

1. неравномерное контрастирование паренхимы
2. слабое контрастирование паренхимы
3. дефект паренхимы
4. отсутствие нефрографической фазы

027. При кисте в выделительной фазе характерны

1. ампутация чашечки или (руппы чашечек)
2. сдавление чашечек
3. оттеснение чашечек

4. инфильтрация чашечек и лоханки
5. сдавление и оттеснение чашечек

028. Мочевые пути наиболее часто поражают опухолевые образования

1. рак
2. папиллома
3. ворсинчатые опухоли
4. киста

029. При поликистозе отмечается

1. увеличение размеров почки
2. уменьшение размеров почки
3. размеры не изменены
4. деформация почки
5. увеличение и деформация почки

030. Нефрографическая фаза при поликистозе

1. не изменена
2. не выражена
3. неравномерно контрастируется паренхима
4. множественные дефекты контрастирования паренхимы

031. Заражение туберкулезным процессом почек и мочевых путей происходит чаще всего

1. лимфогенным путем
2. гематогенным путем
3. восходящая инфекция
4. нисходящая инфекция

032. Анатомическим субстратом «ободка просветления» при уретероцеле является

1. слоистый камень
2. стенка мочевого пузыря
3. отек паравезикальной или парауретеральной клетчатки
4. стенка мочеточника

033. При "сморщенной" почке сосудистое русло почки

1. не изменено
2. кровоснабжение увеличено
3. кровоснабжение уменьшено
4. деформация внутрпочечных сосудов
5. деформация внутрпочечных сосудов и уменьшение кровоснабжения

034. Наиболее ранним симптомом при туберкулезе почек является

1. папиллит
2. инфильтрат
3. каверна
4. обызвествление в очаге поражения

035. К признакам, которые могут вызвать подозрение опухоли на обзорной урограмме, относятся

1. обызвествление в области почки
2. увеличение интенсивности тени почки
3. деформация и увеличение размеров почки
4. изменение положения почки

036. Ведущим в дифференциальной диагностике лоханочной опухоли и рентгенонегативного конкремента является

1. дефект контрастирования
2. свободное расположение тени в полости лоханки
3. форма дефекта контрастирования
4. поверхность дополнительной тени в полости лоханки

037. Следствием повышения в нутрислоха ночного давления является

1. отсутствие контрастирования верхних мочевых путей
2. отсутствие нефрографической фазы
3. запаздывание контрастирования чашечек и лоханки
4. дилатация лоханки

038. Наследственный характер заболевания свойственен

1. для поликистоза
2. для медуллярной кистозной болезни
3. для мультикистозной почки
4. для солитарной кисты

039. К дисплазиям, проявляемым в раннем детском возрасте с выраженной почечной недостаточностью, относятся

1. поликистоз
2. губчатая почка
3. мультикистозная почка
4. гипоплазия

040. Наиболее частым осложнением, сопровождающим нефроптоз с фиксированным перегибом мочеточника, является

1. пиелонефрит
2. гидронефроз
3. уролитиаз
4. сморщенная почка
5. артериальная гипертензия

041. Наиболее частым заболеванием почек и мочевых путей у человека является

1. уролитиаз
2. туберкулез
3. гломерулонефрит
4. пиелонефрит
5. патологическая подвижность почки

042. К аномалиям почек и мочевых путей, реже всего осложняемым различными заболеваниями, относятся

1. подковообразная почка
2. дистопия
3. удвоение почки
4. добавочная (третья, четвертая) почка
5. дисплазия

043. Наиболее частым типом кровоснабжения злокачественной опухоли является

1. аваскулярная зона
2. гипervasкуляризация
3. гиповаскуляризация
4. венозное "полнокровие"
5. патологическая васкуляризация

044. Нефрокальцинозом наиболее часто сопровождается

1. опухоль
2. киста
3. туберкулез
4. пиелонефрит
5. дисплазия

045. При ультразвуковом исследовании малого таза обычно яичники определяются

1. позади матки
2. впереди от матки
3. между маткой и боковой стенкой таза
4. верно 1,3

046. Эхографическим признаком хронического эндометрита является

1. расширение полости матки
2. гиперэхогенные включения на фоне гиперэхогенного содержимого полости матки
3. уменьшение полости матки
4. верно 1,2

