

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФОНД  
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
К ОПОП**

**31.08.09 Рентгенология**

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Ситуационная задача 1.

У пациента А, 24 лет, при рентгенологическом исследовании органов грудной полости в левой плевральной полости обнаружено высокоинтенсивное однородное затемнение, нижний контур которого сливается с диафрагмой, средостение смещено в противоположную сторону.

1. Чем обусловлено данное затемнение?
2. С какими патологиями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. В каких случаях верхняя граница затемнения будет иметь косой уровень, а в каких горизонтальный?

### Ситуационная задача 2.

На рентгенограмме органов грудной полости в прямой и боковых проекциях пациента У., 69 лет, справа определяется гомогенное интенсивное пристеночное затемнение с четкими контурами, прилежащее широким основанием к реберной стенке.

1. Чем обусловлено данное затемнение?
2. С какими патологиями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования?

### 4. *Ситуационная задача 1.*

5. Больной И. 25 лет, спортсмен. Жалобы на острую боль в области левого плеча и ограничение подвижности в левом плечевом суставе. Объективно: ссадины и припухлость мягких тканей в области правого плеча, ограничение подвижности в правой верхней конечности. Рентгенография правого плечевого сустава: определяется косая полоса просветления в области хирургической шейки правой плечевой кости, смещение костных фрагментов по ширине кости, припухлость мягких тканей.

6.



7.

8. 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение

### Ситуационная задача 2.

Больной С., 19 лет, студент. Жалобы на припухлость правого колена. Рентгенография правого коленного сустава в двух проекциях: бесформенные участки деструкции костной ткани с нечеткими контурами в дистальном диафизе

правой бедренной кости. Отмечается наличие периостального «козырька», опухоль не распространяется на соседние мягкие ткани.



9.

10. 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение

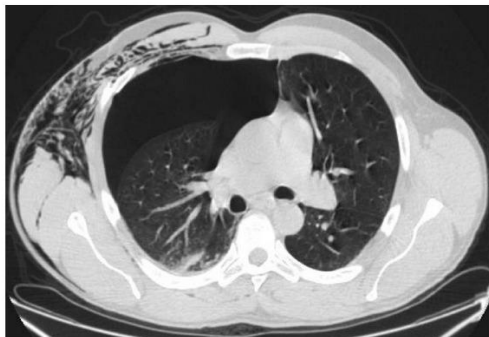
### **ВАРИАНТ 1.**

#### **Ситуационная задача 1.**



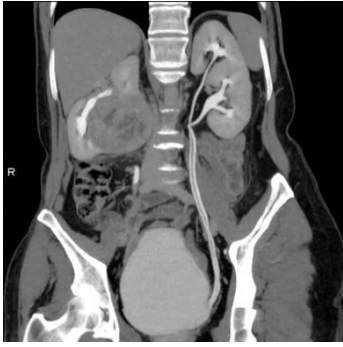
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

#### **Ситуационная задача 2.**



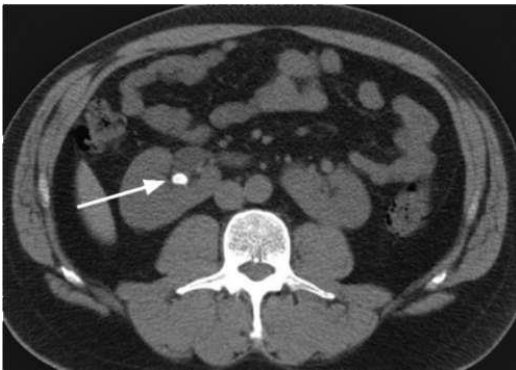
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

#### **Ситуационная задача 1.**



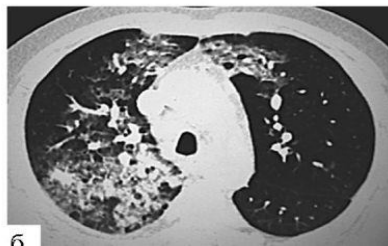
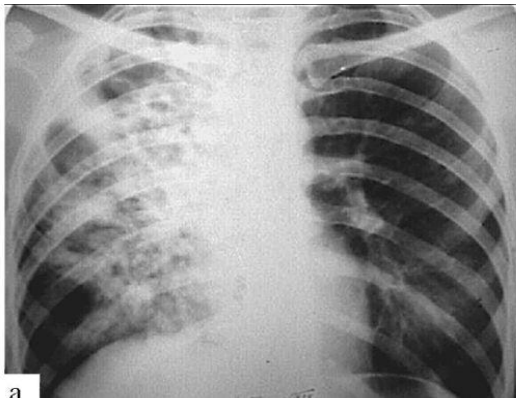
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

### Ситуационная задача 2.



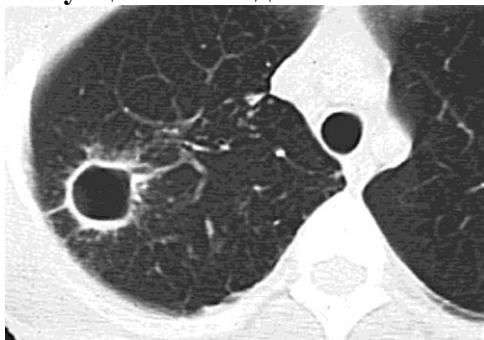
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

### Ситуационная задача



Ваш диагноз?

### Ситуационная задача



Ваш диагноз?

### Ситуационная задача 10.

Больной, 19 лет. Изменения в лёгких выявлены при флюорографическом обследовании. Беспокоили непродуктивный кашель, повышенная утомляемость. Состояние удовлетворительное. Рентгенологически: в верхней доле левого легкого субплеврально гомогенное округлое затенение размером до 2,5 см с резкими наружными контурами и неширокой дорожкой к корню лёгкого. В окружающей ткани единичные мелкие очаговые тени. О/а крови без особенностей. Проба Манту – 19 мм. В промывных водах бронхов МБТ не обнаружены.

1. Укажите ведущий рентгенологический синдром.
2. Дифференциальный диагноз с рядом заболеваний, имеющих схожие рентгенологические данные.
3. Какие методы дообследования еще необходимы?
4. Поставьте диагноз по классификации, его обоснование.

### Ситуационная задача 11.

Больная 50 лет. Последние 2 месяца появилась слабость, утомляемость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Состояние удовлетворительное. В межлопаточной области слева укорочение перкуторного звука, единичные и сухие мелкопузырчатые хрипы на фоне жесткого дыхания. Рентгенологически: слева под ключицей в S<sub>1-2</sub> затенение округлой формы 2 × 2,5 см, средней интенсивности, негетерогенное за счет небольшого просветления в центре, контуры затенения расплывчатые, широкая дорожка к корню легкого. Вокруг единичные очаговые тени. В мокроте обнаружены МБТ.

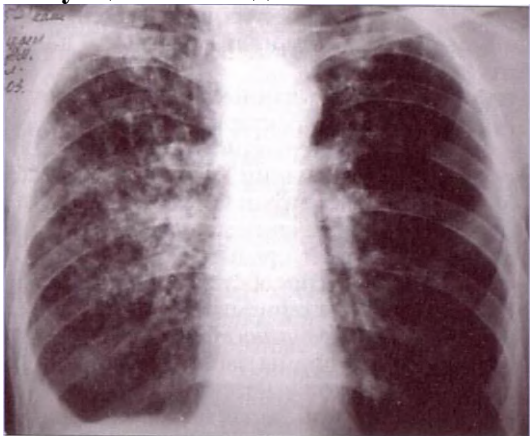
1. Выделите основные рентгенологические синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз с заболеваниями, дающими подобные синдромы.
3. Поставьте диагноз по классификации.

### **Ситуационная задача 12.**



1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

### **Ситуационная задача 2.**



### **Ситуационная задача**

1. Больной 57 лет, поступил с диагнозом : опухоль головного мозга. После двух операций рецидив - менингиома .

Какой курс будет предложен больному?

Показана ли химиотерапия?

### **Ситуационная задача**

2. Больная 27 лет. Диагноз: аденома гипофиза. Ухудшилось зрение, отсутствуют месячные, акромегалия.

Ваш прогноз?

Методы лучевой терапии. СОД, РОД

### **Ситуационная задача 1.**



1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

### **Ситуационная задача 2.**



Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение  
Назовите необходимые дополнительные исследования

### **Ситуационная задача № 3**



1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Назовите необходимые дополнительные исследования

### **Ситуационная задача 1.**

Больной И. 25 лет, спортсмен. Жалобы на острую боль в области левого плеча и ограничение подвижности в левом плечевом суставе. Объективно: ссадины и припухлость

мягких тканей в области правого плеча, ограничение подвижности в правой верхней конечности. Рентгенография правого плечевого сустава: определяется косая полоса просветления в области хирургической шейки правой плечевой кости, смещение костных фрагментов по ширине кости, припухлость мягких тканей.



1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение

### ***Ситуационная задача 2.***

Больной С., 19 лет, студент. Жалобы на припухлость правого колена. Рентгенография правого коленного сустава в двух проекциях: бесформенные участки деструкции костной ткани с нечеткими контурами в дистальном диафизе правой бедренной кости. Отмечается наличие периостального «козырька», опухоль не распространяется на соседние мягкие ткани.



1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную



диагностику.

3. Назовите необходимые дополнительные исследования

1. Основные и дополнительные проекции для рентгенографии черепа по Г.Ю.Коваль.
2. Основные и дополнительные проекции по И.Г.Лагуновой.
3. Оценка качества укладки в каждой проекции.
4. Укладка для изучения лицевого скелета черепа.
5. Укладка для изучения придаточных пазух носа.
6. Что изучают в задней полуаксиальной проекции черепа.

***Вопросы для проведения собеседования:***

1. Природа и свойства ионизирующего излучения.
2. Организация и принцип работы отделения лучевой диагностики.
3. Принципы противолучевой защиты
4. Устройство рентген трубки и принцип его работы.
5. КТ. Принципы работы. Показания и противопоказания к проведению исследования
6. МРТ. Принципы работы. Показания и противопоказания к проведению исследования
7. УЗИ. Принципы работы. Показания и противопоказания к проведению исследования
8. Поглощённая, эффективная дозы
9. Средства и методы противолучевой защиты.
10. Категории облучаемых лиц
11. Естественное и искусственное контрастирование. Пути контрастирования.
12. Рентген контрастные средства, применяемые в рентгенологии (группы и их характеристика
13. РФП. Понятие, требования, предъявляемые к РФП.
14. Природа и свойства неионизирующих излучений.
15. Радионуклидные методы исследования костной системы.
16. Рентген признаки с уменьшением костной ткани.
17. Рентген признаки с увеличением костной ткани.
18. Лучевая анатомия костно-суставной системы. Возрастные особенности.
19. Рентген диагностика переломов.
20. Возрастные особенности переломов.
21. Стадии образования костной мозоли. Ложный сустав
22. Рентген диагностика патологических переломов
23. Рентген диагностика осложнений переломов
24. Рентген диагностика остеопороза
25. Рентген диагностика ревматоидного артрита
26. Рентген диагностика болезни Педжета
27. Рентген диагностика инфаркта кости
28. Рентген диагностика фиброзной дисплазии
29. Рентген диагностика остеопетроза Рентген диагностика болезни Келера
30. Рентген диагностика болезни Осгуда-Шлаттера
31. Рентген диагностика анкилозирующего спондилита
32. Рентген диагностика остеохондромы
33. Рентген диагностика абсцесса Броди
34. Рентген диагностика острого остеомиелита.
35. Рентген диагностика хронического остеомиелита.
36. Рентген диагностика болезни Кальве-Пертеса

37. Рентген диагностика остеогенной саркомы.
38. Рентген диагностика компрессионного перелома позвоночника
39. Рентген диагностика опухоли Юинга
40. Рентген диагностика доброкачественных опухолей костей.
41. Рентген диагностика туберкулёза костей.
42. Принципы и методы визуализации злокачественных опухолей в виде «горячих» и «холодных» очагов.
43. Рентген диагностика остеоартритов
44. Рентген диагностика синдрома Рейтера
45. Рентген диагностика гайморита
46. Рентген диагностика спондилолистеза
47. Рентген диагностика сколиоза. Стадии.
48. Рентген диагностика диабетической стопы
49. Методы рентгенологических исследований лёгких.
50. Лучевая анатомия лёгких.
51. Рентген диагностика острой пневмонии.
52. Рентген диагностика фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких
53. Рентген диагностика туберкулёза внутри грудных лимфоузлов.
54. Рентген диагностика очагового туберкулёза лёгких
55. Рентген диагностика казеозной пневмонии
56. Рентген диагностика диссеминированного туберкулёза лёгких
57. Рентген диагностика туберкулёмы
58. Рентген диагностика первичного туберкулёзного комплекса
59. Рентген диагностика инфильтративного туберкулёза лёгких
60. Рентген диагностика центрального рака лёгкого.
61. Рентген диагностика плевритов.
62. Рентген диагностика пневмоторакса.
63. Рентген диагностика абсцесса лёгких
64. Рентген диагностика фиброторакса
65. Рентген диагностика периферического рака
66. Стадии нарушения бронхиальной проходимости
67. Рентген диагностика аспергиллёза лёгких.
68. Рентген диагностика эхинококкоза лёгких
69. Рентген диагностика метастазов в лёгких
70. Рентген диагностика верхушечного рака лёгких
71. Рентгенанатомия лёгких
72. Радионуклидное исследование лёгких
73. Рентген- и радионуклидная диагностика тромбоэмболии легочной артерии
74. Рентген диагностика саркоидоза лёгких
75. Рентген диагностика эмфиземы лёгких
76. Инвазивные методы исследования сердца.
77. Рентген анатомия сердца
78. Рентген диагностика митральных пороков сердца
79. Рентген диагностика пороков аортального клапана
80. Рентген диагностика перикардитов
81. Рентген диагностика дивертикулов пищевода.
82. Рентген диагностика рака пищевода
83. Рентген диагностика ахалазии пищевода
84. Рентген диагностика инородных тел пищевода.
85. Рентген диагностика кардиоэзофагеального рака
86. Рентген диагностика острого эзофагита
87. Рентген диагностика хронического эзофагита

88. Рентген диагностика язвенной болезни желудка.
89. Рентген диагностика эндофитного рака желудка.
90. Рентген диагностика экзофитного рака желудка.
91. Рентген диагностика экзофитного рака толстой кишки (методы исследования, рентген признаки).
92. Рентген диагностика осложнений язвенной болезни желудка.
93. Рентген диагностика гастрита.
94. Методика исследования желудка (фазы исследования). Подготовка больного
95. Энтероκлизма. Методика проведения, преимущества
96. Ирригография, ирригоскопия (методика). Подготовка больного
97. Рентген диагностика динамической кишечной непроходимости.
98. Рентген диагностика механической кишечной непроходимости
99. Рентген диагностика болезни Крона
100. Рентген диагностика перфорации полого органа
101. Радионуклидное исследования печени (методика, проведения) РФП.
102. Лучевые методы исследования желчного пузыря
103. Лучевая анатомия щитовидной железы.
104. Этапы йодного обмена (методы исследования, РФП).
105. Радионуклидные методы исследования щитовидной железы.
106. Рентген диагностика мочекаменной болезни
107. Экскреторная урография. Методика
108. Рентген диагностика доброкачественных образований молочной железы
109. Рентген диагностика злокачественных новообразований молочной железы

## **ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ**

**1. К ЕДИНИЦАМ ИЗМЕРЕНИЯ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:**

- а) Рад;
- б) Грей (Гр);
- +в) рентген (Р, Rg);
- г) Джоуль/кг.

**2. АКТИВНОСТЬ РАДИОНУКЛИДА – ЭТО:**

- а) число радиоактивных ядер;
- +б) число распадов в единицу времени;
- в) число радиоактивных ядер в 1 мг радиоактивного вещества.

**3. ЕДИНИЦАМИ ИЗМЕРЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- +а) Кюри (Ки);
- +б) Беккерель (Бк);
- в) с<sup>-1</sup> (секунда);
- г) мг – эквивалент Ra;
- д) правильно все перечисленное.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКСПОЗИЦИОННОЙ ДОЗЫ СВЯЗАННО С ЭФФЕКТАМИ:**

- +а) ионизации воздуха под действием излучения;
- б) химического действия излучения;
- в) теплового действия излучения;
- г) световозбуждающего действия излучения;
- д) повышения электропроводности под действием излучения.

**5. ЕДИНИЦАМИ ИЗМЕРЕНИЯ ЭКСПОЗИЦИОННОЙ ДОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- +а) Рентген (Р, Rg);
- +б) Кулон/кг;
- в) Грей;
- г) Рад.

**6. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ ОКРУГЛОЕ ВЫПАЧИВАНИЕ С РОВНЫМ КОНТУРОМ, ТЕНЬ ЕГО ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ОРГАНА И СВЯЗАНА С НИМ ШЕЙКОЙ:**

- а. злокачественная опухоль;
- б. +дивертикул.
- в. доброкачественная опухоль;
- г. ахалазия;

**7. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОД РАСШИРЕН, ОБРАЗУЕТ ИЗГИБЫ, БРЮШНАЯ ЧАСТЬ ЕГО СУЖЕНА, КОНТУРЫ РОВНЫЕ, КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ПРОХОДИТ ВРЕМЯ ОТ ВРЕМЕНИ БОЛЬШИМИ ПОРЦИЯМИ:**

- А) доброкачественная опухоль;
- б) + ахалазия;
- в) злокачественная опухоль;
- г) дивертикул.

**8. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПИЩЕВОДА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОКРУГЛЫЙ ДЕФЕКТ КОНТРАСТИРОВАНИЯ, С РОВНЫМИ ОЧЕРТАНИЯМИ, СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ОГИБАЮТ ДЕФЕКТ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- а) + доброкачественной опухоли;
- б) дивертикула;
- в) злокачественной опухоли;
- г) язвы.

**9. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТДЕЛОВ ЖКТ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА, ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ, НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, ОБРЫВ СКЛАДОК СЛИЗИСТОЙ, НЕРОВНОСТЬ КОНТУРА, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- а) доброкачественной опухоли;
- б) дивертикула;
- в) +злокачественной опухоли;
- г) язвы.

**10. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ТРЕУГОЛЬНАЯ «НИША» ПО КОНТУРУ, КОНВЕРГЕНЦИЯ СКЛАДОК, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- а. доброкачественной опухоли;
- б. дивертикула;
- в. злокачественной опухоли;
- г. + язвы.

**11. УКАЖИТЕ ПЕРВУЮ ФАЗУ НАПОЛНЕНИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА:**

- а. тугое наполнение;
- б. + частичное наполнение /фаза рельефа слизистой;
- в. пневморельефа /двойного контрастирования

**12. У ГИПЕРСТЕНИКА ЖЕЛУДОК ИМЕЕТ ФОРМУ:**

- А) крючка;

- б) +рога;
- в) удлиненного крючка.

**13. У АСТЕНИКА ЖЕЛУДОК ИМЕЕТ ФОРМУ:**

- а) крючка;
- б) рога;
- в) +удлиненного крючка.

**1.**Отсутствие рентгенологических изменений со стороны костно-суставного аппарата в первые 2-3 недели с последующей быстрой динамикой рентгенологической картины характерно

- +1. для острых неспецифических воспалительных процессов
- 2. для туберкулёзных поражений
- 3. для сифилиса

**2.**Гиперостоз характерен

- 1 для острой стадии остеомиелита
- 2. для подострой стадии остеомиелита
- +3. для хронической стадии остеомиелита

**3.**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. повышением интенсивности тени и обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении

**4.**При локализации остеомиелита в плоских и губчатых костях отсутствует

- 1. деструкция
- 2. остеосклероз
- 3. секвестр
- +4. периостальная реакция

**5.** Наиболее частая локализация остеомиелита :

- 1. грудина;
- +2. длинные кости нижних конечностей;
- 3. кости черепа;
- 4. позвоночник.

**6.** Местные осложнения остеомиелита длинных костей:

- 1. амилоидоз почек;
- +2. анкилозы суставов;
- +3. гнойный артрит;
- +4. патологический перелом.

**РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ.**

**При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе: {**

- ~центральной нервной системе;
- ~сердечно-сосудистой системе;
- =системе органов кроветворения;
- ~пищеварительной системе;
- ~иммунной системе.

}

**Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является: {**

=тошнота и рвота;

~лейкопения;

~эритема кожи;

~выпадение волос;

~жидкий стул.

}

**Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет: {**

~0.5 Гр;

=1 Гр;

~2 Гр;

~3 Гр;

~4 Гр.

}

**Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов: {**

~эритроцитов;

~лейкоцитов;

~нейтрофилов;

=лимфоцитов;

~тромбоцитов.