047. Эхографическими признаками рака яичников является

1. кистозное многокамерное образование
2. кистозно-солидное образование
3. солитарное кистозное образование
4. верно 1, 2

048. При экскреторной урографии патогномичным симптомом при уретероцеле является

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

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

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

050. Сморщенная в результате хронического пиелонефрита почка отличается от гипоплазированной почки

1. значительным уменьшением размеров по сравнению со здоровой почкой
2. высокой эхогенностью
3. уменьшением размеров по сравнению со здоровой почкой, неровностью контуров и уменьшением паренхимы по отношению к ЧЛС
4. значительным уменьшением размеров, расширением ЧЛС вследствие гидронефротической трансформации и четкими ровными контурами

051. 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

052. Злокачественные опухоли почек представляют собой

1. гиперэхогенные образования
2. гипоехогенные образования
3. изоэхогенные образования
4. могут быть как гипоехогенные, так и гипер- или изоэхогенные

053. Для доброкачественной опухоли мочевого пузыря характерно

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

РАЗДЕЛ 12 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001. Рентгенологическое исследование органов дыхания необходимо

1. недоношенному ребенку с синдромом дыхательных расстройств
2. ребенку с высокой температурой
3. ребенку с изменениями в крови
4. ребенку с шумами в сердце

002. Положение ребер у детей раннего возраста зависит от

1. формы грудной клетки
2. возраста ребенка

3. качества рентгеновской пленки
4. направления центрального рентгеновского луча

003. Расправление легких у новорожденных детей наступает в

1. первые сутки
2. течение 43 ч
3. течение недели
4. течение месяца

004. 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

005. 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

006. Деформация грудной клетки возможна при

1. пневмонии
2. рахите
3. бронхите
4. бронхиолите

007. На рентгенограмме грудной клетки у недоношенных детей изменения могут отсутствовать при

1. ателектазах
2. абсцессе
3. пневмоцистной пневмонии
4. микоплазменной пневмонии

008. Самой частой причиной образования жидкости в плевральной полости у новорожденных является

1. хилоторакс
2. сердечная недостаточность
3. гемоторакс травматического происхождения
4. экссудативный плеврит воспалительного характера

009. Участки просветления легочной ткани, выявляемые на рентгенограмме грудной клетки при синдроме Вильсона-Микити, являются

1. истинными кистами
2. приобретенными полостями
3. участками атрофированной альвеолярной ткани
4. кажущимися просветлениями

010. Наличие гипертензии малого круга кровообращения у больных с синдромом Вильсона-Микити может быть выявлено

1. бронхографией
2. томографией
3. ангиопульмонографией
4. рентгенокимографией

011. Появление на рентгенограмме грудной клетки ретикулярно-гранулярного рисунка характерно для

1. синдрома Вильсона-Микити
2. гиалиновых мембран
3. рассеянных ателектазов
4. синдрома Жэнэ

012. У недоношенного ребенка на рентгенограмме грудной клетки выявляются

изменения, называемые "белой грудной клеткой" эта картина типична

1. для ателектазов
2. для аспирационного синдрома
3. для отека легкого
4. для нерасправления легкого

013. Картина "белой грудной клетки" на рентгенограмме грудной клетки у новорожденных наблюдается при

1. аспирации
2. задержке фетальной жидкости в легких
3. синдроме ЖЭнэ
4. рассеянных ателектазах

014. Кровоизлияния в легких необходимо дифференцировать с

1. гиалиновыми мембранами
2. нерасправлением легких
3. сливной пневмонией
4. бронхолегочной дисплазией

015. У детей раннего возраста при бронхите дыхательная недостаточность выражена больше, чем при пневмонии, так как

1. бронхит локализованный процесс
2. бронхит сочетается с пневмонией
3. бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение
4. при бронхите поражаются крупные бронхи

016. У детей раннего возраста, больных диффузным бронхитом, частая летальность обусловлена одновременным наличием

1. врожденного порока сердца
2. заболеваний печени
3. незавершенного поворота кишечника (II стадия)
4. врожденных пороков развития почек

017. Рентгенологические симптомы в легких, не относящихся к картине "рахитического легкого" - это

1. усиление сосудисто-интерстициального рисунка
2. ателектазы
3. буллезные вздутия
4. воспалительные очаги

018. К особенностям сердца новорожденных относятся

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

019. На рентгенограмме в передней прямой проекции левый контур сердечно-сосудистой тени имеет четыре дуги

1. на втором месяце жизни
2. к концу первого года жизни
3. к 3-летнему возрасту
4. после 3 лет

020. Индекс Мура у детей первого года жизни превышает нормальный показатель

1. менее чем на 5
2. менее чем на 10
3. более чем на 30
4. более чем на 45

021. Рентгеноскопия при исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность выявлять

1. только рентгеноморфологические изменения камер сердца

2. рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца и крупных сосудов

3. только рентгенофункциональные изменения полостей сердца и крупных сосудов

4. только рентгеноморфологические изменения крупных сосудов

022. Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет

1. функциональные изменения полостей сердца

2. морфологические изменения полостей сердца и сосудов

3. функциональные изменения крупных сосудов

4. все перечисленное

023. Преимущества рентгеноскопии с электронно-оптическим усилителем перед обычной рентгеноскопией при исследовании сердца и крупных сосудов состоят в

1. более легком выявлении только морфологических изменений полостей сердца

2. более легком выявлении функциональных и морфологических изменений полостей сердца и крупных сосудов

3. проведении фазового анализа движений контуров сердца

4. более легком выявлении функциональных изменений сосудов

024. Пневмомедиастинография в диагностике заболеваний сердца и крупных сосудов дает возможность

1. дифференциальной диагностики опухолей средостения и аневризм аорты

2. дифференциальной диагностики митральных пороков сердца

3. выявления рентгенофункциональных изменений полостей сердца

4. функциональной оценки крупных сосудов

025. Симптом "снежной бабы" описан при

1. частичном аномальном дренаже легочных вен

2. тотальном аномальном дренаже легочных вен

3. открытом общем антриовентрикулярном канале

4. дефекте межжелудочковой перегородки

026. Синдром "турецкой сабли" характерен для

1. аномального дренажа правых легочных вен в верхнюю полую вену

2. левожелудочково-правопредсердного сообщения

3. аномального дренажа правых легочных вен в нижнюю полую вену

4. частичного аномального дренажа легочных вен

027. Рентгенофункциональным признаком митрального стеноза является

1. увеличение амплитуды пульсации всех отделов аорты

2. увеличение амплитуды пульсации восходящей аорты

3. уменьшение амплитуды пульсации ствола легочной артерии

4. уменьшение амплитуды пульсации аорты

028. Диаметр непарной вены при стенозе трехстворчатого отверстия

1. не изменен

2. уменьшен

3. увеличен

4. незначительно уменьшен

029. Признаком недостаточности трехстворчатого клапана является

1. увеличение левого желудочка

2. уменьшение левого желудочка

3. увеличение путей оттока правого желудочка

4. увеличение путей притока правого желудочка

030. Дуга левого желудочка в прямой проекции при аортальной недостаточности

1. закруглена

2. удлинена, имеет пологое очертание

3. не изменена

4. деформирована

031. Дуга левого желудочка при аортальном стенозе

1. закруглена
2. имеет пологое очертание
3. не изменена
4. деформирована

032. Наилучшей проекцией для выявления обызвествлений митрального клапана является

1. передняя прямая
2. правая передняя косая (неполный поворот)
3. левая передняя косая
4. левая боковая

033. Малый круг кровообращения при дефекте межпредсердной перегородки

1. не изменен
2. имеет место гиповолемия
3. имеет место гиперволемию
4. возможны все типы изменений

034. При межпредсердном дефекте имеет место

1. изометрическая перегрузка правого желудочка
2. изотоническая перегрузка правого желудочка
3. перегрузки нет

035. Обзорное исследование живота у новорожденных детей целесообразно выполнять с помощью

1. рентгеноскопии
2. рентгенографии
3. ультразвукового метода
4. магнитно-резонансного метода

036. Сроки появления газа в петлях тонкой кишки у ребенка после рождения через

1. 5 мин
2. 30 мин
3. 6-8ч
4. 1 ч

037. Сроки заполнения газом петель ободочной кишки после рождения ребенка через

1. 20 мин
2. 1 ч
3. 2ч
4. 5ч

038. Основной рентгеноконтрастный препарат, применяемый для исследования органов пищеварения у детей

1. водорастворимые трехйодистые препараты
2. нейонные препараты
3. газообразные смеси
4. водная взвесь сернистого бария