}

**Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет: {**

=1.5 Гр;

~1 Гр;

~0.5 Гр;

~0.1 Гр;

~любая.

}

**Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет: {**

~0.25 Гр;

~0.5 Гр;

~1 Гр;

=1.5 Гр;

~2 Гр.

}

**Единица активности радионуклидов:**{

~Рентген;

~Грей;

=Беккерель;

~Рад;

~Зиверт.

}

**Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано:**{

~лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км<sup>2</sup>;

=лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности;

~детям, проживающим на загрязненных территориях;

~беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях.

}

**В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов:**{

~детей

=подростков;

~взрослых;

~пенсионеров;

~беременных женщин.

}

**"Малыми" принято называть дозы:**{

~не вызывающие лучевой болезни;

~не вызывающие хромосомных повреждений;

~не вызывающие генных поломок;

=не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а

вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц;

~меньшие, чем допустимые дозы облучения.

}

**После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются:**{

~нарушение половой потенции;

=гипоспермия;

~водянка яичка;

~наследственные болезни у детей;

~снижение в крови тестостерона.

}

**Единица поглощенной дозы:**{

=Грей;  
~Зиверт;  
~Рентген;  
~Кюри;  
~Бэр.  
}

**Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена:**{

~локальным внешним облучением конечности;  
~поступлением внутрь радионуклидов;  
~внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр;  
=внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр;  
~заболеванием, не связанным с облучением.  
}

**Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является:**{

=производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла;  
~производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла;  
~не использовать флюорографию у женщин детородного возраста;  
~перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу.  
}

**Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае:**{

~при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр;  
=при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр;  
~при поглощенной дозе на плод более 1 Гр;  
~при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности.  
}

**Опасность, которую может представлять больной после внешнего □- облучения для медицинского персонала:**{

~от тела больного исходит гамма-излучение;  
~от тела больного исходит рентгеновское излучение;  
~больной выделяет с мочой радионуклиды;  
=никакую.  
}

**Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это:**{

~дезактивация кожи;  
~прием радиопротектора;



=реанимационные мероприятия;

~гемосорбция;

~купирование рвоты.

}

**Степень тяжести лучевого поражения определяется: {**

~содержанием радионуклидов на месте облучения;

~количеством "горячих" частиц в легких;

~количеством радионуклидов в организме;

=степенью угнетения кроветворения.

}

**Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови: {**

~менее 3000 в мкл;

~менее 1000 в мкл;

~менее нормы;

=менее 500 в мкл;

~менее 100 в мкл.

}

**Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови: {**

~менее 150 тыс в мкл;

~менее 100 тыс в мкл;

~менее 50 тыс в мкл;

=менее 40 тыс в мкл;

~менее 10 тыс в мкл.

}

**Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет: {**

~до 10 случаев в год;

=несколько;

~менее 100 случаев в год;

~менее 1000 случаев в год;

~20-30 случаев в год.

}

**Шахтеры урановых шахт получают наибольшую лучевую дозу: {**

~на костный мозг;

~на печень;

=на легкие;

~на желудок;

~на щитовидную железу.

}

**Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано: {**

~при дозах облучения менее 3 Гр;

~больным, у которых не было первичной реакции;

=больным с легкой степенью болезни;

~больным, получившим летальные дозы облучения.

}

**Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии: {**

~направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии;

=направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями;

~не направлять в санаторий в летний период;

~не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни.

}

**Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах: {**

=никаких;

~утяжеление клинического течения;

~большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию;

~переход острых форм в хронические;

~устойчивость к обычной терапии.

}

**На какие категории разбито население, проходящее рентгенологические обследования, с точки зрения дозовой нагрузки: {**

~по жизненным показаниям, плановые обследования;

=по жизненным показаниям, плановые обследования, профилактические обследования;

~плановые обследования, профилактические обследования;

~по жизненным показаниям, профилактические обследования.

}

**Профилактическое флюорографическое обследование обязательных контингентов проводится**

= "сплошное" - один раз в год;

~ дифференцированное - один раз в 2 года;

~ дифференцированное при благоприятной эпидемиологической обстановке по туберкулезу - один раз в 3 года;

~ "сплошное" - с возраста 7-12 лет.

}

**Каковы сроки хранения рентгенограмм при отсутствии патологии, при патологических изменениях, а также рентгенограмм больных детей (соответственно): {**

= 2 года, 5 лет, 10 лет;

~ 1 год, 3 года, 5 лет;

~ 3 года, 6 лет, 8 лет;

~ 5 лет, 10 лет, 15 лет.

}

**Выполнение нормативных документов врачом-рентгенологом: {**

- ~обязательное;
- ~рекомендательное;
- =обязательное с установленными сроками;
- ~рекомендательное с установленными сроками.

}

**Первичная специализация врачей-рентгенологов проводится: {**

- ~на местной базе областной, краевой или республиканской больницы;
- ~на рабочем месте;
- =на кафедре рентгенологии института или факультета усовершенствования врачей;
- ~на кафедре рентгенологии и радиологии медицинского института.

}

**Усовершенствование врачей-рентгенологов должно проводиться: {**

- ~ежегодно;
- ~не реже 1 раза в 2 года;
- ~не реже 1 раза в 3 года;
- =не реже 1 раза в 5 лет.

}

**Какие органы и ткани пациента нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего излучения: {**

- ~щитовидная железа;
- ~молочная железа;
- =костный мозг, гонады;
- ~кожа.

}

**Где следует располагать индивидуальный дозиметр: {**

- ~над фартуком на уровне груди;
- ~под фартуком на уровне груди;
- ~над фартуком на уровне таза;
- =под фартуком на уровне таза.

}

**В участковых больницах и крупных врачебных амбулаториях производится: {**

- ~рентгеноскопия;
- ~томография;
- =только рентгенография;
- ~функциональные пробы.

}

**Массовые профилактические флюорографические, рентгеноскопические исследования производятся: {**

- ~детям;
- ~взрослому контингенту с профилактической целью;
- ~беременным женщинам;
- =контингентам риска.

}

**Развитие рентгенологии связано с именем В.Рентгена, который открыл излучение, названное впоследствии его именем: {**

~в 1890 году;

=в 1895 году;

~в 1900 году;

~в 1905 году.

}

**При релаксационных методиках в рентгенодиагностике заболеваний пищеварительного тракта: {**

=снижается тонус гладкой мускулатуры;

~перестраивается рельеф слизистой;

~ускоряется прохождение бариевой взвеси;

~стимулируется спазм сфинктеров.

}

**Рентгенологический синдром – это: {**

~совокупность скелетных признаков патологической тени;

=совокупность рентгенологических симптомов, объединенных единым патогенезом;

~теневая картина, требующая проведения дифференциальной диагностики;

~нарушение функционального состояния органа

**НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ: {**

~проникающее;

~флюоресцирующее;

~ионизирующее;

~разлагать галоидные соединения серебра;

= все ответы правильны.

**} ИНФРАКРАСНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ИСПУСКАЮТ ВСЕ ТЕЛА ТЕМПЕРАТУРА КОТОРЫХ: {**

~ниже абсолютного нуля;

=выше абсолютного нуля;

~ниже 100 градусов;

~равняется абсолютному нулю.

}

**ЧТО ВХОДИТ В СОСТАВ РЕНТГЕНДИАГНОСТИЧЕСКОГО АППАРАТА: {**

~пульт управления,

~универсальный штатив,

~рентгеновская трубка,

~телеэкран,

=все ответы правильны.

}

**НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ: {**

~проникающая способность;

~вызывать свечение ряда химических соединений;

~обладают ионизирующим действием;

~разлагает галоидные соединения серебра;

=все ответы правильны.

}

**КОМУ ИЗ ФИЗИКОВ БЫЛА ВРУЧЕНА НОБЕЛЕВСКАЯ ПРЕМИЯ 10 ДЕКАБРЯ 1903Г. :**{

= Беккерель;

~Рентген;

~Попов;

~Кюри.

}

**К ИОНИЗИРУЮЩИМ ИЗЛУЧЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ: {**

= квантовое (фотонное) и корпускулярное;

~световое (видимая часть спектра);

~ультрафиолетовое;

~лазерное;

~инфракрасное.

}

**ПОД ИОНИЗАЦИЕЙ ПОНИМАЕТСЯ: {**

~вырывание электрона с внутренней оболочки нейтрального атома;

~соединение электрона с нейтральным атомом;

~вырывание электрона с удаленной от ядра электронной оболочки атома;

= правильно всё перечисленное.

}

**ИСТОЧНИКОМ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СЛУЖИТ: {**

~радионуклид;

~пьезоэлектрический кристалл;

=электронно-лучевая трубка;

~тело человека;

~радиочастотный генератор.

}

**ПРИЕМНИКОМ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ВОЛН В УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АППАРАТАХ СЛУЖИТ: {**

~сцинтилляционный счетчик;

~флюоресцирующий экран;

~экран электронно-оптического усилителя;

~пленка;

=пьезоэлектрический кристалл.

}

**К ИОНИЗИРУЮЩИМ ИЗЛУЧЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ: {**

=длинноволновые электромагнитные колебания в радиочастотном диапазоне;

~ультразвуковое;

~рентгеновское;

~гамма;

~бетта<sup>+</sup> , бетта<sup>-</sup>.

}

**ТОРМОЗНОЕ РЕНТГЕНОВСКОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ – ЭТО: {**

- ~ $\gamma$ - излучение некоторых радионуклидов;
- ~поток электронов, получаемых в ускорителях;
- =излучение, возникшее при торможении ускоренных электронов на мишени;
- ~излучение, возникшее при изменении энергетического состояния атома;
- ~эмиссия электронов с катода рентгеновской трубки.

}

**К ЕДИНИЦАМ ИЗМЕРЕНИЯ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:{**

- ~Рад;
- ~Грей (Гр);
- =рентген (Р, Rg);
- ~Джоуль/кг.

}

**АКТИВНОСТЬ РАДИОНУКЛИДА – ЭТО: {**

- ~число радиоактивных ядер;
- =число распадов в единицу времени;
- ~число распадов за сутки;
- ~число радиоактивных ядер в 1 мг радиоактивного вещества.

}

**ЕДИНИЦАМИ ИЗМЕРЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:{**

- ~%50% Кюри (Ки);
- ~%50% Беккерель (Бк);
- ~%-33.33333%с<sup>-1</sup> (секунда);
- ~%-33.33333%мг – эквивалент Ra;
- ~%-33.33333%правильно все перечисленное.

}

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКСПОЗИЦИОННОЙ ДОЗЫ СВЯЗАННО С ЭФФЕКТАМИ:{**

- = ионизации воздуха под действием излучения;
- ~химического действия излучения;
- ~теплового действия излучения;
- ~световозбуждающего действия излучения;
- ~повышения электропроводности под действием излучения.

}

**ЕДИНИЦАМИ ИЗМЕРЕНИЯ ЭКСПОЗИЦИОННОЙ ДОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ: {**

- ~ %50% Рентген (Р, Rg);
- ~ %50% Кулон/кг;
- ~ %-50% Грей;
- ~ %-50% Рад.

}

**ПОГЛОЩЕННАЯ ДОЗА – ЭТО:{**

- ~энергия, поглощенная в воздухе;
- =энергия, поглощенная в единице объёма или массы;
- ~энергия, поглощенная облучаемым объектом;

~энергия, поглощенная в единице объема или массы за единицу времени.

}

**ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ДОЗА- ЭТО: {**

=энергия, поглощенная в единице воздуха;

~энергия, поглощенная в тканях;

~энергия, поглощенная в единице объема или массы за единицу времени;

~энергия, поглощенная облучаемым объектом.

}

**ИНТЕГРАЛЬНАЯ ДОЗА – ЭТО:{**

~энергия, поглощенная в воздухе;

=энергия, поглощенная облучаемым объектом;

~энергия, поглощенная в единице объема или массы за единицу времени;

~энергия, поглощенная в единице объема или массы.

}

**Единицей измерения экспозиционной дозы в системе СИ является:{**

~рад;

~грей;

~рентген;

=Кулон\кг;

~Джоуль \кг.

}

**Единицей измерения поглощенной дозы в системе СИ является:{**

~рад;

=Грей;

~рентген;

~кулон \кг.

## **РАЗДЕЛ 2. ЛЁГКИЕ.**

}

**Рентгенологическое исследование органов дыхания необходимо: {**

=недоношенному ребенку с синдромом дыхательных расстройств;

~ребенку с высокой температурой;

~ребенку с изменениями в крови;

~ребенку с шумами в сердце.

}

**Участки просветления легочной ткани, выявляемые на рентгенограмме грудной клетки при синдроме Вильсона - Микити, являются: {**

~истинными кистами;

~приобретенными полостями;

=участками атрофированной альвеолярной ткани;

~кажущимися просветлениями.

}

**Наличие гипертензии малого круга кровообращения у больных с синдромом Вильсона - Микити может быть выявлено: {**

- ~бронхографией;
  - ~томографией;
  - =ангиопульмонографией;
  - ~рентгенокимографией.
- }

**Картина "белой грудной клетки" на рентгенограмме грудной клетки у новорожденных наблюдается: {**

- ~при аспирации;
  - =при задержке фетальной жидкости в легких;
  - ~при синдроме ЖЭнэ;
  - ~при рассеянных ателектазах.
- }

**У детей раннего возраста при бронхите дыхательная недостаточность выражена больше, чем при пневмонии, так как: {**

- ~бронхит локализованный процесс;
  - ~бронхит сочетается с пневмонией;
  - =бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение;
  - ~при бронхите поражаются крупные бронхи.
- }

**Нормальный диаметр нисходящей ветви правой легочной артерии у подростка составляет: {**

- =не превышает 0.15 см;
  - ~около 0.5 см;
  - ~2 см;
  - ~более 3 см.
- }

**Рентгеноскопия при исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность выявлять: {**

- ~только рентгеноморфологические изменения камер сердца;
  - =рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца и крупных сосудов;
  - ~только рентгенофункциональные изменения полостей сердца и крупных сосудов;
  - ~только рентгеноморфологические изменения крупных сосудов.
- }



**Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет:**

{

~функциональные изменения полостей сердца;

~состояние миокарда;

=морфологические изменения полостей сердца и сосудов;

~функциональные изменения крупных сосудов.

}

**Преимущества рентгеноскопии с электронно-оптическим усилителем перед обычной рентгеноскопией при исследовании сердца и крупных сосудов состоят: {**

~в более легком выявлении только морфологических изменений полостей сердца;

=в более легком выявлении функциональных и морфологических изменений полостей сердца и крупных сосудов;

~в проведении фазового анализа движений контуров сердца;

~в более легком выявлении функциональных изменений сосудов.

}

**Пневмомедиастинография в диагностике заболеваний сердца и крупных сосудов дает возможность: {**

=дифференциальной диагностики опухолей средостения и аневризм аорты;

~дифференциальной диагностики митральных пороков сердца;

~выявления рентгенофункциональных изменений полостей сердца;

~функциональной оценки крупных сосудов.

}

**При подозрении на острую травматическую грыжу диафрагмы целесообразны: {**

~%-50% рентгеноскопия;

~%-50% рентгенография в стандартных проекциях;

~%50% контрастное исследование толстой кишки;

~%50% контрастное исследование желудка.

}

**При подозрении на артерио-венозную аневризму легких наиболее информативны: {**

~рентгеноскопия;

~проба Вальсальвы;

~рентгенография;

=ангиопульмонография.

}

**С какими образованиями следует дифференцировать заполненную солитарную кисту :{**

~паразитарной кистой;

- ~доброкачественной опухолью легкого;
- ~осумкованным междолевым плевритом;
- ~периферическим раком;
- =все ответы правильны.

}

**Бронхолит – это:**{

- ~любое инородное тело бронха;
- ~обызвествленный лимфоузел корня;
- =обызвествленный лимфоузел, пролабирующий в бронх;
- ~обызвествление стенки бронха.

}

**Периферический рак исходит из эпителия бронхов:**{

- ~долевых;
- ~сегментарных;
- =субсегментарных;
- ~центрального.

}

**В дифференциальной диагностике полостной формы периферического рака легкого и хронического абсцесса наибольшее значение имеет:**{

- ~толщина стенок полости;
- ~количество жидкого содержимого;
- ~характер наружных контуров;
- ~характер внутренних контуров;
- =характер наружных и внутренних контуров.

}

**Для аденомы характерно:**{

- ~быстрый рост опухоли;
- ~медленный рост опухоли;
- ~высокая степень малигнизации;
- ~отсутствие существенных признаков;
- =быстрый рост и высокая степень малигнизации.

}

**Состояние перистальтики пищевода можно оценить объективно с помощью:**{

- ~рентгеноскопии;
- ~рентгенографии;
- ~функциональных проб;
- =рентгенокинематографии (видеозаписи).

**Что является элементарной морфологической единицей лёгкого: {**

- ~лёгочная долька;
- =ацинус;
- ~легочная доля;
- ~бронхолёгочной сегмент.

}

**В КАКИХ ПРЕДЕЛАХ КОЛЕБЛЕТСЯ ПЛОТНОСТЬ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ ДЕНСИТОМЕТРИИ: {**

= -650 до - 850 Н.;

~-100 до 100 Н.;

~ 320 до - 450 Н.;

~700 до - 900 Н.

}

**НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ: {**

=КТ ;

~томография ( линейная);

~УЗИ;

~исследование бариевой взвесью желудка.

}

**ЧТО ВХОДИТ В ПОНЯТИЕ СИНДРОМА КРУГЛОЙ ТЕНИ: {**

~ограниченное затемнение;

~округлые тени размерами до 8 мм

~инфильтративный фокус менее 1 см;

=фокусная округлая тень более 1 см.

}

**ЧТО ОЗНАЧАЕТ ТЕРМИНЫ ОЧАГОВЫЕ ТЕНИ : {**

~одиночный округлый очаг размером более 1 см;

=округлые тени размеры которых варьируют от 0,5мм до 1 см;

~округлые тени размерами до 8 мм;

~фокусные округлые тени более 1 см.

}

**ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ПЛЕВРЫ : {**

~разрыв кисты;

~ разрыв эмфизематозной буллы;

~открытый перелом ребер;

=все ответы правильные.

}

**ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ «ГОРЯЧИЙ ОЧАГ» ПРИ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ: {**

=центральный рак легкого;

~воздушная киста;

~эмфизема легких;

~туберкулез легких.

}

**ЧЕМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ДИФFUЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ: {**

~очаговыми диссеминированными поражениями;

~сетчатой перестройкой легочного рисунка;

~сетчато-узелковыми поражениями;

=все ответы правильные.

}

**Для определения уменьшения средней доли оптимальной является: {**

- ~%-50% прямая проекция;
- ~%50% боковая проекция;
- ~%50% косая проекция;
- ~%-50% лордотическая проекция.

}

**Томография и зонография дают возможность определить: {**

- ~смещение органов средостения;
- ~подвижность диафрагмы;
- ~пульсацию сердца;
- =состояние легочной паренхимы и бронхов.

}

**Рентгенокимография определяет состояние: {**

- ~легочной паренхимы;
- =подвижности диафрагмы;
- ~легочного рисунка;
- ~плевры.

}

**Диагностический пневмоторакс применяется: {**

- ~для выявления свободной жидкости в плевральной полости;
- ~для распознавания плевральных шварт;
- =для дифференциальной диагностики пристеночных образований;
- ~для выявления переломов ребер.

}

**Рентгенопневмополиграфия производится для изучения: {**

- ~%50% вентиляционной функции легких;
- ~%-50% газообмена в альвеолах;
- ~%-50% гемодинамики малого круга;
- ~%50% подвижности диафрагмы.

}

**Для диагностики праволежащей аорты наиболее эффективной методикой исследования следует считать: {**

- ~рентгеноскопию;
- ~рентгенографию;
- ~томографию;
- =контрастное исследование пищевода.

}

**При подозрении на полную релаксацию купола диафрагмы наиболее целесообразно исследование больного: {**

- ~%-50% в вертикальном положении;
- ~%50% в положении Тренделенбурга;
- ~%50% в горизонтальном положении на животе;
- ~%-50% в горизонтальном положении на спине.

}

**Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна: {**

- ~%-50% рентгенография в двух проекциях;
- ~%50% томография в прямой проекции;
- ~%50% томография в боковой проекции;
- ~%-50% латероскопия.

}

**Наиболее эффективным в дифференциальной рентгенодиагностике наддиафрагмальных образований легкого и частичной релаксации диафрагмы является: {**

- ~рентгеноскопия;
- ~латероскопия;
- ~томография;
- =пневмоперитонеум.

}

**Показанием для трансбронхиальной биопсии является опухолевидное образование: {**

- =в прикорневой области легких;
- ~в плащевидном слое легких;
- ~в средостении;
- ~в диафрагме.