039. Верхний пищеводный сфинктер начинает функционировать

1. с момента рождения
2. со времени внутриутробного появления акта глотания
3. с 1 нед. возраста
4. с 10-летнего возраста

040. Отличие короткого пищевода от приобретенного укорочения пищевода

1. обычное расположение брюшного сегмента пищевода
2. изменение строения слизистой оболочки брюшной части пищевода
3. расположение брюшного сегмента пищевода в грудной клетке и отсутствие газового пузыря желудка
4. расположение брюшного сегмента пищевода в грудной клетке, отсутствие газового пузыря желудка в брюшной полости, ротация желудка вокруг продольной ос на 90°

041. Основной признак врожденной ахалазии пищевода

1. задержка контрастного вещества в пищеводе на несколько часов
2. расширение пищевода
3. удлинение пищевода
4. сужение над-, ануридиафрагмальных и брюшного сегментов пищевода

042. В целях дифференциальной диагностики ахалазии пищевода о кардиоспазма используются фармакологические пробы

1. ацетилхолиновая
2. атропиновая
3. морфинная
4. нейроплегическая

043. Наиболее рациональная методика рентгенологического исследования при рентгеноконтрастных инородных телах пищевода

1. обзорная рентгеноскопия с прицельной рентгенографией
2. обзорная рентгеноскопия
3. методика Земцова
4. методика Ивановой-Подобед

044. Прямой признак врожденного пилоростеноза

1. значительное увеличение размеров желудка
2. замедленное выделение контрастного вещества из желудка в кишку
3. удлинение пилорического отдела желудка
4. гиперперистальтика

045. Основной отличительный признак врожденного пилоростеноза от пилороспазма

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

046. Наиболее частая причина врожденной полной непроходимости 12-перстной кишки у новорожденных детей

1. атрезия 12-перстной кишки
2. отсутствие 12-перстной кишки
3. сдавление кишки эмбриональными тяжами
4. кольцевидная поджелудочная железа

047. Главный рентгенологический признак высокой атрезии 12-перстной кишки

1. отсутствие газов в кишечнике
2. большой газовый пузырь желудка
3. дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки
4. дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки при полном отсутствии газа в петлях кишечника

048. Основные симптомы низкой атрезии 12-перстной кишки

1. дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки
2. полное отсутствие газа в петлях кишечника
3. наличие двух дополнительных горизонтальных уровней жидкости в проекции 12-перстной кишки при отсутствии газа в тонкой и ободочной кишках
4. значительное затруднение прохождения контрастного вещества по 12-перстной кишке

049. Безоары желудка - это

1. инородные тела
2. доброкачественные опухоли
3. злокачественные опухоли
4. гипертрофия слизистой оболочки желудка

050. Наибольшее скопление лимфоидной ткани в

1. луковице 12-перстной кишки

2. терминальном отделе подвздошной кишки
3. тощей кишке
4. прямой кишке

051. Типичный рельеф слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки

1. резорбционный
2. ретенционный
3. "булыжной мостовой"
4. петлистый

052. Основные признаки меконияльной непроходимости

1. наличие горизонтальных уровней в петлях кишечника
2. наличие "арок" и "чаш Клойбера" в петлях кишечника
3. мелкие скопления капелек жидкости в виде участков просветления в тонкой кишки
4. наличие кальцификатов в брюшной полости

053. Наиболее достоверный признак илеоцекальной инвагинации у детей первого года жизни:

1. горизонтальные уровни жидкости в петлях кишечника
2. "чаши Клойбера" и "арки" в кишечных петлях на обзорной рентгенограмме живота
3. дополнительная тень округлой или овальной формы в области илеоцекального клапана при проведении воздушной ирригоскопии
4. задержка поступления воздуха из слепой кишки в подвздошную при воздушной ирригоскопии

054. Основным признаком болезни Гиршпрунга является

1. увеличение диаметра сигмовидного отдела ободочной кишки
2. большое количество горизонтальных уровней жидкости в петлях кишечника
3. зона сужения в области перехода сигмовидной части ободочной кишки в прямую;
4. отсутствие перистальтики в сигмовидной кишке

055. Наиболее частая локализация полипов пищеварительного тракта у детей

1. желудок
2. тонкая кишка
3. прямая кишка
4. ободочная кишка

056. Рентгенологические признаки синдрома Пейтца-Егерса

1. множественные полипы в желудке
2. множественные язвы ободочной кишки и псевдополипоз
3. множественные полипы в ободочной кишке и единичные в желудке и тонкой кишке
4. единичные полипы по всему пищеварительному тракту