}

**Трансторакальная биопсия наиболее эффективно применяется: {**

- =при пристеночных образованиях грудной полости;
- ~при междолевыми плевритах;
- ~при долевыми ателектазах;
- ~при патологических образованиях корней легких.

}

**Для изучения амплитуды дыхательной подвижности диафрагмы наиболее целесообразны: {**

- ~%-50% рентгенография в прямой проекции;
- ~%-50% рентгенография в боковой проекции;
- ~%50% рентгеноскопия;
- ~%50% проба Соколова.

}

**Для диагностики дисковидных ателектазов необходимы: {**

- ~%-50% рентгеноскопия;
- ~%50% рентгенография в прямой проекции;
- ~%50% рентгенография в боковой проекции;
- ~%-50% рентгенография в косых проекциях.

}

**При подозрении на острую травматическую грыжу диафрагмы целесообразны: {**

- ~%-50% рентгеноскопия;
- ~%-50% рентгенография в стандартных проекциях;

~%50% контрастное исследование толстой кишки;

~%50% контрастное исследование желудка.

}

**При подозрении на артерио-венозную аневризму легких наиболее информативны: {**

~рентгеноскопия;

~проба Вальсальвы;

~рентгенография;

=ангиопульмонография.

}

**Симптом Гольцкнехта - Якобсона является характерным: {**

~%-50% при периферическом раке легкого;

~%50% при центральном раке легкого;

~%-50% при гамартоме;

~%50% при аденоме бронха.

}

**Бронхиальные артерии, питающие легочную ткань, берут начало: {**

~от межреберных артерий;

=от грудной части аорты;

~от легочных артерий;

~от брюшной части аорты.

}

**Сегментарные легочные вены разветвляются: {**

~вместе с артериями;

~вместе с бронхами;

=по границам сегментов;

~в плащевом слое.

}

**Основой сегментарного строения легкого является разветвление: {**

~бронхов;

~легочных артерий;

~легочных вен;

=легочных артерий и бронхов.

}

**При пневмотораксе корень легкого смещается: {**

~кверху;

~книзу;

=медиально;

~кнаружи.

}

**Анатомически число зон в одном легком: {**

=четыре;

~пять;

~шесть;

~семь.

}

**Междолевая плевра, отделяющая добавочную долю от верхней доли, состоит: {**

~из двух висцеральных листков;

~из двух париетальных листков;

~из одного висцерального и париетального листков;

=из двух висцеральных и двух париетальных листков.

}

**Отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней с уверенностью позволяет:**

~изображение ключиц;

~четкость контуров задних отрезков ребер;

=соотношение ширины передних и задних отделов ребер;

=ширина межреберных промежутков.

}

**Расширение и неструктурность корней легких наиболее характерна: {**

~%-50% для хронического бронхита;

~%50% для увеличения лимфоузлов корня;

~%50% для центрального рака легкого;

~%-50% для венозного застоя в легких.

}

**При легочной гипертензии в системе малого круга кровообращения отмечается: {**

~венозный застой;

~западение легочной артерии;

=резкое увеличение легочной артерии;

~линии Керли.

}

**Наиболее важный диагностический признак "шаровидных" образований легких: {**

~структура;

~форма;

~размеры;

=очертания.

}

**На внутрилегочное расположение пристеночного образования указывает: {**

~округлая форма;

~изменение формы в разных проекциях;

~четкость очертаний;

=острые углы с грудной стенкой в разных проекциях.

}

**В дифференциальной диагностике солитарных полостей в легких наибольшее значение имеет: {**

~локализация;

~размеры;  
=характер стенок.

}

**Для получения всех просветов крупных бронхов легкого проводится томография в проекции: {**

~прямой;  
~боковой;  
~косой;  
=прямой и боковой.

}

**Корень легкого не структурен при всех приведенных ниже патологических процессах, за исключением: {**

~процесса в бронхе;  
~процесса в лимфатических узлах;  
~процесса в сосудах;  
=процесса в клетчатке средостения.

}

**Правый угол диафрагмы расположен выше левого на боковой рентгенограмме: {**

=правой органов грудной клетки;  
~левой органов грудной клетки;  
~правой органов брюшной полости;  
=левой органов брюшной полости.

}

**На обзорной боковой рентгенограмме органов грудной клетки виден просвет в виде кольцевидной тени: {**

~левого главного бронха;  
~правого главного бронха;  
=правого верхнедолевого бронха;  
~левого верхнедолевого бронха.

}

**Расширение корня легкого наблюдается всегда: {**

~при расширении легочной артерии;  
~при опухоли бронха;  
~при увеличении лимфатических узлов;  
~при пневмонии;  
=все ответы правильны.

}

**Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании: {**

~рентгенографии;  
~бронхографии;  
~томографии;  
=ангиопульмонографии.

}



**Наиболее частыми осложнениями пороков развития бронхо-легочной системы являются: {**

- =кровотечение;
- ~озлокачествление;
- =нагноение;
- ~осложнений, как правило, не отмечается.

}

**На внутрилегочное расположение пристеночного образования указывает: {**

- ~округлая форма;
- ~изменение формы в разных проекциях;
- ~четкость очертаний;
- =острые углы с грудной стенкой в разных проекциях.

}

**В дифференциальной диагностике солитарных полостей в легких наибольшее значение имеет: {**

- ~локализация;
- ~размеры;
- ~наличие жидкости;
- =характер стенок.

}

**Для получения всех просветов крупных бронхов легкого проводится томография в проекции: {**

- ~прямой;
- ~боковой;
- ~косой;
- =прямой и боковой.

}

**Корень легкого не структурирован при всех приведенных ниже патологических процессах, за исключением: {**

- ~процесса в бронхе;
- ~процесса в лимфатических узлах;
- ~процесса в сосудах;
- =процесса в клетчатке средостения.

}

**Правый угол диафрагмы расположен выше левого на боковой рентгенограмме: {**

- ~%50% правой органов грудной клетки;
- ~%-50% левой органов грудной клетки;
- ~%-50% правой органов брюшной полости;
- ~%50% левой органов брюшной полости.

}

**На обзорной боковой рентгенограмме органов грудной клетки виден просвет в виде кольцевидной тени: {**

- ~левого главного бронха;

~правого главного бронха;  
=правого верхнедолевого бронха;  
~левого верхнедолевого бронха.  
}

**Расширение корня легкого наблюдается всегда: {**

~при расширении легочной артерии;  
~при опухоли бронха;  
~при увеличении лимфатических узлов;  
~при пневмонии;  
=все ответы правильны.  
}

**Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании: {**

~рентгенографии;  
~бронхографии;  
~томографии;  
=ангиопульмонографии.  
}

**Наиболее частыми осложнениями пороков развития бронхо-легочной системы являются: {**

~%50% кровотечение;  
~%-50% озлокачествление;  
~%50% нагноение;  
~%-50% осложнений, как правило, не отмечается.  
}

**Заполненную солитарную кисту следует дифференцировать со всеми перечисленными ниже образованиями, кроме: {**

~паразитарной кисты;  
~доброкачественной опухоли легкого;  
~осумкованного междолевого плеврита;  
~периферического рака;  
=все ответы правильны.  
}

**Для артерио-венозной кавернозной ангиомы легкого характерны: {**

~анемия;  
~боли в грудной клетке;  
~ускоренная СОЭ;  
=увеличение количества эритроцитов.  
}

**Смещение трахеи возможно: {**

~при трахеальных опухолях;  
=при паратрахеальных опухолях;  
~при лимфадените;  
~при трахеите.  
}

**Усиление и деформацию легочного рисунка в фазе обратного развития острой пневмонии можно отличить от ограниченного пневмосклероза на основании: {**

- ~характера деталей легочного рисунка;
- ~пробы Вальсальвы;
- ~исследования в динамике;
- =деформации купола диафрагмы смещения междолевых щелей, корня, сердца.

}

**У больного 35 лет с жалобами на сухой кашель, субфебрильную температуру при рентгенологическом исследовании выявлены множественные очаговые тени в легких, которые через 4 дня на фоне противовоспалительной терапии не выявляются. Речь идет: {**

- ~о септической метастатической пневмонии;
- ~о бронхопневмонии;
- ~ туберкулезе;
- =пневмонии при аллергозе верхних дыхательных путей.

}

**Наиболее характерным бронхоскопическим симптомом при ограниченном постпневмоническом склерозе является: {**

- ~%-50% сужение просвета бронхов;
- ~%50% сближение бронхиальных ветвей;
- ~%50% деформация бронхов;
- ~%-50% обтурация крупных бронхов.

}

**На хроническое течение пневмонии указывает: {**

- ~высокая интенсивность затемнения;
- ~наличие плевральных шварт;
- ~наличие полостей распада;
- =объемное уменьшение пораженной части легкого.

}

**Основным патоморфологическим признаком, указывающим на хроническое течение пневмонии, является: {**

- ~лейкоцитарная инфильтрация;
- ~гиперемия;
- =развитие соединительной ткани;
- ~лимфостаз.

}

**Средняя доля правого легкого чаще поражается: {**

- ~туберкулезом;
- ~раком;
- =воспалительным процессом;
- ~прочими заболеваниями.

}

**Для дренирующего острого абсцесса легкого наиболее характерны: {**

- =горизонтальный уровень жидкости;
- ~наличие "секвестра";
- ~наличие "дорожки" к корню;
- ~нет признаков.

}

**Для мешотчатых бронхоэктазов характерен вид деформации легочного рисунка: {**

- ~сетчатый;
- ~петлистый;
- ~ячеистый равномерный;
- =ячеистый неравномерный.

}

**На наличие цилиндрических бронхоэктазов может указывать: {**

- ~сетчатая деформация легочного рисунка;
- =парные, параллельные, полосовидные тени;
- ~"сотовый" рисунок;
- ~четких признаков нет.

}

**К рентгенологическим симптомам, характерным для диффузного пневмосклероза, относятся: {**

- ~%50% диффузное усиление и деформация легочного рисунка;
- ~%50% "грубый" рисунок корней легких;
- ~%-50% неструктурные корни;
- ~%-50% признаки легочной гипертензии.

}

**Причиной диффузного пневмосклероза может быть: {**

- ~хронический бронхит;
- ~бронхиальная астма;
- ~профессиональные заболевания;
- ~возрастной фактор;
- =все ответы правильны.

}

**Бронхолит – это: {**

- ~любое инородное тело бронха;
- ~обызвествленный лимфоузел корня;
- =обызвествленный лимфоузел, пролабирующий в бронх;
- ~обызвествление стенки бронха.

}

**Ложная киста легкого – это: {**

- ~порок развития;
- ~"полостной" рак;
- =исход абсцесса легкого;
- ~эмфизематозная булла.

}

**Хроническую пневмонию следует дифференцировать: {**

~с ограниченным пневмосклерозом;  
~с периферическим раком;  
~с хроническим абсцессом;  
=со всем перечисленным.

}

**Для эмфиземы легких наиболее характерно увеличение: {**

~вертикального размера грудной клетки;  
~поперечного размера грудной клетки;  
~передне-заднего размера грудной клетки;  
=всех размеров.

}

**В диагностике эмфиземы легких наиболее важными методиками являются: {**

~рентгеноскопия;  
~томография;  
~бронхография;  
=функциональные пробы.

}

**При эмфиземе легких прозрачность легочных полей при дыхании: {**

~%50% не изменяется;  
~%50% изменяется незначительно;  
~%-50% изменяется значительно;  
~%-50% не имеет значения.

}

**Наиболее характерно для эмфиземы легких: {**

~усиление и деформация рисунка;  
~расширение легочных корней;  
=повышение прозрачности легочных полей и обеднение рисунка;  
~очаговая диссеминация.

}

**Подвижность купола диафрагмы при эмфиземе легких: {**

=резко снижена;  
~не изменена;  
~снижена;  
~усилена.

}

**Легочная гипертензия при диффузном пневмосклерозе и эмфиземе легких характеризуется в первую очередь: {**

~усилением и деформацией легочного рисунка;  
~пульсацией корневых сосудов;  
=расширением корневых сосудов и ствола легочной артерии;  
~застойными изменениями в легких.

}

**Для прогрессирующей легочной дистрофии наиболее характерны: {**

~усиление и деформация легочного рисунка;

≈обеднение легочного рисунка и повышение прозрачности части легкого;  
~объемное уменьшение;  
~смещение средостения в большую сторону.

}

**Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании:** {

~рентгенографии;  
~томографии;  
~бронхографии;  
≈ангиопульмонографии.

}

**К рентгенологическим симптомам острого бронхита относятся:** {

~усиление легочного рисунка;  
~деформация легочного рисунка;  
~потеря структуры корней;  
≈отсутствие рентгенологических признаков.

}

**Наиболее эффективной методикой в диагностике хронического бронхита является:** {

~%-50% рентгенография;  
~%50% томография;  
~%50% бронхография;  
~%-50% бронхоскопия.

}

**Бронхография является практически необходимой:** {

~при простом бронхите;  
~при обструктивном бронхите;  
~при астмоидном бронхите;  
≈при деформирующем гнойном бронхите.

}

**При долеой эмфиземе:** {

~увеличен объем пораженного легкого;  
~снижена прозрачность легкого;  
≈обеднен рисунок и повышена прозрачность легкого на ограниченном участке;  
~смещено средостение.

}

**Для первичного туберкулезного комплекса характерно:** {

~долевое затемнение;  
~двустороннее поражение;  
≈расширение тени корня с одной стороны;  
~жидкость в плевральной полости.

}

**Для туберкулезного бронхоаденита характерно:** {

- ~%-50% двустороннее поражение всех внутригрудных лимфоузлов с обызвествлением по контуру;
- ~%50% одностороннее увеличение одной-двух групп внутригрудных лимфоузлов;
- ~%50% расширение корня в сочетании с фокусом в легком;
- ~%-50% двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов.

}

**Туберкулез внутригрудных лимфоузлов чаще наблюдается: {**

- =в детском и юношеском возрасте;
- ~в пожилом и среднем возрасте;
- ~в молодом возрасте;
- ~в детском, молодом и пожилом возрасте.

}

**Туберкулезный инфильтрат характеризуется: {**

- ~неоднородным треугольным по форме затемнением сегмента или доли легкого;
- =затемнением с нечетким контуром и очагами отсева;
- ~затемнением сегмента с уменьшением его объема;
- ~круглым фокусом с распадом и уровнем жидкости.

}

**Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез легких характеризуется: {**

- ~двусторонним тотальным поражением;
- =преимущественным поражением 1-го, 2-го, 6-го сегментов;
- ~нижнедолевым поражением;
- ~локализация неопределенная.

}

**Саркоидоз II-й стадии отличается от диссеминированного туберкулеза легких: {**

- =характером изменений корней легких и средостения;
- ~характером легочной диссеминации;
- ~бронхографической картиной;
- ~плевральными изменениями.

}

**Дифференциальная диагностика туберкулемы легкого и периферического рака основывается: {**

- =на анализе характера контура;
- ~на локализации опухоли;
- ~на размерах образования;
- ~на изменении плевры.

}

**Деструкция в туберкулеме чаще локализуется: {**

- ~%-50% в верхнем полюсе;
- ~%-50% в центре;

- ~%50% у нижнего полюса;
- ~%50% эксцентрично.

}

**Для отличия туберкулемы в стационарном состоянии без обызвествлений и периферического рака имеет значение: {**

- ~бронхография;
- ~томография;
- ~бронхоскопия;
- =пункционная биопсия.

}

**При невозможности достоверно провести дифференциальную диагностику на основании томографических данных при одиночной туберкулезе необходимо прибегнуть: {**

- ~%50% к компьютерной томографии;
- ~%50% к зонографии;
- ~%50% к пункции легкого;
- ~%50% к операции.

}

**Для туберкулемы в фазе прогрессирования характерно: {**

- =наличие деструкции и очагов отсева;
- ~слоистое строение;
- ~четкие наружные контуры;
- ~наличие дренирующего бронха.

}

**Для дифференциальной диагностики санированной туберкулезной каверны и активной каверны решающее значение имеет: {**

- ~локализация процесса;
- =оценка процесса в динамике;
- ~характер очагов отсева;
- =толщина стенки каверны.

}

**Туберкулезный плеврит отличается от плевритов другой этиологии на основании: {**

- ~%50% наличия плевральной жидкости;
- ~%50% динамического наблюдения;
- ~%50% цитологического и бактериального исследования пунктата;
- ~%50% плевроскопии.

}

**Подразделение рака на центральный и периферический осуществляется по принципу: {**

- ~долевой локализации;
- =уровня поражения бронхиального дерева;
- ~формы;
- ~отношения к плевре.

}



**Для центрального эндобронхиального рака легкого наиболее характерным является: {**

- ~%50% ателектаз;
- ~%50% гиповентиляция;
- ~%-50% затемнение в области корня;
- ~%-50% усиление и деформация легочного рисунка в при корневой зоне.

}

**Характерными симптомами центрального рака, выявляемыми на томограммах, являются: {**

- ~%-50% сохранение просвета бронха;
- ~%50% ампутация бронха;
- ~%50% коническая культя бронха;
- ~%-50% четких симптомов нет.

}

**При центральном экзобронхиальном раке контуры тени: {**

- ~%-50% ровные;
- ~%-50% угловатые;
- ~%50% фестончатые;
- ~%50% "лучистые".

}

**Положение диафрагмы при центральном раке легкого: {**

- ~она отеснена вниз на пораженной стороне;
- =при наличии ателектаза или гиповентиляции купол ее смещен вверх;
- ~положение не изменено;
- ~она деформирована.

}

**Корень легкого при центральном раке легкого: {**

- ~не изменен;
- =расширен, бесструктурен, сливается с тенью в легком и часто со срединной тенью;
- ~не виден;
- ~при отсутствии метастазов не изменен.

}

**Средостение при гиповентиляции доли: {**

- ~занимает обычное положение;
- =смещено в сторону поражения;
- ~смещено в здоровую сторону;
- ~смещено вверх.

}

**К редким формам рака легкого относится: {**

- ~центральный рак;
- ~"маленький" периферический рак;
- ~разветвленный перибронхиальный;
- =верхушечный (типа опухоли Пэнкоста).

}

**Периферический рак исходит из эпителия бронхов: {**

- ~долевых;
- ~центральных;
- ~сегментарных;
- =субсегментарных.

}

**Периферический рак легкого чаще поражает: {**

- ~%-50% прикорневую область;
- ~%-50% верхушку легкого;
- ~%50% передние сегменты;
- ~%50% задние сегменты.

}

**Периферический рак размерами более 2 см в диаметре чаще всего имеет форму: {**

- ~правильно шаровидную;
- =неправильно шаровидную;
- ~треугольную;
- ~форма не характерна.

}

**Характерными для развитого периферического рака симптомами при бронхографии являются: {**

- ~%50% ампутация бронха у края опухоли;
- ~%50% ампутация бронха внутри опухоли;
- ~%-50% раздвигание бронхов опухолью;
- ~%-50% характерных симптомов нет.

}

**Распад при периферическом раке бывает чаще: {**

- ~центральный;
- ~эксцентричный;
- ~многофокусный;
- ~отсутствует;
- =эксцентричный и многофокусный.

}

**"Полостной" рак – это: {**

- ~проращивание опухоли в любую полость;
- =полностью распавшийся периферический рак;
- ~полость в раковом ателектазе;
- ~нет такой формы.

}

**Наличие жидкого содержимого в солитарной легочной полости обусловлено главным образом: {**

- ~характером заболевания;
- ~толщиной стенок полости;
- =локализацией и состоянием дренирующего бронха;
- ~размерами полости.

}

**Для медиастинального рака характерно: {**  
=асимметричное расширение тени средостения;  
~симметричное расширение тени средостения;  
~сдавление трахеи;  
~характерных признаков нет.

}

**Для диагностики наиболее простой формой легочных метастазов являются: {**

=множественные круглые тени;  
~милиарная диссеминация;  
~лимфангит;  
~солитарный метастаз.

}

**Солитарный метастаз необходимо дифференцировать: {**

~%50% с доброкачественными опухолями легких;  
~%50% с периферическим раком;  
~%-50% с очаговой пневмонией;  
~%-50% с междолевым плевритом.

**РАЗДЕЛ 3. ЖКТ**

}

**КАКИЕ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА: {**

=динамическая сцинтиграфия с завтраком, меченым рфп;  
~ангиография;  
~рентгеноскопия;  
~УЗИ.

}

**В КАКИЕ ФАЗЫ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ИЗУЧАТЬ СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОРГАНА: {**

=фаза малого наполнения органа контрастным веществом;  
~фаза тугого наполнения;  
~обе фазы исследования;  
~ни одна из указанных фаз;  
~париетография.

}

**В КАКИЕ ФАЗЫ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ИЗУЧИТЬ ФОРМУ ОРГАНА: {**

~фаза малого наполнения органа контрастным веществом;  
=фаза тугого наполнения;  
~обе фазы исследования;  
~ни одна из указанных фаз;  
~париетография.

}

**КАКОЙ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ: {**

- ~париетография;
- ~пневмография;
- =ирригоскопия;
- ~контрастный завтрак;
- ~мезентерикография.

}

**В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АНГИОГРАФИЮ: {**

- ~для определения положения органа;
- ~для определения изменения формы органа;
- =для определения глубины поражения стенки органа опухолью и прорастания в соседние органы и ткани, наличия метастазов;
- ~для выявления рисунка складок слизистой и характера их деформации при патологическом процессе;
- ~для выявления частоты и глубины перистальтических волн.

}

**При каких состояниях больного показано выполнение обзорных снимков брюшной полости: {**

- ~рентгеноконтрастное инородное тело;
- ~подозрение на перфорацию полого органа;
- ~рентгеноконтрастный камень желчного пузыря, почек;
- ~подозрение на острую кишечную непроходимость;
- =во всех случаях.

}

**Перечислите мероприятия по подготовке больного к рентгеноскопии пищевода: {**

- ~подготовки не требуется;
- =исследование натощак;
- ~исследование после легкого завтрака;
- ~очистительная клизма (сифонная) перед исследованием;
- ~исследование после приема спазмолитических лекарств.

}

**Перечислите мероприятия по подготовке больного к рентгеноскопии тонкого кишечника: {**

- ~подготовки не требуется;
- ~исследование натощак;
- ~исследование после легкого завтрака;
- =очистительная клизма (сифонная) перед исследованием;
- ~исследование после приема спазмолитических лекарств.

}

**Перечислите мероприятия по подготовке больного к рентгеноскопии толстого кишечника: {**

- ~подготовки не требуется;
- ~исследование натошак;
- ~исследование после легкого завтрака;
- =очистительная клизма (сифонная) перед исследованием;
- ~исследование после приема спазмолитических лекарств.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА:{**

- =на контуре желудка — «ниша» с валиком по краям;
- ~конвергенция складок слизистой;
- ~гиперсекреция натошак;
- ~«пальцевидный спазм», ускоренное продвижение контраста.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА ПИЩЕВОДА, КИШЕЧНИКА:{**

- ~разрушение (обрыв) складок слизистой;
- ~ригидность стенки;
- ~выпрямление или неровность контура органа;
- ~сужение просвета органа, наличие дефекта заполнения;
- =все перечисленное.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА:{**

- =округлое выпячивание с ровным дугообразным контуром;
- ~пищевод расширен образует изгибы, брюшная часть его сужена, контуры ровные. контрастное вещество проходит время от времени, большими порциями;
- ~округлый дефект контрастирования с ровными очертаниями. складки слизистой огибают дефект;
- ~дефект наполнения органа, неправильной формы, обрыв складок слизистой, неровность контура;
- ~треугольная ниша по контуру желудка, конвергенция складок слизистой.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА:{**

- ~округлое выпячивание с ровным дугообразным контуром;
- =пищевод расширен, образует изгибы; брюшная часть его сужена, контуры ровные. контрастное вещество проходит время от времени, большими порциями;
- ~округлый дефект контрастирования с ровными очертаниями. складки слизистой огибают дефект;
- ~дефект наполнения органа, неправильной формы, обрыв складок слизистой, неровность контура;
- ~треугольная ниша по контуру желудка, конвергенция складок слизистой.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ: {**

~округлое выпячивание с ровным дугообразным контуром;

~пищевод расширен образует изгибы, брюшная часть его сужена, контуры ровные. контрастное вещество проходит время от времени, большими порциями;

=округлый дефект контрастирования с ровными очертаниями. складки слизистой огибают дефект;

~дефект наполнения органа, неправильной формы, обрыв складок слизистой, неровность контура;

~треугольная ниша по контуру желудка, конвергенция складок слизистой.

}

**В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ СЦИНТИГРАФИЮ: {**

~выявить структурные изменения печени, железы;

~определить характер структурных изменений (очаговые, диффузные);

~выявить нарушение функции печени, желчного пузыря;

=выявить ранние формы гепатолиенального синдрома.

}

**В КАКИХ СЛУЧАЯХ ИСПОЛЬЗУЮТ УЗИ, КТ: {**

~выявить структурные изменения в печени, железе;

~определить характер структурных изменений (диффузные, очаговые);

~дифференцировать плотный очаг и полость;

~оценить состояние полости и стенок желчного пузыря;

=все перечисленное верно.

}

**В КАКИХ СЛУЧАЯХ ИСПОЛЬЗУЮТ АНГИОГРАФИЮ: {**

~дифференцировать плотный очаг и кист;

~установить злокачественную природу очагового образования;

=выявить портальную гипертензию;

~выявить гипербилирубинемия.

}

**В КАКИХ СЛУЧАЯХ ИСПОЛЬЗУЮТ КОНТРАСТНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ: {**

~выявить камни протоков, желчного пузыря;

~выявить «отключенный» желчный пузырь;

~выявить увеличенную головку поджелудочной железы;

=оценить накопительную и сократительную функции, форму, размеры желчного пузыря.

}

**НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СЦИНТИГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРИ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: {**

~увеличение размеров печени;

~снижение накопления рфп в. печени;

- ~диффузно неравномерное распределение рфп в печени;
- ~уменьшение размеров печени;
- =визуализация селезенки.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К КТ ИССЛЕДОВАНИЮ ПЕЧЕНИ:**{

- ~подготовки не требуется;
- ~исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование натощак;
- =устранение метеоризма (диета, карболен), исследование после завтрака;
- ~выяснение аллергологического анамнеза, определение группы и состояния свертывающей системы крови, исключение печеночной и почечной недостаточности, премедикация, исследование натощак.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К СТАТИЧЕСКОЙ СЦИНТИГРАФИИ ПЕЧЕНИ:**{

- =подготовки не требуется;
- ~исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование после завтрака;
- ~выяснение аллергологического анамнеза, определение группы и состояния свертывающей системы крови, исключение печеночной и почечной недостаточности, премедикация, исследование натощак.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ДИНАМИЧЕСКОЙ СЦИНТИГРАФИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:**{

- ~подготовки не требуется;
- =исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование после завтрака;
- ~выяснение аллергологического анамнеза; определение группы и состояния свертывающей системы крови; исключение печеночной и почечной недостаточности; премедикация, исследование натощак.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К АНГИОГРАФИИ ПЕЧЕНИ:**{

- ~подготовки не требуется;
- ~исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование натощак;
- ~устранение метеоризма (диета, карболен), исследование после завтрака;
- =выяснение аллергологического анамнеза; определение группы и состояния свертывающей системы крови; исключение печеночной и почечной недостаточности; премедикация, исследование натощак.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПО ПРИЗНАКАМ КТ: ОЧАГОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

**НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ С НЕРОВНЫМИ, КОНТУРАМИ, ПЛОТНОСТЬ НИЖЕ ПЛОТНОСТИ ПАРЕНХИМЫ. АНГИОГРАФИЯ: В ЗОНЕ ОЧАГА АТИПИЧНЫЕ СОСУДЫ, «ОЗЕРЦА» КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА. СЦИНТИГРАФИЯ: ОЧАГОВЫЙ ДЕФЕКТ НАКОПЛЕНИЯ РФП: {**

- ~камень желчных путей;
- ~киста печени, поджелудочной железы;
- =опухоль печени, поджелудочной железы;
- ~диффузное поражение печени.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПО ПРИЗНАКАМ УЗИ: ЭХОНЕГАТИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, КОНТУРЫ ЧЕТКИЕ, ТОНКАЯ УПЛОТНЕННАЯ СТЕНКА. АНГИОГРАФИЯ: В ЗОНЕ ОБРАЗОВАНИЯ АВАСКУЛЯРНАЯ ЗОНА. СЦИНТИГРАФИЯ: В ЗОНЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ХОЛОДНЫЙ ОЧАГ»: {**

- ~ камень желчных путей;
- =киста печени, поджелудочной железы;
- ~ опухоль печени, поджелудочной железы;
- ~ диффузное поражение печени.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПО ПРИЗНАКАМ ХОЛЕЦИСТОГРАФИИ: СКОРОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУЗЫРЯ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУЗЫРЯ. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПУЗЫРЯ СНИЖЕНА. УЗИ, КТ: В ПОЛОСТИ ПУЗЫРЯ ОБРАЗОВАНИЕ С ЧЕТКИМИ РОВНЫМИ КОНТУРАМИ, ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ: {**

- =камень желчных путей;
- ~киста печени, поджелудочной железы;
- ~опухоль печени, поджелудочной железы;
- ~диффузное поражение печени.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПО ПРИЗНАКАМ РНДИ: РАЗМЕРЫ ОРГАНА УВЕЛИЧЕНЫ, ФОРМА ИЗМЕНЕНА. НАКОПЛЕНИЕ РФП СНИЖЕНО, РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РФП ДИФфуЗНО НЕРАВНОМЕРНОЕ.. УЗИ: ДИФфуЗНАЯ ГИПЕРЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ОРГАНА: {**

- ~камень желчных путей;
- ~киста печени, поджелудочной железы;
- ~опухоль печени, поджелудочной железы;
- =диффузное поражение печени.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К РЕНТГЕНОСКОПИИ, РЕНТГЕНОГРАФИИ С КОНТРАСТНЫМ ЗАВТРАКОМ: {**

- =исследование натошак;
- ~подготовки не требуется;
- ~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование натошак;
- ~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование после легкого завтрака;



~очистительная клизма.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ТОМОГРАФИИ КИШЕЧНИКА:{**

=исследование натошак.

~подготовки не требуется;

~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование натошак;

~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование после легкого завтрака;

~очистительная клизма.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:{**

~исследование натошак;

~подготовки не требуется;

=устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование натошак;

~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование после легкого завтрака;

~очистительная клизма.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К КТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:{**

~исследование натошак;

~подготовки не требуется;

~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование натошак;

=устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование после легкого завтрака;

~очистительная клизма.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:{**

~исследование натошак;

~подготовки не требуется;

=устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование натошак;

~устранить метеоризм (диета, лекарства), исследование после легкого завтрака;

~очистительная клизма.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛУЧЕВЫЕ ПРИЗНАКИ ДИНАМИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:{**

~раздутые газом петли кишки с уровнями жидкости («чаши Клойбера») имеют небольшой диаметр и расположены в центральных отделах живота, спадение дистальных отделов кишечника;

~рентгенография: раздутые газом петли кишечника с уровнями жидкости («чаши клойбера») большого диаметра, заполняющие всю брюшную полость, с преобладанием вздутия; спадение дистальных отделов кишечника;  
~рентгенография: раздутые газом петли кишечника с уровнями жидкости, с преобладанием жидкости. в области толстой кишки — газ;  
~томография, кт, узи: наличие видимого механического препятствия (сужение просвета кишки);  
=расширены все кишечные петли, содержащие газ и жидкость. Нет спадения дистальных отделов кишки.

}

#### **ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛУЧЕВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ:{**

=раздутые газом петли кишки с уровнями жидкости («чаши клойбера») имеют небольшой диаметр и расположены в центральных отделах живота. спадение дистальных отделов кишечника;  
~рентгенография: раздутые газом петли кишечника с уровнями жидкости («чаши клойбера») большого диаметра, заполняющие всю брюшную полость, с преобладанием вздутия; спадение дистальных отделов кишечника;  
~рентгенография: раздутые газом петли кишечника с уровнями жидкости, с преобладанием жидкости. в области толстой кишки — газ;  
~томография, кт, узи: наличие видимого механического препятствия (сужение просвета кишки);  
~расширены все кишечные петли, содержащие газ и жидкость. Нет, спадения дистальных отделов кишки.

{

#### **ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛУЧЕВЫЕ ПРИЗНАКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ:{**

~раздутые газом петли кишки с уровнями жидкости («чаши клойбера») имеют небольшой диаметр и расположены в центральных отделах живота. спадение дистальных отделов кишечника;  
=рентгенография: раздутые газом петли кишечника с уровнями жидкости («чаши клойбера») большого диаметра, заполняющие всю брюшную полость, с преобладанием вздутия; спадение дистальных отделов кишечника;  
~рентгенография: раздутые газом петли кишечника с уровнями жидкости, с преобладанием жидкости. в области толстой кишки — газ;  
~томография, кт, узи: наличие видимого механического препятствия (сужение просвета кишки);  
~расширены все кишечные петли, содержащие газ и жидкость. Нет, спадения дистальных отделов кишки.

}

#### **КАКИЕ ДАННЫЕ ВЫ ОЖИДАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА:{**

~рентгеноскопия, рентгенография: выход контрастного вещества из желудка в брюшную полость через перфоративное;

- ~томография: выявление перфоративного отверстия;
- ~рентгеноскопия, рентгенография: в брюшной полости выявляется желудочное содержимое;
- =рентгеноскопия, рентгенография: в брюшной полости под диафрагмой выявляется свободный газ;
- ~КТ, УЗИ: в стенке желудка выявляется перфоративное отверстие.

}

**КАКИЕ ДАННЫЕ ВЫ ОЖИДАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПИЩЕВОДЕ: {**

- =тень инородного тела за счет естественного контрастирования;
- ~рентгеноскопия, рентгенография с контрастным завтраком: обтекание контрастным барием неконтрастного инородного тела;
- ~рентгеноскопия, рентгенография с контрастным завтраком: контрастирование неконтрастного инородного тела;
- ~КТ: инородное тело в просвете пищевода. Термография: гипертермия в зоне проекции на кожу инородного тела. УЗИ: в просвете пищевода высокой плотности образование.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С РАКОМ ЖЕЛУДКА: {**

- =рентгеноскопия, рентгенография желудка с контрастным завтраком. гастроскопия с биопсией;
- ~УЗИ, КТ;
- ~париетография;
- ~целиакография, мезентерикография.

}

**КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ СИМПТОМОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ПРОРАСТАНИИ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА В САЛЬНИК? ВЫБЕРИТЕ ОДИН — НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЙ ОТВЕТ: {**

- ~рентгеноскопия, рентгенография: дефект наполнения желудка с неровными очертаниями, инфильтрация и разрушение складок слизистой; ригидность стенки, выпрямление контура желудка;
- ~париетография: утолщение стенки желудка, неровность контура;
- =ангиография: опухолевое образование, выступающее за контуры желудка. в зоне опухоли и ее распространения изменение ангиоархитектоники, появление атипичных сосудов, «сосудистые озера»;
- ~рентгенография: дефект заполнения с неровными очертаниями. в центре его ниша, не выходящая за контуры желудка;
- ~рентгенография с контрастным веществом: по малой кривизне желудка — треугольная тень, широким основанием прилегающая к контуру желудка.

}

**С КАКОЙ ЦЕЛЮ ПРОВОДЯТ КОМПЬЮТЕРНУЮ ТОМОГРАФИЮ? ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: {**

- ~обнаружить опухоль желудка;
- ~доказать злокачественный характер опухоли желудка;

~выявить распад опухоли;

~выявить возможные метастазы в легкие, лимфатические узлы брюшной полости;

=выявить возможные метастазы в легкие, печень, лимфоузлы брюшной полости, забрюшинные лимфоузлы.

}

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ СПОСОБЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ВЫ НАМЕРЕНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬ У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАК ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ: {**

~рентгеноскопия, рентгенография с контрастом, гастроскопия с биопсией;

~целиакография;

~статическая сцинтиграфия печени с коллоидом;

~КТ, УЗИ;

=все перечисленное.

}

**ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ НАБЛЮДАЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ЖЕЛУДКА С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ, ИНФИЛЬТРАЦИЯ И РАЗРУШЕНИЕ СКЛАДОВ. В ЦЕНТРЕ ЗАДЕРЖКА БАРИЯ В ВИДЕ ПЯТНА: {**

=рак желудка с распадом;

~ эхинококковая киста;

~рак желудка с прорастанием в печень;

~рак желудка с метастазами в печень.

}

**ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ НАБЛЮДАЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ: СЦИНТИГРАФИЯ ПЕЧЕНИ: ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА В РАЗМЕРАХ; В ПРАВОЙ ДОЛЕ ТРИ «ХОЛОДНЫХ С. РАК ЖЕЛУДКА ОЧАГА» РАЗМЕРАМИ 3x4 — .4x5 см: {**

~рак желудка с распадом;

~рак желудка с прорастанием в печень;

~ эхинококковая киста;

=рак желудка с метастазами в печень.

}

**ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ НАБЛЮДАЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КТ ПЕЧЕНИ: РАЗМЕРЫ УВЕЛИЧЕНЫ В ПРАВОЙ ДОЛЕ 3 ОЧАГА С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ, ПЛОТНОСТЬ ВЫШЕ ПЛОТНОСТИ ПАРЕНХИМЫ: {**

~рак желудка с распадом;

~ эхинококковая киста;

~рак желудка с прорастанием в печень;

=рак желудка с метастазами в печень.

}

**ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ НАБЛЮДАЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ: АНГИОГРАФИЯ: В ОБЛАСТИ**

**ТЕЛА ЖЕЛУДКА И ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПЛОТНЫЙ ОЧАГ С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ, ОТМЕЧАЕТСЯ РАЗВИТИЕ АТИПИЧНЫХ СОСУДОВ, ЗАТЕКИ КОНТРАСТА — «СОСУДИСТЫЕ ОЗЕРЦА»:**{

- ~рак желудка с распадом;
- =рак желудка с прорастанием в печень;
- ~рак желудка с метастазами в печень;
- ~каллёзная язва желудка

}

**ПРИ КАКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ НАБЛЮДАЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КТ ПЕЧЕНИ: В ЛЕВОЙ ДОЛЕ ПО НИЖНЕМУ КОНТУРУ ПЛОТНЫЙ ОЧАГ, ПЕРЕХОДЯЩИЙ С ТЕЛА ЖЕЛУДКА, КОНТУРЫ ЕГО НЕРОВНЫЕ. ПЛОТНОСТЬ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПЛОТНОСТИ ПАРЕНХИМЫ. ЛЕВАЯ ДОЛЯ ПЕЧЕНИ ДЕФОРМИРОВАНА:**{

- ~рак желудка с распадом;
- =рак желудка с прорастанием в печень;
- ~рак желудка с метастазами в печень;
- ~каллёзная язва желудка

}

**КАКИЕ ДАННЫЕ ВЫ ОЖИДАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КАЛЛЕЗНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА:**{

- ~язвенная ниша в теле желудка;
- ~термография: нарушение термотопографии в эпигастральной области;
- ~дефект наполнения желудка с задержкой бария в центре дефекта в виде пятна;
- =«ниша с углублениями по краям», «пальцевидный» спазм желудка, конвергенция складок слизистой.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ СОСТОЯНИЕ СООТВЕТСТВЕННО ПРИЗНАКАМ: ПИЩЕВОД УКОРОЧЕН, ЧАСТЬ ЖЕЛУДКА НАХОДИТСЯ В ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ:**{

- ~ахалазия пищевода;
- =грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- ~рак нижней трети пищевода;
- ~ни одно из указанных состояний.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ СОСТОЯНИЕ СООТВЕТСТВЕННО ПРИЗНАКАМ.: ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ПИЩЕВОДА НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ, ОБРЫВ СКЛАДОК СЛИЗИСТОЙ, СУПРАСТЕНОТИЧЕСКОЕ РАСШИРЕНИЕ ПИЩЕВОДА:**{

- ~ахалазия пищевода;
- ~грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- =рак нижней трети пищевода;
- ~ни одно из указанных состояний.

}

**ОПРЕДЕЛИТЕ СОСТОЯНИЕ СООТВЕТСТВЕННО ПРИЗНАКАМ: ПИЩЕВОД РАСШИРЕН, ОБРАЗУЕТ ИЗГИБЫ; БРЮШНАЯ ЧАСТЬ ПИЩЕВОДА СУЖЕНА**

**(«мышинный хвостик»). Контраст поступает в желудок временами, большими порциями:{**

=ахалазия пищевода;

~грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

~рак нижней трети пищевода;

~ни одно из указанных состояний.

}

**При каком патологическом состоянии наблюдаются следующие признаки : Дефект наполнения желудка с неровными очертаниями, разрушение (обрыв) складок слизистой, выпрямление контура желудка, ригидность стенок:{**

~хронический гипосекреторный гастрит;

~полип желудка;

=рак желудка;

~ни одно из указанных состояний.