057. Варикозно расширенные вены при портальной гипертензии определяются в

1. пищеводе
2. желудке
3. пищеводе, желудке и луковице 12-перстной кишки
4. тонкой кишке

058. Наиболее достоверное изображение селезенки получается при использовании

1. рентгенологического метода
2. радиоизотопного метода
3. ультразвукового метода
4. ангиографического исследования

059. Какова в норме величина ацетабулярного индекса вертлужной впадины у новорожденных

1. до 30
2. до 35
3. от 35 до 40
4. от 40 до 50

060. Какова в норме величина "Н" при оценке рентгенограмм тазобедренных суставов

детей ранней возрастной группы по методике Хильген-райнер

1. до 10мм
2. от 10 до 8 мм
3. от 8 до 5 мм
4. от 5 до 3 мм

061. Какова в норме ширина суставной щели в суставе Крювелье у новорожденных

1. до 3 мм
2. до 2 мм
3. от 4 до 5 мм
4. 5 мм

062. Какой сустав из перечисленных обозначен как сустав Крювелье

1. срединное атлanto-аксиальное сочленение
2. атлanto-окципитальное сочленение
3. боковые атлanto-аксиальные сочленения
4. унковертебральные сочленения

063. По методике Р.ГРАФ ультразвуковое исследование тазобедренных суставов производится в положении ребенка

1. на боку
2. на спине
3. на животе
4. в положении по Лоренц-1

064. Какой клинический симптом указывает на нестабильность тазобедренных суставов у новорожденных

1. симптом увеличения отведения бедер
2. симптом наружной ротации конечности на стороне поражения
3. симптом соскальзывания
4. симптом укорочения бедра

065. Решающим симптомом в диагностике врожденного вывиха бедра является

1. скошенность, недоразвитие вертлужной впадины
2. дислокация проксимального отдела бедренной кости
3. позднее появление ядра окостенения головки на стороне поражения
4. ни один из перечисленных признаков

066. Какие переломы длинных трубчатых костей наиболее часто встречаются у детей

1. патологические переломы
2. внутрисуставные переломы
3. оскольчатые переломы
4. поднадкостничные переломы, травматический эпифизеолиз

067. Какой наиболее частый тип подвывихов в шейном отделе позвоночника у детей

1. ротационные подвывихи
2. транслигаментозный
3. трансдентальный
4. перидентальный

068. Для какого заболевания характерны так называемые телескопические переломы

1. несовершенный остеогенез
2. идиопатическая гиперкальциемия
3. мраморная болезнь
4. идиопатическая ломкость костей

069. С какой злокачественной опухолью по клинической картине необходимо, в первую очередь, дифференцировать остеомиелит

1. опухолью Юинга
2. фибросаркомой
3. хондросаркомой
4. первично-злокачественной формой остеобластокластомы

070. Какой из перечисленных симптомов не характерен для костного абсцесса Броди

1. склеротическая кайма вокруг участка деструкции
2. эпифизарная локализация
3. гематогенный генез
4. хроническое течение

071. Какая наиболее частая локализация болезни Кенига

1. пяточная кость
2. головка бедренной кости
3. латеральный мыщелок бедренной кости
4. медиальный мыщелок бедренной кости

072. 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

073. 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

074. Для какой группы опухолей характерен рентгенологический симптом "крупчатости", 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 ткани

075. Для какой группы заболеваний скелета типичен симптом спикуро-образного периостита

1. остеомиелит
2. злокачественные опухоли
3. доброкачественные опухоли
4. фиброзная остеодисплазия

076. Наиболее частая локализация остеогенной саркомы

1. дистальный метадиафиз бедренной кости
2. проксимальный метадиафиз бедренной кости
3. дистальный метадиафиз большеберцовой кости
4. проксимальный метадиафиз большеберцовой кости

077. При гидроцефалии возможно исследование структур головного мозга с помощью

1. рентгенографического исследования
2. термографического исследования
3. ультразвукового исследования
4. электроэнцефалографического

078. Судорожный синдром без повышения температуры требует проведения

1. рентгенографического исследования черепа
2. электроэнцефалографического исследования
3. ангиографического исследования
4. компьютерно-томографического исследования