}

**При каком патологическом состоянии наблюдаются следующие признаки : На фоне складок слизистой округлой формы дефект наполнения ровными очертаниями. Складки слизистой раздвинуты образованием и огибают его. Перистальтика сохранена:{**

~хронический гипосекреторный гастрит;

=полип желудка;

~рак желудка;

~ни одно из указанных состояний.

}

**При каком патологическом состоянии наблюдаются следующие признаки : Увеличение желудочных полей, неравномерное распределение их по слизистой:{**

=хронический гипосекреторный гастрит;

~полип желудка;

~рак желудка;

~ни одно из указанных состояний.

}

**Перечислите лучевые признаки рака нисходящей кишки без метастазов в печень:{**

=дефект наполнения кишки с неровными контурами, на границе измененных сегментов — уступы;

~циркулярное сужение кишки, супрастенотическое расширение кишки;

~УЗИ печени: размеры и форма печени не изменены.

Структура однородная;

~рентгеноскопия желудка: форма и положение желудка не изменены.

Рельеф слизистой не изменен.

}

**Какой метод даст наиболее характерные изменения при**

**ХРОНИЧЕСКОМ ЖИРОВОМ ГЕПАТОЗЕ? ВЫБЕРИТЕ ОДИН НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ: {**

=УЗИ: увеличение размеров печени, структура диффузно неравномерно гиперэхогенна;

~КТ: увеличение размеров печени, структура диффузно неравномерна, плотность ниже плотности жидкости;

~сцинтиграфия с коллоидом: размеры печени увеличены, снижено накопление рфп, распределение его диффузно неравномерное. селезенка не визуализируется;

~термотопография не нарушена;

~ангиография: ангиоархитектоника не изменена.

}

**КАКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЫ МОЖЕТЕ ДАТЬ ПРИ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ? РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: {**

=цирроз печени;

~опухоль печени на фоне цирроза;

~метастазы опухоли в печень;

~первичная опухоль печени;

~ни одно из указанных заболеваний.

}

**КАКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЫ МОЖЕТЕ ДАТЬ ПРИ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ? УЗИ: ДИФFUЗНАЯ ГИПЕРЭХОГЕННОСТЬ, ГИПЕРЭХОГЕННЫЙ ОЧАГ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ С НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ, С УЗ-ЭХОНЕГАТИВНОЙ ДОРОЖКОЙ; УВЕЛИЧЕНА СЕЛЕЗЕНКА: {**

~цирроз печени;

~опухоль печени на фоне цирроза;

=метастазы опухоли в печень;

~первичная опухоль печени;

~ни одно из указанных заболеваний.

}

**КАКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЫ МОЖЕТЕ ДАТЬ ПРИ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ? КТ: УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ. В ПРАВОЙ ДОЛЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОЧАГИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, ПЛОТНОСТЬ КОТОРЫХ ВЫШЕ ПЛОТНОСТИ ЖИДКОСТИ: {**

~цирроз печени;

~опухоль печени на фоне цирроза;

=метастазы опухоли в печень;

~первичная опухоль печени;

~ни одно из указанных заболеваний.

}

**КАКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЫ МОЖЕТЕ ДАТЬ ПРИ УКАЗАННЫХ ПРИЗНАКАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ? ЦЕЛИАКОГРАФИЯ; ПЕЧЕНЬ УВЕЛИЧЕНА, СОЛИТАРНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, В ЗОНЕ КОТОРОГО АТИПИЧНЫЕ СОСУДЫ, СОСУДИСТЫЕ «ОЗЕРЦА»; В КРОВИ АЛЬФА-ФЕТО-ПРОТЕИН: {**

- ~цирроз печени;
- ~опухоль печени на фоне цирроза;
- ~метастазы опухоли в печень;
- =первичная опухоль печени;
- ~ни одно из указанных заболеваний.

#### **Раздел 4. Сердце и сосуды**

}

**Изменение формы сердца наблюдается при: {**

- ~митральных порока
- ~выпотном перикардите
- ~аортальных пороках
- =правильно все

}

**Лучевая ангиография исследует: {**

- =сосуды
- ~полости
- ~морфологию органа
- ~секвестр

}

**Для исследования вен нижних конечностей используют: {**

- ~импендансную плетизмографию
- ~рентгеновскую флебографию
- ~УЗИ

=все ответы правильны

}

**При статической сцинтиграфии сердца с фосфатом технеция выявляется очаг повышенного: хлоридом таллия - пониженного накопления, что характерно для {**

- ~воспаления вены
- ~аневризмы сосуда
- =инфаркта миокарда
- ~нарушения кровообращения вследствие стеноза сосудов

}

**При термографии в области поверхностной вены бедра отмечается гипертемия что характерно для: {**

- =воспаления вены
- ~аневризмы сосуда
- ~инфаркта миокарда
- ~хронической ишемической болезни (ХИБС)

}

**При термографии в зоне кровоснабжения артерией голени отмечается гипотермия, что характерно для: {**

- ~воспаления вены
- ~инфаркта миокарда



~хронической ишемической болезни сердца (ХИБС)  
=нарушения кровообращения вследствие стеноза сосуда  
}

**На ангиографии отмечается ограниченное расширение сосуда, что характерно для: {**

~воспаления вены  
=аневризмы сосуда  
~хронической ишемической болезни сердца (ХИБС)  
~нарушения кровообращения вследствие стеноза сосуда  
}

**На ангиограмме отмечается ограниченное сужение сосуда, что характерно для: {**

~аневризмы сосуда  
~инфаркта миокарда  
=нарушения кровообращения вследствие стеноза сосуда  
~хронической ишемической болезни сердца (ХИБС)  
}

**КТ при исследовании сердца и сосудов используют с целью определения: {**

~гипертрофии миокарда и расширения полостей:  
~аневризм сердца, тромбов в полостях и внутриполостных образований:  
~состояния просвета сосудов  
=правильно всё перечисленное  
}

**Правое предсердие занимает: {**

=нижняя дуга правого контура;  
~ 3 дугу левого контура:  
~4 дуга левого контура:  
~верхняя дуга правого контура/  
}

**Восходящая аорта, верхняя полая вена занимает: {**

~1 дугу левого контура:  
~2 дугу левого контура:  
~4 дуга левого контура:  
=верхняя дуга правого контура:  
}

**Дуга аорты занимает: {**

=1 дугу левого контура:  
~4 дуга левого контура:  
~верхняя дуга правого контура:  
~нижняя дуга правого контура  
}

**Ушко левого предсердия, лёгочный ствол занимает: {**

=3 дуга левого контура:  
~4 дуга левого контура:

~верхняя дуга правого контура:

~нижняя дуга правого контура

}

**Левый желудочек занимает: {**

~1 дугу левого контура:

~2 дугу левого контура:

=4 дугу левого контура:

~3 дугу левого контура:

}

**Глубокая выемка между 1 и 4 дугами левого контура, удлинение 4 дуги, увеличение 1 дуги, смещение правого атриовазального угла книзу {**

~митральная конфигурация:

=аортальная конфигурация:

~трапециевидная конфигурация

~трапециевидная конфигурация

}

**Равномерное увеличение сердца в обе стороны, отсутствие чёткого разделения контуров на дуги: {**

~митральная конфигурация:

~аортальная конфигурация:

=трапециевидная конфигурация

~шаровидная конфигурация

}

**Удлинены и более выпуклы 2 и 3 дуги левого контура, правый атриовазальный угол смещён кверху {**

=митральная конфигурация:

~аортальная конфигурация:

~трапециевидная конфигурация

~желудочковая конфигурация

}

**2 -3 дуга левого контура образованы {**

~правым предсердием , левым предсердием

~дугой аорты , легочным стволом

=ушком левого предсердия, лёгочным стволом:

~левым желудочкам, левым предсердием

}

**Верхняя дуга правого контура образована: {**

~правым предсердием:

=восходящей аортой (верхней полой веной):

~дугой аорты:

~дугой аорты:

}

**Нижняя дуга правого контура образована: {**

=правым предсердием:

~восходящей аортой:

~ дугой аорты:

~ ушком левого предсердия, лёгочным стволом:

}

**Какие лучевые методы исследования сердца и сосудов относятся к инвазивным: {**

~ %33.33333% коронарография;

~ %-50% ультразвуковое исследование;

~ %-50% рентгеноскопия;

~ %33.33333% вентрикулография;

~ %33.33333% ангиокардиография.

}

**Какие проекции применяются при рентгенологическом исследовании сердца: {**

~ %25% передняя;

~ %-50% задняя;

~ %-50% правая боковая;

~ %25% левая боковая;

~ %25% первая косая;

~ %25% вторая косая.

}

**Что формирует левый атриовентрикулярный угол при рентгенологическом исследовании сердца в передней проекции: {**

= легочная артерия, ушко левого предсердия;

~ восходящая дуга аорты, правое предсердие;

~ восходящая дуга аорты, ушко левого предсердия;

~ нисходящая дуга аорты, правый желудочек.

}

**Какие лучевые методы исследования сердца и сосудов относятся к неинвазивным: {**

~ %25% компьютерная томография;

~ %25% магнитно-резонансная томография;

~ %-50% ангиокардиография;

~ %25% рентгенография и рентгеноскопия;

~ %-50% вентрикулография;

~ %25% ультразвуковое исследование.

}

**Что формирует правый предсердно-сосудистый угол при рентгенологическом исследовании сердца в передней проекции: {**

~ нисходящая дуга аорты, правое предсердие;

= восходящая дуга аорты, правое предсердие;

~ восходящая дуга аорты, левый желудочек;

~ нисходящая дуга аорты, правый желудочек.

}

**Каковы признаки вертикального положения сердца при рентгенологическом исследовании: {**

- = угол наклона сердца более 45 градусов;
- ~. угол наклона сердца менее 45 градусов;
- ~ угол наклона сердца равен 45 градусам;
- ~ угол наклона сердца равен 20 градусам.

}

**Каковы признаки митральной конфигурации сердца при рентгенологическом исследовании сердца в прямой проекции: {**

- ~ %50% талия сердца сглажена;
- ~ %-33.33333% талия сердца глубокая;
- ~ %-33.33333% талия сердца выражена в средней степени;
- ~ %50% увеличены 2 и 3 дуги левого контура сердца;
- ~ %-33.33333% увеличена 4 дуга по левому контуру.

}

**Каковы признаки треугольной конфигурации сердца при рентгенологическом исследовании сердца в прямой проекции: {**

- ~ увеличены 3 и 4 дуги левого контура сердца;
- ~ увеличена 4 дуга по левому контуру;
- = дуги не дифференцируются;
- ~ увеличены все дуги по левому контуру.

}

**Каковы признаки аортальной конфигурации сердца при рентгенологическом исследовании сердца в прямой проекции: {**

- ~ %-33.33333% талия сердца сглажена;
- ~ %50% талия сердца глубокая;
- ~ %-33.33333% талия сердца выражена в средней степени;
- ~ %-33.33333% увеличены 3 и 4 дуги левого контура сердца;
- ~ %50% увеличена 4 дуга по левому контуру.

}

**Каковы рентгенологические признаки стеноза митрального клапана: {**

- ~ %50% передняя проекция- талия сердца сглажена, увеличен ствол легочной артерии и левое предсердие;
- ~ %-33.33333% передняя проекция- талия сердца сглажена, увеличен ствол легочной артерии, левое предсердие и левый желудочек;
- ~ %-33.33333% косая проекция- увеличение правого желудочка и левого предсердия, пищевод отклонен по дуге большого радиуса;
- ~ %50% косая проекция- увеличение правого желудочка и левого предсердия, пищевод отклонен по дуге малого радиуса.

}

**Каковы рентгенологические признаки недостаточности митрального клапана: {**

- ~ %-50% передняя проекция- талия сердца сглажена, увеличен ствол легочной артерии и левое предсердие;
- ~ %50% передняя проекция- талия сердца сглажена, увеличен ствол легочной артерии, левое предсердие и левый желудочек;

~ %50% косая проекция- увеличение правого желудочка и левого предсердия, пищевод отклонен по дуге большого радиуса;

~ %-50% косая проекция- увеличение правого желудочка и левого предсердия, пищевод отклонен по дуге малого радиуса.

}

**Какие методы позволяют оценить сократительную функцию сердечной мышцы:{**

~ %33.33333% рентгеноскопия;

~ %33.33333%рентгенография;

~ %-50% ультразвуковое исследование сердца (эхокардиография);

~ %33.33333%рентгенокимография;

~ %-50% ангиокардиография.

}

**Какой метод позволяет оценить истинные размеры сердца:{**

~ рентгеноскопия;

= рентгенография;

~ телерентгенография;

~ рентгенокимография;

~ ангиокардиография.

}

**Какими возможностями обладает метод ультразвуковой диагностики заболеваний сердца (эхокардиография с доплерографией) :{**

~ определение размеров всех камер сердца;

~ определение толщины и массы миокарда;

~ определение сократительной способности миокарда;

~ определение фракции выброса желудочков;

~изучение состояния сердечных клапанов и характера тока крови;

= всё перечисленное

}

**В каких случаях может наблюдаться митральная конфигурация сердца:{**

~%50% при стенозе левого атриовентрикулярного отверстия;

~ %-33.33333% при стенозе правого атриовентрикулярного отверстия;

~%50% при недостаточности митрального клапана;

~ %-33.33333%при недостаточности трикуспидального клапана;

~ %-33.33333% при аортальных пороках;

}

**В каких случаях может наблюдаться аортальная конфигурация сердца:{**

~ при стенозе левого атриовентрикулярного отверстия;

~ при стенозе правого атриовентрикулярного отверстия;

~ при недостаточности митрального клапана;

~ при недостаточности трикуспидального клапана;

= при аортальных пороках;

}

**Увеличение какой дуги левого контура срединной тени наблюдается при «легочном» сердце:{**

- ~ первой;
- = второй;
- ~ третьей;
- ~ четвертой.

}

**Какую форму приобретает срединная тень при выпотном перикардите: {**

- ~ круглую;
- ~ треугольную;
- = трапециевидную;
- ~ митральную;
- ~ аортальную.

}

**Какие методы лучевой диагностики наиболее информативны при диагностике ишемической болезни сердца: {**

- ~ %-33.33333% рентгенография;
- ~ %-33.33333% рентгеноскопия;
- ~ %20% эхокардиография с доплерографией;
- ~ %20% перфузионная сцинтиграфия миокарда;
- ~ %-33.33333% флюорография;
- ~ %20% компьютерная томография;
- ~ %20% магнитно-резонансная томография;
- ~ %20% коронарография.

}

**Относительная недостаточность клапана легочной артерии может наблюдаться: {**

- ~при стенозе легочной артерии
- ~при коарктации аорты
- ~при аномалии Эбштейна
- =при митральном стенозе с высокой легочной гипертензией

}

**Артериальное давление 130/0 мм рт. ст. - симптом, характерный: {**

- ~для миокардита
- ~для перикардита
- ~для миксомы левого предсердия
- =для недостаточности аортального клапана

}

**Пульсация расширенных брахиоцефальных ветвей аорты наблюдается: {**

- ~при стенозе устья аорты
- ~при митральной недостаточности
- ~при тетраде Фалло
- =при недостаточности аортального клапана

}

**Систола-диастолический шум во II межреберье слева у края грудины - характерный симптом: {**

- ~стеноза легочной артерии

~коарктации аорты  
=открытого артериального протока  
~митральной недостаточности  
}

**Правограмма на ЭКГ выявляется:{**

~при стенозе устья аорты  
~при митральной недостаточности  
~при коарктации аорты  
=при дефекте межпредсердной перегородки  
}

**К изменениям в малом круге кровообращения, приводящим к "легочному" сердцу, относятся:{**

~венозная гипертензия  
~гиперволемия  
~гиповолемия  
=тромбоэмболия ветвей легочной артерии  
}

**В диагностике целомических кист перикарда решающей методикой является:{**

~пневмоторакс  
~томография  
=пневмомедиастинум  
~рентгенография  
}

**Диагностировать внутрисердечные опухоли позволяет:{**

~рентгенография  
~рентгеноскопия  
~томография  
=ангиокардиография  
}

**Аорта при атеросклерозе:{**

~не изменяется  
~суживается  
~расширяется  
~удлинняется  
=расширяется и удлиняется  
}

**Для синдрома Лериша характерно:{**

~аневризма брюшной аорты  
~аневризма подвздошных артерий  
=окклюзия подвздошных артерий и аорты  
~сужение почечных артерий  
}

**При аневризме нисходящей аорты контрастированный пищевод отклоняется:{**

- ~кпереди и влево
- =кпереди и вправо
- ~кзади и влево
- ~кзади и вправо

}

**Гиперволемиа малого круга кровообращения обычно обнаруживается:{**

- =по увеличению диаметра артериальных сосудов
- ~по нормальному диаметру артерий
- ~по уменьшенному диаметру артерий
- ~по увеличению диаметра легочных вен

}

**Общий размер сердца при тетраде Фалло:{**

- ~слегка увеличен
- ~значительно увеличен
- ~заметно увеличен
- =нормальный или сравнительно небольшой

}

**Конфигурацией сердечной тени в прямой проекции при тетраде Фалло является:{**

- ~отсутствие "талии"
- =подчеркнутая "талия"
- ~сглаженные дуги
- ~обычная форма

**Артериальная гипертензия в малом круге кровообращения может наблюдаться:{**

- ~при гипертонической болезни;
- ~при тетраде Фалло;
- =при открытом артериальном протоке;
- ~экссудативном перикардите.

}

**Уменьшение диаметра аорты характерно:{**

- ~для недостаточности аортального клапана;
- ~для недостаточности митрального клапана;
- ~для атероматоза аорты;
- =для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия.

}

**Увеличение амплитуды сокращений сердца характерно:{**

- =для аортальной недостаточности;
- ~для выпотного перикардита;
- ~для миогенной дилатации;
- ~для миокардиопатии.

}

**Пульсация корней легких характерна:{**

- ~для недостаточности аортального клапана;



=для дефекта межпредсердной перегородки;  
~для стеноза легочной артерии;  
~для тетрады Фалло.

}

**Увеличение правого предсердия наблюдается: {**

~при стенозе устья аорты;  
=при стенозе правого атрио-вентрикулярного отверстия;  
~при недостаточности аортального клапана;  
~при дефекте межжелудочковой перегородки.

}

**Обязательным увеличением левого предсердия сопровождается: {**

~коарктация аорты;  
~триада Фалло;  
=митральный стеноз;  
~аневризма аорты.

}

**При аортальном пороке (стенозе устья): {**

~аорта не изменена;  
~диффузное расширение аорты;  
=локальное расширение восходящего участка;  
~аорта узкая.

}

**При аортальном пороке (стенозе устья) наблюдается: {**

~пульсация аорты низкой амплитуды;  
=локальное увеличение амплитуды пульсации восходящего участка аорты;  
~пульсация не изменена;  
~пульсация отсутствует

}

**Акинетическая зона в области третьей дуги (прямая проекция) может наблюдаться: {**

~при митральной недостаточности;  
~при сочетанном пороке;  
=при тромбозе ушка левого предсердия;  
~при аортальном стенозе.

}

**Западение второй дуги по левому контуру сердца наблюдается: {**

~при дефекте межпредсердной перегородки;  
~при открытом артериальном пороке;  
~при митральной недостаточности;  
=при инфундибулярном стенозе легочной артерии.

}

**Венозный застой в малом круге кровообращения характерен: {**

~для дефекта межпредсердной перегородки;  
~для болезни Аэрза;  
~для "легочного сердца";

=для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия.

}

**Увеличение левого желудочка наблюдается: {**

~при митральном стенозе;

~при триаде Фалло;

=при открытом артериальном протоке;

~при трикуспидальном стенозе.

}

**Контрастное вещество, введенное в левый желудочек, контрастирует одновременно правый желудочек и аорту: {**

~при открытом артериальном протоке;

~при аномалии Эбштейна;

~при триаде Фалло;

=при дефекте межжелудочковой перегородки.

}

**Выраженная активная (самостоятельная) пульсация корней легких наблюдается: {**

~при тетраде Фалло;

~при врожденном стенозе устья аорты;

=при дефекте межпредсердной перегородки;

~при стенозе легочной артерии.

}

**Рентгеноскопия при исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность выявлять: {**

~только рентгеноморфологические изменения камер сердца;

=рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца и крупных сосудов;

~только рентгенофункциональные изменения полостей сердца и крупных сосудов;

~только рентгеноморфологические изменения крупных сосудов

}

**Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет: {**

~функциональные изменения полостей сердца;

~анатомические изменения;

=морфологические изменения полостей сердца и сосудов;

~функциональные изменения крупных сосудов

}

**Преимущества рентгеноскопии с электронно-оптическим усилителем перед обычной рентгеноскопией при исследовании сердца и крупных сосудов состоят: {**

~в более легком выявлении только морфологических изменений полостей сердца;

=в более легком выявлении функциональных и морфологических изменений полостей сердца и крупных сосудов;

~в проведении фазового анализа движений контуров сердца;

~в более легком выявлении функциональных изменений сосудов

}

**Пневмомедиастинография в диагностике заболеваний сердца и крупных сосудов дает возможность:**{

=дифференциальной диагностики опухолей средостения и аневризм аорты;

~дифференциальной диагностики митральных пороков сердца;

~выявления рентгенофункциональных изменений полостей сердца;

~функциональной оценки крупных сосудов

}

**Раздел 5. Щитовидная железа**

}

**Щитовидная железа имеет форму: {**

~округлая;

~овальная;

~подковообразная;

~треугольная;

=в форме бабочки

}

**Функции щитовидной железы все, кроме: {**

~захват йодитов из крови;

~синтез йодосодержащих тиреоидных гормонов;

~выделение гормонов в кровь;

=участие в углеводном обмене

}

**Наиболее достоверным в диагностике нарушений функции щитовидной железы является: {**

~клиническая картина

~исследование гормонального профиля

~ультразвуковое исследование щитовидной железы

~ исследование основного обмена

=сцинтиграфия щитовидной железы

}

**Эндемический зоб – это: {**

~увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода

~ увеличение щитовидной железы на фоне достаточного потребления йода

~увеличение щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреоидита

~обусловлен врожденными или приобретенными дефектами синтеза

гормонов щитовидной железы

=развивается у части населения, проживающего в определенном регионе

}

**Формы гипотиреоза все, кроме: {**

~первичный

~вторичный

~третичный

~йододефицитный

=диффузный

}

**Токсическая аденома щитовидной железы на сцинтиграфии  
проявляется как: {**

=горячий очаг

~холодный очаг

~дефект наполнения

~всё правильно

}

**Щитовидная железа расположена: {**

=в передней области шеи впереди трахеи;

~в передней области шеи позади трахеи;

~в задней области шеи;

~в подбородочной области.

}

**Щитовидная железа имеет: {**

=две доли и перешеек;

~одну долю;

~две доли;

~не имеет долей.

}

**Форма щитовидной железы:{**

~округлая;

~овальная;

~подковообразная;

~треугольная;

=в форме бабочки

}

**Основные способы визуализации щитовидной железы:{**

~рентгенография;

~рентгеноскопия;

=УЗИ;

=радионуклидное сканирование и сцинтиграфия.

}

**Нормальная щитовидная железа при УЗИ выделяется:{**

~как образование с неоднородной крупнозернистой структурой;

~как образование с неоднородной мелкозернистой структурой;

=как образование с однородной мелкозернистой структурой;

~как образование с однородной крупнозернистой структурой

}

**Подготовка к радионуклидному исследованию щитовидной железы  
заключается:{**

~в приеме веществ, содержащих йод и бром за 30 и 3 дня до исследования

=в исключении из приема веществ и лекарств, содержащих йод и бром за  
30 и 3 дня до исследования;

~ исследования проводятся после пробного завтрака  
~ всё верно.

}

**ИЗОБРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЛУЧАЮТ: {**

~ путем внутривенного введения  $^{99m}\text{Tc}$  пертехнетата;  
= путем перорального приема  $^{99m}\text{Tc}$  пертехнетата;  
~ путем внутривенного введения  $^{99m}\text{Tc}$  пирофосфата;  
~ путем перорального приема  $^{99m}\text{Tc}$  пирофосфата.

}

**НОРМАЛЬНАЯ ФОРМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СЦИНТИГРАММЕ: {**

~ округлая;  
~ овальная;  
~ в форме треугольника;  
= в форме бабочки.

}

**ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: {**

~ захват йодитов из крови;  
~ синтез йодосодержащих тиреоидных гормонов;  
~ выделение гормонов в кровь;  
= все ответы правильны.

}

**ЭТАПЫ ЙОДНОГО ОБМЕНА: {**

~ внутриклеточный;  
~ транспортно-органический;  
~ периферический / тканевой;  
= правильно все вышеперечисленное.

}

**СУММАРНАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ЭТАПА ЙОДНОГО ОБМЕНА ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА: {**

=  $^{131}\text{I}$  в виде йодида натрия;  
~  $^{99m}\text{Tc}$  пирофосфата;  
~  $^{99m}\text{Tc}$  пертехнетата;  
~ фосфатных соединений  $\text{Tc}$ .

}

**ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ЭТАПА ЙОДНОГО ОБМЕНА ПРИМЕНЯЮТ: {**

= радиометрию;  
~ радиографию;  
~ гамма-топографию;  
~ радиоконкурентный (радиоиммунный) анализ.

}

**ПРИ РАДИОИМУННОМ АНАЛИЗЕ УРОВЕНЬ ТРИ- И ТЕТРАЙОДОТИРОНИНА (ТИРОКСИНА) В КРОВИ ПРИ ГИПЕРТИРОЗЕ: {**

~ понижен;  
~ неизменен;

=повышен;

~всё верно.

}

**Для диагностики метастатического поражения костей при раке щитовидной железы чаще всего используются: {**

~радиоактивный 32-P;

~радиоактивный 99-Sr;

~радиоактивный 90-Co;

=радиоактивный 131-I.

}

**К доброкачественным опухолям щитовидной железы относятся все, кроме: {**

~фолликулярной аденомы;

~трабекулярной аденомы;

~папиллярной аденомы;

=фолликулярной аденокарциномы.

}

**Наиболее частая локализация отдаленных метастазов при раке щитовидной железы: {**

~печень;

=легкие, кости;

~желудок;

~головной мозг.

}

**Ранними симптомами рака щитовидной железы являются: {**

~дисфагия;

~осиплость голоса;

~синдром Горнера;

=уплотнение и увеличение ткани железы.

}

**Какой метод диагностики является наиболее информативным при подозрении на рак щитовидной железы: {**

=пункционная биопсия;

~УЗИ;

~сцинтиграфия железы;

~компьютерная томография.

}

**Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет: {**

~от 10 до 20 %;

~от 25 до 35 %;

~от 40 до 50 %;

=от 60 до 80 %.

}

**Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются: {**

- ~лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены;
- ~надключичные;
- =паратрахеальные;
- ~загрудинные;
- ~претрахеальные.

}

**Укажите способ наиболее достоверного подтверждения диагноза «рак щитовидной железы» :** {

- ~радиометрия
- ~сканирование
- ~ультразвуковое исследование
- =тонкоигольчатая пункционная биопсия
- ~термография

}

**Для диффузного токсического зоба характерны все признаки, кроме?** {

~максимальное накопление радиоактивного йода в щитовидной железе через 24 часа

- ~повышенное содержание йода <sup>131</sup>, связанного с белком
- ~диффузное накопление изотопа на сканограмме
- =пониженное содержание йода <sup>131</sup>, связанного с белком

}

**Парез глотки типичен для:**{

- =опухоли щитовидной железы
- ~праволежащей дуги аорты
- ~сердечных пороков
- ~периферического рака легкого
- ~тромбэмболии ветви легочной артерии

}

**Критериями установки диагноза медуллярный рак щитовидной железы на дооперационном этапе являются:** {

- ~заключение ПЭТ-КТ;
- ~заключение компьютерной томографии шейной области;
- ~комплексная оценка уровня ТТГ, Т3, Т4;
- =комплексная оценка уровня базального кальцитонина, результатов ультразвукового исследования и тонкоигольной аспирационной биопсии.

}

**Пациентам с медуллярным раком щитовидной железы отсутствием послеоперационной биохимической ремиссии и уровнем кальцитонина <150 пг/мл рекомендовано выполнение :**{

- ~компьютерной томографии органов брюшной полости;
- ~рентгенографии органов грудной клетки;
- ~ультразвукового исследования органов малого таза;
- =ультразвукового исследования шеи.

}

**Пациентам с медуллярным раком щитовидной железы отсутствием послеоперационной биохимической ремиссии и уровнем кальцитонина <150 пг/мл рекомендовано выполнение ультразвукового исследования шеи целью: {**

- ~выбора тактики лечения;
- =выявления структурного рецидива;
- ~оценки эффективности лечения;
- ~снижения риска патологических переломов и симптомов болезни.

## **Раздел 6. ПОЧКИ**

**}**

**Влияет ли концентрационная функция почек на оптическую плотность рентгенологического изображения: {**

- = да
- ~нет
- ~не влияет у детей;
- ~не влияет у взрослых.

**}**

**Для внутривенной урографии используется следующий контрастный препарат: {**

- ~ магния сульфат
- ~ билигност
- ~ холетраст
- = верографин
- ~ иодогност

**}**

**Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса следует использовать: {**

- ~ внутривенную урографию
- = цистоуретрографию
- ~ ретроградную пиелографию
- ~ирригографию

**}**

**Для выявления кистозного образования в паренхиме почек следует использовать: {**

- ~ внутривенную урографию
- ~ ретроградную пиелографию
- = ультразвуковое исследование
- ~всё верно

**}**

**Наиболее точно характер морфологических изменений в почках позволяет определить: {**

- ~ внутривенная урография
- ~ ретроградная пиелография



~ ультразвуковое исследование  
= биопсия почек  
}

**При нефроптозе лоханка расположена на уровне поясничного позвонка:**

{  
~первого;  
~второго;  
~третьего;  
=четвертого.

**Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза имеет: {**

~уровень расположения лоханки;  
~длина мочеточника;  
~уровень отхождения почечной артерии;  
~расположение мочеточника;  
=длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии.  
}

**Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает: {**

~экскреторная урография;  
=ретроградная пиелография;  
~томография;  
~ангиография.  
}

**При "невидимых" камнях верхних мочевых путей наиболее информативно применение: {**

~экскреторной урографии;  
~обзорной рентгенографии;  
~томографии;  
=ультразвукового исследования.  
}

**При нефроптозе ведущим видом исследования является: {**

=ультразвуковое исследование в вертикальном положении;  
~экскреторная урография;  
~ретроградная пиелография;  
~обзорная рентгенография;  
~ангиография.  
}

**Почки у здорового человека находятся на уровне: {**

~8-10-го грудного позвонка;

=12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков;

~1-5-го поясничного позвонков;

~4-5-го поясничного позвонков.

}

**Почка увеличена в размере, реже уменьшена, контуры ее полициклические, различной формы и величины обызвествления, почечная лоханка уменьшена в размерах и деформирована, сдавлена и укорочена, контуры ее неровные; шейки чашечек деформированы и сужены, почечные сосочки с неровными контурами. по периферии почки округлые или неправильной формы полости с неровными, размытыми контурами. Это наиболее характерно: {**

~для гидронефроза;

=для туберкулеза почки;

~для поликистоза;

~для рака почки.

}

**При гидронефрозе наиболее рациональны: {**

~экскреторная урография;

~ангиография;

~ретроградная пиелография;

=ультразвуковое исследование;

~антеградная пиелография.

}

**При поликистозе отмечается: {**

~увеличение размеров почки;

~уменьшение размеров почки;

~размеры не изменены;

~деформация почки;

=увеличение и деформация почки.

}

**Сосудистое русло почки при поликистозе характеризуется: {**

~обеднением кровотока;

~увеличением кровотока;

~деформацией сосудов;

~не изменено;

=обеднением и деформацией сосудов.

}

**Почечная артерия при поликистозе: {**

~увеличена в диаметре;

=уменьшена в диаметре;

~не изменена;

~деформирована.

}

**Нефрографическая фаза при поликистозе: {**

~не изменена;

~не выражена;

~неравномерно контрастируется паренхима;

=множественные дефекты контрастирования паренхимы.

}

**Компактно расположенная группа однородных известковых глыбок над лонным сочленением обусловлена:{**

~камнями мочевого пузыря;

~флеболитами;

~тератодермоидной кистой;

=фибромой матки или аденомой предстательной железы.

}

**Линейные тени известковой плотности локализуются вдоль позвоночника, а в боковой проекции - впереди от него. В этом случае имеет место:{**

=обызвествление стенок магистральных сосудов;

~паразиты;

~обызвествленные лимфоузлы;

~организовавшийся натечник.

}

**С помощью обзорной рентгенографии почек нельзя оценить: {**

~ размеров почек

~ местоположения почек

~ рентгенопозитивных конкрементов

=аномалии развития сосудов почек

}

**Использование ретроградной пиелографии целесообразно для диагностики: {**

~ хронического гломерулонефрита

~ хронического пиелонефрита

= туберкулеза почек

~ реноваскулярной гипертонии

~ диабетического нефроангиосклероза

}

**Антеградную пиелографию используют: {**

~ при отсутствии функции на экскреторной урографии

~ при малой емкости мочевого пузыря

- ~ при обструкции мочеточника
- = при совокупности всех указанных факторов (
- ~ ни при одном из указанных факторов

**Среди изотопных методов исследования почек наибольшей информативностью обладает: {**

- ~ радиоизотопная ренография
- = динамическая сцинтиграфия
- ~ статическая сцинтиграфия
- ~ ценность методов равнозначна
- ~ методы ценны только при наличии почечной недостаточности

**Преимущество радиоизотопных методов исследования по сравнению с рентгенологическими обусловлено: {**

- ~ возможностью проведения исследований при азотемии
- ~ возможностью проведения исследований при непереносимости рентгеноконтрастных препаратов
- ~ отсутствием специальной подготовки
- ~ меньшей лучевой нагрузкой
- = всеми указанными факторами

**Для диагностики туберкулеза почек целесообразно использование: {**

- ~ обзорной рентгенографии органов брюшной полости
- ~ хромоцистографии
- = ретроградной пиелографии
- ~ исследования мочи на выявление бактериурии

**Использование ретроградной пиелографии целесообразно для диагностики: {**

- ~ хронического гломерулонефрита
- ~ хронического пиелонефрита
- = туберкулеза почек
- ~ реноваскулярной гипертонии
- ~ диабетического нефроангиосклероза

**При отсутствии функции на экскреторной урографии, малой ёмкости мочевого пузыря или обструкции мочеточника используют: {**

- = антеградную пиелографию
- ~ УЗИ почек
- ~ ретроградную пиелографию
- ~ обзорной рентгенографии органов брюшной полости

**Динамическая сцинтиграфия в сравнении с радиоизотопной ренографией и статической сцинтиграфией: {**

- = обладает наивысшей информативностью

- ~ ценность методов равнозначна
- ~ обладает наименьшей информативностью
- ~ методы ценны только при наличии почечной недостаточности

}

**Недостатки рентгенологических методов исследования в сравнении с радиоизотопными обусловлены: {**

- ~ не возможностью проведения исследований при азотемии
- ~ не возможностью проведения исследований при непереносимости рентгеноконтрастных препаратов
- ~ необходимостью специальной подготовки
- ~ большей лучевой нагрузкой
- = всеми указанными факторами

}

**При азотемии предпочтительнее проведение: {**

- ~ Рентгеноконтрастных методов исследования
- = Радиоизотопных методов исследования
- ~ Нет предпочтений между рентгеноконтрастными и радиоизотопным методами
- ~ Оба метода противопоказаны

}

**Нефункционирующая почка с отсутствием нефрограмм при внутривенной урографии может быть следствием: {**

- ~ Вторично сморщенная почка
- ~ Врожденная медуллярная гипоплазия почки
- ~ Стенозирующий атеросклероз почечной артерии
- ~ Обострение обструктивного пиелонефрита
- = Острый тромбоз почечных вен

}

**При остром тромбозе почечных вен на внутривенной урографии будет: {**

- ~ Нефункционирующая почка с наличием нефрограммы
- = Нефункционирующая почка с отсутствием нефрограммы
- ~ Нефункционирующая почка с наличием или отсутствием нефрограммы
- ~ При данной патологии внутривенная урография не имеет диагностической ценности

}

**При гидронефрозе на внутривенной урографии будет: {**

- = Нефункционирующая почка с наличием нефрограммы
- ~ Нефункционирующая почка с отсутствием нефрограммы
- ~ Нефункционирующая почка с наличием или отсутствием нефрограммы
- ~ При данной патологии внутривенная урография не имеет диагностической ценности.

}

**В норме ворота почек расположены: {**

- ~ на уровне XI-XII грудных позвонков
- ~ на уровне I-II поясничного позвонка

=на уровне III-IV поясничного позвонка.

~ у женщин выше, чем у мужчин

}

**По отношению к позвоночнику почки расположены: {**

~ параллельно

~ симметрично под углом  $20^{\circ}$

= асимметрично под углом  $30^{\circ}$

~симметрично под углом  $45^{\circ}$

~асимметрично под углом  $45^{\circ}$

}

**Почечную ножку образуют: {**

~ мочеточник и почечная артерия

~почечная артерия и вена

~ почечная вена и мочеточник

= мочеточник, почечные артерия и вена

}

**Почечная артерия, войдя в ворота почки, непосредственно делится на: {**

~ дугообразные артерии

~приносящие артериолы

~ междольковые артерии

= междольковые артерии

}

**Выносящая артериола кортикальных нефронов, выйдя из капсулы клубочка делится на капилляры : {**

=оплетающие проксимальные и дистальные каналы

~ оплетающие собирательные трубки

~ оплетающие петлю Генле

~не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек

}

**Выносящая артериола юкстамедуллярных нефронов, выйдя из капсулы, делится на капилляры: {**

~ оплетающие проксимальные и дистальные каналы

~оплетающие собирательные трубки

~ оплетающие тонкий сегмент петли Генле

= не делится на капилляры, образуя прямые артерии почек

}

**Структурно-функциональной единицей почечной ткани является: {**

~ чашечка

~ лоханка

~ пирамидка

= нефрон

~юкстагломерулярный аппарат

**Раздел 7. Костно-суставная система**

}

**На опухолевое костеобразование указывает :{**

- ~периостальный козырек;
- ~пластинчатая периостальная реакция;
- ~уплотнение костной структуры;
- =беспорядочная оссификация в мягких тканях в виде пятнистых и хлопьевидных теней.

}

**Следующие рентгенологические симптомы могут быть обусловлены как опухолевым, так и реактивным костеобразованием:{**

- ~уплотнение костной структуры;
- ~периостальный козырек;
- ~спикулы;
- ~слоистая периостальная реакция;
- =уплотнение костной структуры и спикулы.

}

**Наиболее точным определением остеопороза является:{**

- ~уменьшение костной ткани в единице объема костного органа;
- ~уменьшение содержания Са в единице объема костного органа;
- ~уменьшение содержания Са в единице объема костной ткани;
- = уменьшение костной ткани в единице объема костного органа при ее нормальной минерализации и отсутствии патологических тканей.

}

**После повреждения спинного мозга в опорно-двигательной системе могут возникать:{**

- ~остеолиз суставных концов костей;
- ~патологические переломы костей;
- ~акростеолиз;
- = параартикулярная оссификация мягких тканей за счет оссифицирующего миозита.

}

**Наиболее характерным симптомом для изменений костей при аневризмах крупных артериальных сосудов является:{**

- ~остеолиз;
- ~гиперостоз;
- ~периостоз;
- = локальная атрофия от давления

}

**Выявлению некротического участка костной ткани при асептических некрозах способствуют все перечисленные ниже процессы, кроме:{**

- ~утолщения костных балок в участке некроза;
- =отложения извести в костно-мозговых пространствах;
- ~отграничения некротического участка;
- ~импрессионного перелома;
- ~рарефикации окружающей костной ткани.

}

**Из числа перечисленных изменений костей для лейкозов характерны:**{

- ~остеонекроз;
- ~остеосклероз;
- = мелкогнездная деструкция костной ткани;
- ~атрофия кости.

}

**Наиболее характерным рентгенологическим симптомом для лимфогрануломатоза при контактном поражении кости является:**{

- = краевая деструкция;
- ~остеонекроз;
- ~остеопороз;
- ~гиперостоз.

}

**Продавливание вертлужной впадины характерно:**{

- ~для коксартоза;
- ~для асептического некроза головки бедра;
- ~для деформирующей остеодистрофии Педжета;
- ~для нейрогенной остеоартропатии;
- = для коксартоза и для деформирующей остеодистрофии Педжета.

}

**Для синовиальных форм артритов характерны:**{

- ~краевые эрозии суставных поверхностей костей;
- ~регионарный остеопороз;
- ~изменение мягких тканей за счет экссудата в полости сустава;
- ~кистовидные образования в параартикулярных отделах костей;
- = регионарный остеопороз и кистовидные образования в параартикулярных отделах костей.

}

**К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме:** {

- =крючковатой;
- ~ладьевидной;
- ~полулунной;
- ~трехгранной.

}

**Правильные соотношения в лонном сочленении характеризует:** {

- ~сужение рентгеновской суставной щели;
- ~расширение рентгеновской суставной щели;
- =плавный характер дугообразной линии таза на уровне симфиза.