079. Стандартная нейросонография структур головного мозга у детей проводится

1. через задний родничок
2. через передний родничок
3. через чешую височной кости

4. через венечный шов

080. Среднее суточное количество мочи у новорожденных

1. до 200 мл
2. до 60 мл
3. до 300 мл
4. до 20 мл

081. Длина почки у детей в возрасте до 1 года составляет

1. менее 4 см
2. около 6-6,5 см
3. более 8 см
4. около 10 см

082. Мочевой пузырь у детей до 2-летнего возраста расположен

1. в брюшной полости
2. забрюшинно
3. в малом тазу
4. задняя стенка забрюшинно. передняя - частично в брюшной полости

083. Ренально-кортикальный индекс, вычисляемый по урограммам, - это

1. отношение площади почки к площади собирательной системы
2. отношение площади собирательной системы к площади почки
3. отношение площади лоханки к площади верхней чашечки
4. отношение площади почки к площади первого поясничного позвонка

084. Ренально-кортикальный индекс при гломерулонефрите

1. увеличивается
2. уменьшается
3. остается без изменения

085. Ренально-кортикальный индекс при гидронефрозе

1. уменьшается
2. увеличивается
3. остается без изменения

086. Важнейшим рентгенологическим признаком травматического разрыва почки следует считать

1. исчезновение тени поясничной мышцы
2. деформация форникальных отделов
3. сколиоз позвоночника
4. выход контрастного вещества за пределы почки

087. Ранний рентгенологический признак поражения мочеточников при уротуберкулезе

1. значительное расширение мочеточника
2. замедленная эвакуация контрастированной мочи при отсутствии нормальных цистоидных сокращений
3. укорочение мочеточника
4. удлинение мочеточника

088. Наиболее часто встречающаяся разновидность пузырно-мочеточникового рефлюкса у девочек

1. обструктивная
2. воспалительная
3. врожденная
4. медикаментозная

089. Нисходящая цистография показана при

1. подозрении на аномалии развития мочеточников
2. недержании мочи
3. для определения состояния сфинктеров уретры
4. расщеплении дужек поясничных позвонков

090. Рентгенологическое исследование пирамид височных костей у детей раннего воз-

раста показано

1. по методике Майера
2. по методике Шюллера
3. по методике Стенверса
4. по методике Т.Н. Клушиной

МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ:

1. Доступ к пользованию электронной-библиотечной системы IPR BOOKS.
2. Конспекты лекций, по каждой теме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вестник рентгенологии и радиологии. Том X. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2010. - 592 с.
2. Вестник рентгенологии и радиологии. Том XIV. - М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 2000. - 528 с.
3. Интервенционная радиология в онкологии. - М.: Фолиант, 2013. - 560 с.
4. История кафедры рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии в лицах и фактах / Г.Е. Труфанов и др. - М.: ЭЛБИ-СПб, 2004. - 172 с.
5. Клиническая радиология / Под редакцией А.Е. Союкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 224 с.
6. Коков, Л. С. Интервенционная радиология / Л.С. Коков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 192 с.
7. Линденбратен, Л. Д. Медицинская радиология. Учебник / Л.Д. Линденбратен, Ф.М. Лясс. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
8. Линденбратен, Л.Д. Медицинская радиология / Л.Д. Линденбратен. - М.: ЁЁ Медиа, 1986. - 486 с.
9. Международный электротехнический словарь. Радиология и радиологическая физика / ред. А.Н. Кронгауз. - М.: Советская Энциклопедия, 1986. - 253 с.
10. Милько, В. И. Медицинская радиология / В.И. Милько. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 278 с.
11. Фокин, А. Д. Сельскохозяйственная радиология / А.Д. Фокин, А.А. Лурье, С.П. Торшин. - М.: Дрофа, 2005. - 368 с.
12. Фокин, А. Д. Сельскохозяйственная радиология / А.Д. Фокин, А.А. Лурье, С.П. Торшин. - М.: Лань, 2011. - 416 с.
13. Цыб, А.Ф. Терапевтическая радиология. Руководство для врачей / А.Ф. Цыб. - М.: МК (Медицинская книга), 2010. - 366 с.
14. Шехтер, И. А. Курс медицинской рентгенологии и радиологии / И.А. Шехтер, А.С. Павлов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1998. - 350 с.