}

**Стандартными проекциями для тазобедренного сустава являются:** {

- ~прямая задняя при ротации бедра наружу;
- ~прямая задняя при ротации бедра внутрь ;
- ~с отведением по Лауэнштейну;
- ~со сгибанием в суставе на 20°;



=прямая задняя при ротации бедра внутрь и с отведением по Лауэнштейну.  
}

**Правильными из нижеперечисленных утверждений являются:** {

- ~задняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая;
- ~передняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая;
- ~передняя поверхность бедренной кости в норме неровная;
- ~задняя поверхность бедренной кости в норме имеет неровности;
- =передняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая и задняя поверхность бедренной кости в норме имеет неровности.

}

**Характерным для диафиза бедренной кости является:** {

- =дугобразная выпуклость вперед;
- ~дугобразная выпуклость назад;
- ~дугобразная выпуклость внутрь;
- ~ось прямая.

}

**Сустав Шопара – это:** {

- ~таранно-ладьевидный сустав;
- ~пяточно-кубовидный сустав;
- ~подтаранный сустав;
- ~ладьевидно-кубовидный сустав;
- =таранно-ладьевидный сустав и пяточно-кубовидный сустав.

}

**Соединения между ребрами и грудиной – это:** {

- ~синдесмозы;
- =синхондрозы;
- ~суставы;
- ~синостозы.

}

**Основным критерием правильных соотношений между атлантом и аксисом является:** {

- ~симметричное изображение атланта;
- ~одинаковая ширина суставных щелей боковых атланто-аксиальных суставов;
- ~соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса;
- =расстояние между передней дугой атланта и зубовидным отростком аксиса не превышает 2 мм.

}

**Боковую рентгенограмму шейного отдела позвоночника при острой травме целесообразно производить:** {

- ~сидя;
- ~лежа на боку;
- =лежа на спине при горизонтальном ходе пучка лучей (в латеропозиции)  
лежа на животе при горизонтальном ходе пучка лучей (в латеропозиции)..

}

**Из приведенных утверждений правильное: {**

~ножки дуг отображаются в виде овалов во всех позвонках;

~ножки дуг шейных позвонков отображаются в виде овалов;

~ножки дуг всех поясничных позвонков отображаются в виде овалов;

=ножки дуг IV поясничного позвонка могут не иметь типичного отображения в виде овала.

}

**Для отображения тел верхних грудных позвонков в прямой проекции при усиленном кифозе используют: {**

~приподнятие тазового конца;

=наклон рентгеновской трубки краниально;

~наклон рентгеновской трубки каудально;

~приподнятие головного конца.

}

**Форма межпозвоночного диска LV-SI в норме: {**

~лентовидная;

=клиновидная с расширением кпереди;

~клиновидная с расширением кзади.

}

**Из перечисленных соотношений между отломками проявляются уплотнением в области перелома: {**

~вклинение отломков;

~проекционная суперпозиция отломков при их захождении;

~смещение отломков под углом;

~расхождение отломков;

=вклинение отломков и проекционная суперпозиция отломков при их захождении.

}

**Из приведенных утверждений неправильно: {**

=задний вывих плеча часто не диагностируется по прямой рентгенограмме плечевого сустава;

~фиксированная ротация плеча внутрь характерна для заднего вывиха;

~переломы малого бугорка плечевой кости часто сопровождают задний вывих;

~возникновение заднего вывиха плеча всегда связано с грубой травмой.

}

**При повреждении менисков коленных суставов информативны: {**

~рентгенография в типичных проекциях;

~рентгенография в косых проекциях;

~томография;

=контрастирование полости коленного сустава.

}

**Для II шейного позвонка характерны: {**

~компрессионный перелом;

~перелом остистого отростка;  
~перелом зубовидного отростка;  
~двусторонний перелом переднего отдела дуги;  
=перелом зубовидного отростка и двусторонний перелом переднего отдела дуги.

}

**К признакам, обычно сопровождающим клиновидную компрессию тела позвонка, относятся: {**

~деформация переднего контура в виде ступеньки или угла;  
~узелки Шморля;  
~уплотнение костной структуры;  
~увеличение передне-заднего размера тела;  
=деформация переднего контура в виде ступеньки или угла и уплотнение костной структуры.

}

**Наиболее характерным повреждением L3-L5 позвонков является: {**

~клиновидная компрессия тела;  
~изолированный перелом дуги;  
=оскольчатый разрывной перелом тел;  
~перелом остистых отростков.

}

**"Стабильным" повреждением позвоночника является: {**

=клиновидная компрессия тела позвонка;  
~двусторонний перелом дуги аксиса;  
~перелом зубовидного отростка аксиса;  
~переломо-вывих грудного позвонка.

}

**Рентгенологическими симптомами травматического повреждения межпозвоночного диска являются: {**

~%-50% расширение межпозвоночного пространства;  
~%50% сужение межпозвоночного пространства;  
~%50% смещение вышележащего позвонка;  
~%-50% расширение межпозвоночного отверстия.

}

**Наиболее ранним проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является: {**

=нежная облаковидная параоссальная тень;  
~сглаженность краев отломков;  
~уплотнение краев отломков;  
~ухудшение видимости линии перелома.

}

**Патологическим костеобразованием, напоминающим картину саркомы, осложняется: {**

~фиброзная дисплазия;  
~хондроматоз костей;

=несовершенный остеогенез;

~мраморная болезнь.

}

**Симметричным поражением костей характеризуется: {**

~хондроматоз скелета;

=множественные диафизарные гиперостозы;

~фиброзная дисплазия;

~мелореостоз.

}

**Наименее характерной локализацией для фиброзной дисплазии являются: {**

=длинные кости кистей и стоп;

~остальные длинные кости;

~череп;

~ребра.

}

**Для деформирующей остеодистрофии Педжета характерно все перечисленное ниже, кроме: {**

~грубого трабекулярного рисунка губчатого вещества;

~грубого продольного разволокнения компактного вещества;

~утолщения компактного вещества;

=разрушения коркового слоя на всю толщину с симптомом обрыва.

}

**В начальной стадии развития деформирующей остеодистрофии Педжета выявляются: {**

=диффузное гомогенное разрежение структуры кости;

~пятнисто-хлопьевидный рисунок;

~грубо-трабекулярный рисунок;

~мелкоочаговое разрежение структуры кости.

}

**Отсутствие рентгенологических изменений со стороны костно-суставного аппарата в первые 2-3 недели с последующей быстрой динамикой рентгенологической картины характерно: {**

=для острых неспецифических воспалительных процессов;

~для туберкулезных поражений;

~для дегенеративно – дистрофических патологий;

~для сифилиса.

}

**Гиперостоз характерен: {**

~для острой стадии остеомиелита;

~для подострой стадии остеомиелита;

=для хронической стадии остеомиелита;

~ для дегенеративно – дистрофических патологий

}

**Костный секвестр рентгенологически характеризуется:** {

- ~повышением интенсивности тени;
- ~уменьшением интенсивности тени;
- ~хотя бы частичным отграничением от окружающей костной ткани;
- ~обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении;
- =повышением интенсивности тени и обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении.

}

**При локализации остеомиелита в плоских и губчатых костях отсутствует:** {

- ~деструкция;
- ~остеосклероз;
- ~секвестр;
- =периостальная реакция.

}

**Для туберкулезного остита характерны:** {

- =деструкция костной ткани;
- ~периостальная реакция;
- ~регионарный остеопороз;
- ~атрофия кости.

}

**Туберкулезный остит в области тазобедренного сустава локализуется:** {

- ~в головке бедренной кости;
- ~в шейке бедренной кости;
- ~в вертлужной впадине;
- =в шейке бедренной кости и в вертлужной впадине.

}

**Из приведенных утверждений не правильны:** {

- ~при туберкулезном остите деструктивный очаг может быть окаймлен узкой зоной уплотнения костной структуры;
- ~туберкулез коротких костей может проявляться в рентгенологическом отображении преимущественным уплотнением костной структуры;
- ~уплотнение костной структуры не наблюдается при туберкулезных поражениях костей;
- ~для туберкулезных поражений костей характерно чередование очаговой деструкции и пятнистого остеосклероза;
- =уплотнение костной структуры не наблюдается при туберкулезных поражениях костей и для туберкулезных поражений костей характерно чередование очаговой деструкции и пятнистого остеосклероза.

}

**Для воспалительных поражений позвоночника - спондилитов не характерны:** {

- ~разрушение ножки дуги позвонка;
- ~разрушение замыкающей пластинки тела позвонка;

- ~вовлечение смежных отделов тел соседних позвонков;
- ~несоответствие степени компрессии имеющейся деструкции тела позвонка;
- =разрушение ножки дуги позвонка и несоответствие степени компрессии.

}

**Искривление оси длинных костей наблюдается: {**

- ~при раннем врожденном сифилисе;
- =при позднем врожденном сифилисе;
- ~при приобретенном сифилисе;
- ~всё верно

}

**Для сифилиса костей не характерен: {**

- ~остеосклероз;
- ~гиперостоз;
- ~деструктивные очаги;
- =регионарный остеопороз.

}

**Для сифилитического остеомиелита в отличие от гнойного характерны: {**

{

- ~преобладание продуктивных изменений над деструктивными;
- ~пятнистый характер остеосклероза;
- ~неравномерный бугристый гиперостоз;
- ~равномерный цилиндрический гиперостоз;
- =преобладание продуктивных изменений над деструктивными и равномерный цилиндрический гиперостоз.

}

**Для компактных остеоид типичной локализацией является: {**

- =свод черепа и кости лица;
- ~длинные кости;
- ~кости таза;
- ~позвонки.

}

**Компактные остеоиды чаще всего располагаются: {**

- ~в лобных пазухах;
- ~в решетчатых лабиринтах;
- ~в верхнечелюстных пазухах;
- =в лобных пазухах и решетчатых лабиринтах.

}

**Костно-хрящевые экзостозы не встречаются: {**

- ~в костях таза;
- ~в ребрах;
- ~в позвоночнике;
- =в своде черепа и костях лица.

}

**О малигнизации костно-хрящевого экзостоза не свидетельствует: {**

~отсутствие компактной пластинки, покрывающей костно-хрящевой экзостоз;  
~утолщение мягких тканей над костно-хрящевым экзостозом;  
=неоднородность рентгенологического изображения костно-хрящевого экзостоза с участками просветления и обызвествления;  
~обызвествление в покрывающих экзостозах мягких тканей.

}

**Из приведенных утверждений правильно: {**

~вздутие кости не наблюдается при злокачественных опухолях;  
=вздутие кости наиболее характерно для доброкачественных опухолей, но наблюдается и при злокачественных опухолях с относительно медленным ростом;  
~вздутие кости является обязательным симптомом доброкачественных опухолей и опухолевидных образований;  
~вздутие кости в сочетании с ячеисто-трабекулярным рисунком патогномично для остеобластокластомы.

}

**Быстрый рост без озлокачествления может наблюдаться: {**

~при гемангиоме;  
=при остеобластокластоме;  
~при костной кисте;  
~при энхондроме.

}

**Энхондромы чаще всего располагаются: {**

=в длинных костях кистей и стоп;  
~в прочих длинных костях;  
~в губчатых костях;  
~в своде черепа.

}

**Для энхондромы длинной кости типичной локализацией является: {**

~эпифиз;  
~метаэпифиз;  
~метадиафиз;  
~диафиз;  
=диафиз и метадиафиз.

}

**Энхондромы озлокачествляются редко при локализации: {**

~в ребрах;  
~в костях таза;  
=в длинных костях кистей и стоп;  
~в прочих длинных костях.

}

**По обе стороны эпифизарной хрящевой пластинки могут располагаться:**

{

~остеобластокластома;

~костная киста;  
~хондробластома;  
~туберкулезный остит;  
=хондробластома и туберкулезный остит.

}

**Для аневризматической костной кисты наиболее характерно: {**

~равномерное вздутие пораженного участка кости;  
=эксцентрическое вздутие с образованием тонкой субпериостальной скорлупы;  
~асимметричное вздутие преимущественно в одну сторону;  
~правильного ответа нет.

}

**Краевая деструкция смежных костей наиболее характерна: {**

~для доброкачественных опухолей;  
~для первично злокачественных опухолей;  
~для метастатических опухолей;  
=для прорастания злокачественной опухоли соседних органов или тканей в кости по продолжению.

}

**Для злокачественных опухолей костей не характерен: {**

~участок просветления с нечеткими контурами;  
~участок просветления с четкими контурами;  
~участок уплотнения с нечеткими контурами;  
=участок просветления со склеротическим ободком.

}

**На опухолевое костеобразование указывает: {**

~периостальный козырек;  
~пластинчатая периостальная реакция;  
~уплотнение костной структуры;  
=беспорядочная оссификация в мягких тканях в виде пятнистых и хлопьевидных теней.

}

**Следующие рентгенологические симптомы могут быть обусловлены как опухолевым, так и реактивным костеобразованием: {**

~уплотнение костной структуры;  
~периостальный козырек;  
~спикулы;  
~слоистая периостальная реакция;  
=уплотнение костной структуры и спикулы.

}

**В характерный рентгенологический симптомокомплекс остеокластической формы остеогенной саркомы не входит: {**

~участок деструкции с нечеткими очертаниями;  
~разрушение коркового слоя;  
~утолщение мягких тканей;



=ячеисто-трабекулярный рисунок в участке деструкции.

}

**Своеобразие параоссальной остеосаркомы определяют:** {

~длительное безболевое течение;

~преимущественно деструктивный характер изменений;

~раннее метастазирование в легкие;

=длительное безболевое течение и преимущественно деструктивный характер изменений.

}

**Из числа названных опухолей костей близко напоминают по своим клиническим особенностям и рентгенологической картине остеомиелит:**

{

~хондросаркома;

~метастазы рака;

=саркома Юинга;

~остеобластокластома

}

**Слоистая периостальная реакция наиболее характерна:** {

~для остеогенной саркомы;

~для хондросаркомы;

=для саркомы Юинга;

~для фибросаркомы.

}

**Наиболее часто поражаются при множественной очаговой форме миеломы:** {

~череп;

~кости таза;

~позвоночник;

~ребра;

=все ответы правильны.

}

**Из перечисленных утверждений неправильно:** {

~множественные, мелкие, четко очерченные деструктивные очаги в костях свода черепа характерны для миеломной болезни;

~подобная рентгенологическая картина может наблюдаться при метастазах рака;

~характерная картина в своде черепа обнаруживается при миеломе не всегда;

=множественные, мелкие, четко очерченные деструктивные очаги в своде черепа патогномичны для миеломы и наблюдаются при ней во всех случаях.

}

**Диффузным разрежением структуры позвонков и множественной компрессией их тел при отсутствии деструктивных очагов в телах и дугах позвонков проявляются:** {

~метастазы рака;

~генерализованная миелома;  
~патологический остеопороз метаболической природы;  
=генерализованная миелома и патологический остеопороз метаболической природы.

}

**К рентгенологическим признакам, которые могут свидетельствовать в пользу солитарной миеломы позвонка, при дифференциальной диагностике с солитарным метастазом относят: {**

~разрушение ножки дуги;  
~патологическую компрессию тела позвонка;  
~большой мягкотканый компонент;  
~разрушение межпозвоночного диска;  
=большой мягкотканый компонент и разрушение межпозвоночного диска.

}

**Тяжелый вертебральный остеопороз с множественной компрессией тел позвонков чаще всего развивается: {**

=у женщин в постклимактерическом периоде;  
~у мужчин старше 60 лет;  
~у женщин в возрасте 30-40 лет;  
~у больных сахарным диабетом.

}

**Для системного остеопороза не характерно: {**

~снижение минеральной плотности костей;  
~истончение коркового слоя;  
=продольное разволокнение коркового слоя по всей толщине;  
~подчеркнутость замыкающих пластинок тел позвонков.

}

**Наиболее точным определением остеомаляции является: {**

~размягчение костей;  
~уменьшение содержания Са в единице объема костного органа;  
=нарушение минерализации вновь образованной костной ткани с накоплением в костях неминерализованного остеоида;  
~"вымывание" Са из костей.

}

**Для зон Лоозера при остеомаляции не характерна локализация: {**

~в ветвях тазовых костей;  
~в шейках бедренных костей;  
~в ребрах;  
=в диафизах большеберцовых костей.

}

**Наиболее эффективной методикой выявления ранних признаков гиперпаратиреоидной остео дистрофии является: {**

~томография;  
~рентгенография с прямым увеличением в 2 раза при фокусе 0.3 мм;

=рентгенография кистей с прямым увеличением в 4-5 раз на микрофокусном излучателе с размерами фокусного пятна 0.1 мм и меньше;  
~компьютерная томография.

}

**Чаще всего страдают при генетическом акроosteолизе: {**

~крупные суставы конечностей;  
~мелкие суставы кистей и стоп;  
~диафизы длинных костей;  
=дистальные отделы кистей и стоп.

}

**Для нейрогенных остеоартропатий характерно все перечисленное, кроме: {**

~остеолиза суставных концов костей;  
~параартикулярной патологической оссификации;  
=ограничения и резкой болезненности движений в суставе;  
~нарушения соотношений в суставе;  
~патологических переломов суставных концов костей.

}

**Для акроosteолиза характерны: {**

=истончение дистальных отделов длинных костей кистей и стоп с заострением на конце (деформация в виде заточенного карандаша);  
~краевые эрозии суставных поверхностей;  
~кистовидные образования в костях;  
~резорбция целых отделов костей стоп.

}

**После повреждения спинного мозга в опорно-двигательной системе могут возникать: {**

~остеолиз суставных концов костей;  
~патологические переломы костей;  
~акроosteолиз;  
=параартикулярная оссификация мягких тканей за счет оссифицирующего миозита.

}

**Выявлению некротического участка костной ткани при асептических некрозах способствуют все перечисленные ниже процессы, кроме: {**

~утолщения костных балок в участке некроза;  
=отложения извести в костно-мозговых пространствах;  
~отграничения некротического участка;  
~импрессионного перелома;  
~рарефикации окружающей костной ткани.

}

**Асептические некрозы костей у взрослых по сравнению с детским возрастом характеризуются: {**

~отсутствием восстановления костной ткани;  
~отсутствием импрессионного перелома;

- ~повышенной интенсивностью некротического участка;
- ~отсутствием гиперплазии суставного хряща;
- =отсутствием восстановления костной ткани и отсутствием гиперплазии суставного хряща.

}

**В развитии асептического некроза костей не играют роли: {**

- ~механическая нагрузка;
- ~травма;
- =нарушение фосфорно-кальциевого метаболизма;
- ~циркуляторные нарушения;
- ~гормональные влияния.

}

**Среди перечисленных нарушений гормонального баланса развитию асептических некрозов костей способствуют: {**

- ~гиперпаратиреоз;
- ~сахарный диабет;
- =кортикостероидная терапия;
- ~тиреотоксикоз.

}

**Для туберкулезного коксита в отличие от асептического некроза головки бедренной кости характерны перечисленные признаки, кроме:**

{

- ~сужения суставной щели, деструктивных изменений в вертлужной впадине;
- ~уплотнения значительной части головки бедренной кости;
- ~регионарного остеопороза;
- ~субхондральной полоски просветления в головке бедренной кости;
- =уплотнения значительной части головки бедренной кости и субхондральной полоски просветления в головке бедренной кости.

}

**Наиболее частой локализацией ограниченного асептического некроза является: {**

- ~головка плечевой кости;
- ~головка бедренной кости;
- ~наружный мыщелок бедренной кости;
- =внутренний мыщелок бедренной кости.

}

**К типичным осложнениям ограниченного асептического некроза относится: {**

- ~гнойный артрит;
- ~подвывих в суставе;
- =образование суставной "мышцы";
- ~костный анкилоз.

}

**Наиболее характерным рентгенологическим симптомом для лимфогрануломатоза при контактном поражении кости является: {**

=краевая деструкция;  
~остеонекроз;  
~остеопороз;  
~гиперостоз.

}

**Первичным артрозом наиболее часто поражаются:** {

~тазобедренные суставы;  
~коленные суставы;  
~плечевые суставы;  
~локтевые суставы;  
=тазобедренные и коленные суставы.

}

**Наиболее частой причиной болей в плече являются:** {

~артроз плечевого сустава;  
~плече-лопаточный периартрит;  
~шейный межпозвоночный остеохондроз;  
~хондроматоз плечевого сустава;  
=плече-лопаточный периартрит и шейный межпозвоночный остеохондроз.

}

**Продавливание вертлужной впадины характерно:** {

~для коксартроза;  
~для асептического некроза головки бедра;  
~для деформирующей остеодистрофии Педжета;  
~для нейрогенной остеоартропатии;  
=для коксартроза и для деформирующей остеодистрофии Педжета.

}

**Для синовиальных форм артритов характерны:** {

~краевые эрозии суставных поверхностей костей;  
~регионарный остеопороз;  
~изменение мягких тканей за счет экссудата в полости сустава;  
~кистовидные образования в параартикулярных отделах костей;  
=регионарный остеопороз и кистовидные образования в параартикулярных отделах костей.

}

**Наиболее ранним симптомом неспецифического артрита коленного сустава является:** {

=мягкотканые проявления экссудации в полость сустава;  
~остеопороз;  
~краевая деструкция;  
~периостит.

}

**Стандартными проекциями для плечевого сустава являются:**{

~прямая задняя при ротации плеча наружу;  
~прямая задняя при ротации плеча внутрь;  
~прямая задняя с отведением;

~аксиллярная ("эполетная");

=прямая задняя при ротации плеча наружу и аксиллярная («эполетная»).

}

**Стандартными проекциями для плечевой кости являются: {**

~прямая задняя при ротации плеча наружу;

~прямая задняя при ротации плеча внутрь;

~прямая задняя с отведением;

~аксиллярная ("эполетная");

=прямая задняя при ротации плеча наружу и прямая задняя при ротации плеча внутрь.

}

**На ротацию наружу на прямой задней рентгенограмме плечевого сустава указывают: {**

~проекция малого бугра на внутреннем контуре плечевой кости;

~проекция малого бугра на фоне шейки плечевой кости;

~проекция большого бугра на наружном контуре плечевой кости отдельно от головки;

~проекция большого бугра на головку плечевой кости;

=проекция малого бугра на фоне шейки плечевой кости и проекция большого бугра на наружном контуре плечевой кости отдельно от головки.

}

**К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме: {**

=крючковатой;

~ладьевидной;

~полулунной;

~трехгранной.

}

**Правильные соотношения в лонном сочленении характеризует: {**

~сужение рентгеновской суставной щели;

~расширение рентгеновской суставной щели;

=плавный характер дугообразной линии таза на уровне симфиза;

~прерывистый характер дугообразной линии таза на уровне симфиза..

}

**На наклон таза вперед указывают: {**

~проекционное уменьшение вертикального размера запирающего отверстия;

~расположение переднего края вертлужной впадины на одном уровне с задним краем;

~расположение переднего края вертлужной впадины выше заднего;

~выстояние седалищной ости на внутреннем контуре тазовой кости;

=проекционное уменьшение вертикального размера запирающего

отверстия и расположение переднего края вертлужной впадины на одном уровне с задним краем.

}

**К признакам, указывающим на ротацию бедра наружу, на прямой рентгенограмме тазобедренного сустава относятся:**{

~сближение головки бедра и большого вертела;

~выстояние всего малого вертела на внутреннем контуре бедренной кости;

~выстояние на внутреннем контуре бедренной кости только верхушки малого вертела;

~малый вертел не виден на внутреннем контуре бедренной кости;

=сближение головки бедра и большого вертела и выстояние всего малого вертела на внутреннем контуре бедренной кости.

}

**Стандартными проекциями для тазобедренного сустава являются:**{

~прямая задняя при ротации бедра наружу;

~прямая задняя при ротации бедра внутрь;

~с отведением по Лауэнштейну;

~со сгибанием в суставе на 20°;

=прямая задняя при ротации бедра внутрь и с отведением по Лауэнштейну.

}

**Правильными из нижеперечисленных утверждений являются:**{

~задняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая;

~передняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая;

~передняя поверхность бедренной кости в норме неровная;

~задняя поверхность бедренной кости в норме имеет неровности;

=передняя поверхность бедренной кости в норме всегда гладкая и задняя поверхность бедренной кости в норме имеет неровности.

}

**Характерным для диафиза бедренной кости является:**{

=дугобразная выпуклость вперед;

~дугобразная выпуклость назад;

~дугобразная выпуклость внутрь;

~ось прямая.

}

**Сустав Шопара – это:**{

~таранно-ладьевидный сустав;

~пяточно-кубовидный сустав;

~подтаранный сустав;

~ладьевидно-кубовидный сустав;

=таранно-ладьевидный сустав и пяточно-кубовидный сустав.

}

**Соединения между ребрами и грудиной – это:**{

~синдесмозы;

=синхондрозы;

~суставы;

~синостозы.

}

**Основным критерием правильных соотношений между атлантом и аксисом является: {**

~симметричное изображение атланта;

~одинаковая ширина суставных щелей боковых атланто-аксиальных суставов;

~соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса;

=расстояние между передней дугой атланта и зубовидным отростком аксиса не превышает 2 мм.

}

**Боковую рентгенограмму шейного отдела позвоночника при острой травме целесообразно производить: {**

~сидя;

~лежа на боку;

=лежа на спине при горизонтальном ходе пучка лучей (в латеропозиции).

}

**Центральный луч при рентгенографии шейного отдела позвоночника в боковой проекции направляется: {**

~непосредственно выше надплечья;

=на середину шейного отдела позвоночника;

~на сосцевидный отросток.

}

**Из приведенных утверждений правильное: {**

~ножки дуг отображаются в виде овалов во всех позвонках;

~ножки дуг шейных позвонков отображаются в виде овалов;

~ножки дуг всех поясничных позвонков отображаются в виде овалов;

=ножки дуг IV поясничного позвонка могут не иметь типичного отображения в виде овала.

}

**Для отображения тел верхних грудных позвонков в прямой проекции при усиленном кифозе используют: {**

~приподнятие тазового конца;

=наклон рентгеновской трубки краниально;

~наклон рентгеновской трубки каудально;

~приподнятие головного конца.

}

**Выберите правильное утверждение: {**

= "ступеньки" по ходу линии, проведенной по задним поверхностям тел поясничных позвонков на боковой рентгенограмме, всегда представляют собой патологическое явление;

~такие "ступеньки" могут быть и в норме;

~оба утверждения правильны;

~оба утверждения неправильны.

}

**Форма межпозвоночного диска LV-SI в норме: {**



~лентовидная;  
=клиновидная с расширением кпереди;  
~клиновидная с расширением кзади;  
~всё верно

}

**Для изображения тела V поясничного позвонка в прямой проекции при усиленном лордозе используется: {**

~сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах;  
~приподнятие таза у больного;  
~наклон рентгеновской трубки краниально;  
~наклон рентгеновской трубки каудально;  
=сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и наклон рентгеновской трубки краниально.

}

**Из перечисленных соотношений между отломками проявляются уплотнением в области перелома: {**

~вклинение отломков;  
~проекционная суперпозиция отломков при их захождении;  
~смещение отломков под углом;  
~расхождение отломков;  
=вклинение отломков и проекционная суперпозиция отломков при их захождении.

}

**Из приведенных утверждений неправильно: {**

=задний вывих плеча часто не диагностируется по прямой рентгенограмме плечевого сустава;  
~фиксированная ротация плеча внутрь характерна для заднего вывиха;  
~переломы малого бугорка плечевой кости часто сопровождают задний вывих;  
~возникновение заднего вывиха плеча всегда связано с грубой травмой.

}

**При повреждении менисков коленных суставов информативны: {**

~рентгенография в типичных проекциях;  
~рентгенография в косых проекциях;  
~томография;  
=контрастирование полости коленного сустава.

}

**Для II шейного позвонка характерны: {**

~компрессионный перелом;  
~перелом остистого отростка;  
~перелом зубовидного отростка;  
~двусторонний перелом переднего отдела дуги;  
=перелом зубовидного отростка и двусторонний перелом переднего отдела дуги.

}

**К признакам, обычно сопровождающим клиновидную компрессию тела позвонка, относятся:**{

~деформация переднего контура в виде ступеньки или угла;

~узелки Шморля;

~уплотнение костной структуры;

~увеличение передне-заднего размера тела;

=деформация переднего контура в виде ступеньки или угла и уплотнение костной структуры.

}

**Наиболее характерным повреждением L3-L5 позвонков является:**{

~клиновидная компрессия тела;

~изолированный перелом дуги;

=оскольчатый разрывной перелом тел;

~перелом остистых отростков.

}

**"Стабильным" повреждением позвоночника является:**{

=клиновидная компрессия тела позвонка;

~двусторонний перелом дуги аксиса;

~перелом зубовидного отростка аксиса;

~переломо-вывих грудного позвонка.

}

**Рентгенологическими симптомами травматического повреждения межпозвоночного диска являются:**{

~% -50% расширение межпозвоночного пространства;

~% 50% сужение межпозвоночного пространства;

~% 50% смещение вышележащего позвонка;

~% -50% расширение межпозвоночного отверстия.

}

**Наиболее ранним проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является:**{

=нежная облаковидная параоссальная тень;

~сглаженность краев отломков;

~уплотнение краев отломков;

~ухудшение видимости линии перелома.

}

**Для ранней стадии болезни Дойчлендера характерны:**{

~тонкая косая линия просветления в корковом слое;

~мелкоочаговое разрежение коркового слоя

~деформация головки плюсневой кости;

~нежная периостальная реакция;

=тонкая косая линия просветления в корковом слое и нежная периостальная реакция.

}

**Ранние изменения при болезни Дойчлендера чаще всего выявляются:**{

~в прямой проекции;

- ~в боковой проекции;
  - ~в косой проекции;
  - =в прямой проекции и в боковой проекции.
- }

**Патологическим костеобразованием, напоминающим картину саркомы, осложняется:**{

- ~фиброзная дисплазия;
  - ~хондроматоз костей;
  - =несовершенный остеогенез;
  - ~мраморная болезнь.
- }

**Симметричным поражением костей характеризуется:**{

- ~хондроматоз скелета;
  - =множественные диафизарные гиперостозы;
  - ~фиброзная дисплазия;
  - ~мелореостоз.
- }

**Наименее характерной локализацией для фиброзной дисплазии являются:**{

- =длинные кости кистей и стоп;
  - ~остальные длинные кости;
  - ~череп;
  - ~ребра.
- }

**Для деформирующей остеодистрофии Педжета характерно все перечисленное ниже, кроме:**{

- ~грубого трабекулярного рисунка губчатого вещества;
  - ~грубого продольного разволокнения компактного вещества;
  - ~утолщения компактного вещества;
  - =разрушения коркового слоя на всю толщину с симптомом обрыва.
- }

**Пятнисто-хлопьевидный рисунок костной структуры при деформирующей остеодистрофии Педжета характерен:**{

- ~для костей таза;
  - ~для длинных костей;
  - =для костей свода черепа;
  - ~для позвонков.
- }

**В начальной стадии развития деформирующей остеодистрофии Педжета выявляются:**{

- =диффузное гомогенное разрежение структуры кости;
  - ~пятнисто-хлопьевидный рисунок;
  - ~грубо-трабекулярный рисунок;
  - ~мелкоочаговое разрежение структуры кости.
- }

**Для деформирующей остеодистрофии Педжета характерно все перечисленное, кроме:**{

- ~утолщения кости;
- ~дугообразного искривления оси;
- =колоколоподобной деформации грудной клетки;
- ~протрузии вертлужной впадины.

}

**Отсутствие рентгенологических изменений со стороны костно-суставного аппарата в первые 2-3 недели с последующей быстрой динамикой рентгенологической картины характерно:**{

- =для острых неспецифических воспалительных процессов;
- ~для туберкулезных поражений;
- ~для опухоли;
- ~для сифилиса.

}

**Гиперостоз характерен:**{

- ~для острой стадии остеомиелита;
- ~для подострой стадии остеомиелита;
- =для хронической стадии остеомиелита;
- ~всё верно

}

**Костный секвестр рентгенологически характеризуется:**{

- ~повышением интенсивности тени;
- ~уменьшением интенсивности тени;
- ~хотя бы частичным отграничением от окружающей костной ткани;
- ~обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении;
- =повышением интенсивности тени и обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении.

}

**При локализации остеомиелита в плоских и губчатых костях отсутствует:**{

- ~деструкция;
- ~остеосклероз;
- ~секвестр;
- =периостальная реакция.

}

**Для туберкулезного остита характерны:**{

- =деструкция костной ткани;
- ~периостальная реакция;
- ~регионарный остеопороз;
- ~атрофия кости.

}

**Туберкулезный остит в области тазобедренного сустава локализуется:**{

- ~в головке бедренной кости;

- ~в шейке бедренной кости;
  - ~в вертлужной впадине;
  - =в шейке бедренной кости и в вертлужной впадине.
- }

**Из приведенных утверждений неправильны: {**

- ~при туберкулезном остите деструктивный очаг может быть окаймлен узкой зоной уплотнения костной структуры;
- ~туберкулез коротких костей может проявляться в рентгенологическом отображении преимущественным уплотнением костной структуры;
- ~уплотнение костной структуры не наблюдается при туберкулезных поражениях костей;
- ~для туберкулезных поражений костей характерно чередование очаговой деструкции и пятнистого остеосклероза;
- =уплотнение костной структуры не наблюдается при туберкулезных поражениях костей и для туберкулезных поражений костей характерно чередование очаговой деструкции и пятнистого остеосклероза.

}

**Для воспалительных поражений позвоночника - спондилитов нехарактерны: {**

- ~разрушение ножки дуги позвонка;
- ~разрушение замыкающей пластинки тела позвонка;
- ~вовлечение смежных отделов тел соседних позвонков;
- ~несоответствие степени компрессии имеющейся деструкции тела позвонка;
- =разрушение ножки дуги позвонка и несоответствие степени компрессии.

}

**Краевое расположение деструктивного очага в диафизе длинной кости характерно: {**

- ~для кортикального остеомиелита;
- =для сифилитического остеоperiостита;
- ~для остеонидной остеомы;
- ~для эозинофильной гранулемы.

}

**Для компактных остеоид типичной локализацией является: {**

- =свод черепа и кости лица;
- ~длинные кости;
- ~кости таза;
- ~позвонки.

}

**Компактные остеоиды чаще всего располагаются: {**

- ~в лобных пазухах;
- ~в решетчатых лабиринтах;
- ~в верхнечелюстных пазухах;
- =в лобных пазухах и решетчатых лабиринтах.

}

**Костно-хрящевые экзостозы не встречаются: {**

~в костях таза;  
~в ребрах;  
~в позвоночнике;  
=в своде черепа и костях лица.

}

**О малигнизации костно-хрящевого экзостоза не свидетельствует:**{

~отсутствие компактной пластинки, покрывающей костно-хрящевой экзостоз;  
~утолщение мягких тканей над костно-хрящевым экзостозом;  
=неоднородность рентгенологического изображения костно-хрящевого экзостоза с участками просветления и обызвествления;  
~обызвествление в покрывающих экзостозах мягких тканей.

}

**Из приведенных утверждений правильно:**{

~вздутие кости не наблюдается при злокачественных опухолях;  
=вздутие кости наиболее характерно для доброкачественных опухолей, но наблюдается и при злокачественных опухолях с относительно медленным ростом;  
~вздутие кости является обязательным симптомом доброкачественных опухолей и опухолевидных образований;  
~вздутие кости в сочетании с ячеисто-трабекулярным рисунком патогномично для остеобластокластомы.

}

**Быстрый рост без озлокачествления может наблюдаться:**{

~при гемангиоме;  
=при остеобластокластоме;  
~при костной кисте;  
~при энхондроме.

}

**Энхондромы чаще всего располагаются:**{

=в длинных костях кистей и стоп;  
~в прочих длинных костях;  
~в губчатых костях;  
~в своде черепа.

}

**Для энхондромы длинной кости типичной локализацией является:**{

~эпифиз;  
~метаэпифиз;  
~метадиафиз;  
~диафиз;  
=диафиз и метадиафиз.

}

**Энхондромы озлокачествляются редко при локализации:**{

~в ребрах;  
~в костях таза;

⇒ в длинных костях кистей и стоп;

~ в прочих длинных костях.

}

**По обе стороны эпифизарной хрящевой пластинки могут располагаться:**{

~ остеобластокластома;

~ костная киста;

~ хондробластома;

~ туберкулезный остит;

⇒ хондробластома и туберкулезный остит.

}

**Для туберкулезной костоеды в отличие от хондробластомы при локализации в проксимальном конце плечевой кости характерны:**{

~ вздутие пораженного участка кости;

~ атрофия плечевой кости;

~ краевая эрозия в области анатомической шейки плечевой кости;

~ периостальные наслоения;

⇒ атрофия плечевой кости и краевая эрозия в области анатомической шейки плечевой кости.

}

**Для аневризматической костной кисты наиболее характерно:**{

~ равномерное вздутие пораженного участка кости;

⇒ эксцентрическое вздутие с образованием тонкой субпериостальной скорлупы;

~ асимметричное вздутие преимущественно в одну сторону;

~ правильного ответа нет.

}

**Краевая деструкция смежных костей наиболее характерна:**{

~ для доброкачественных опухолей;

~ для первично злокачественных опухолей;

~ для метастатических опухолей;

⇒ для прорастания злокачественной опухоли соседних органов или тканей в кости по продолжению.

}

**Для злокачественных опухолей костей не характерен:**{

~ участок просветления с нечеткими контурами;

~ участок просветления с четкими контурами;

~ участок уплотнения с нечеткими контурами;

⇒ участок просветления со склеротическим ободком.

}

**На опухолевое костеобразование указывает:**{

~ периостальный козырек;

~ пластинчатая периостальная реакция;

~ уплотнение костной структуры;

=беспорядочная оссификация в мягких тканях в виде пятнистых и хлопьевидных теней.

}

**В характерный рентгенологический симптомокомплекс остеокластической формы остеогенной саркомы не входит:**{

~участок деструкции с нечеткими очертаниями;

~разрушение коркового слоя;

~утолщение мягких тканей;

=ячеисто-трабекулярный рисунок в участке деструкции.

}

**Своеобразие параоссальной остеосаркомы определяют:**{

~длительное безболевого течение;

~преимущественно деструктивный характер изменений;

~раннее метастазирование в легкие;

=длительное безболевого течение и преимущественно деструктивный характер изменений.

}

**Из числа названных опухолей костей близко напоминают по своим клиническим особенностям и рентгенологической картине остеомиелит:**{

=саркома Юинга;

~хондросаркома;

~метастазы рака;

~всё верно

}

**Слоистая периостальная реакция наиболее характерна:**{

~для остеогенной саркомы;

~для хондросаркомы;

=для саркомы Юинга;

~для фибросаркомы.

}

**Наиболее эффективной методикой выявления ранних признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии является:**{

~томография;

~рентгенография с прямым увеличением в 2 раза при фокусе 0.3 мм;

=рентгенография кистей с прямым увеличением в 4-5 раз на микрофокусном излучателе с размерами фокусного пятна 0.1 мм и меньше;

~компьютерная томография.

}

**Раздел 8. Молочная железа**

}

**Кровоснабжение молочной железы осуществляется?**

~ aa. intercostales

~ aa. posteriores



- ~ a.thoracica intema
- = все варианты верны

}

**Основной путь лимфоотока от ткани молочной железы?**

- ~ надключичный
- ~ подключичный
- = подмышечный
- ~ парастернальный

}

**Увеличение молочных желез обозначается как?**

- = макромастия
- ~ микромастия
- ~ гигантомастия
- ~ полителия

}

**Для дифференциальной диагностики предопухолевых заболеваний молочной железы у детей применяют?**

- ~ секторальная резекция
- ~ радикальная мастэктомия
- = маммографию
- ~ УЗИ

}

**Пубертатная макромастия характеризуется?**

- ~ гигантские молочные железы
- ~ причиной является длительное воздействие эстрогенов
- ~ большую роль играет наследственный фактор
- = всё верно

}

**Сколько квадрантов имеет молочная железа?**

- = 4
- ~ 3
- ~ 5
- ~ 6

}

**Какие симптомы относят к поздним при раке молочной железы?**

- ~ симптом "лимонной корочки" над подозреваемой опухолью
- ~ ретракция соска
- ~ «мокнущий» сосок
- = все верно

}

**Абсолютным показанием к проведению дуктографии являются выделения из соска: {**

- ~любого характера;
- ~серозного характера;

~кровянистого характера;  
=серозного и кровянистого характера.

}

**При проведении ультразвукового исследования молочных желез предпочтительнее использование датчиков с частотой:**{

~1.5 МГц;

~3.5 МГц;

~5 МГц;

=от 7 до 10 МГц.

}

**Дифференциальную диагностику между листовидной и обычной фиброаденомой при размерах образования до 3 см определяют:**{

~характер контуров;

~характер структуры;

~интенсивность тени;

=проведение дифференциальной диагностики ограничено.

}

**Проведение дуктографии противопоказано:**{

~при гнойных выделениях из соска;

~при серозных выделениях из соска;

=при остром воспалительном процессе в молочной железе;

~противопоказаний к проведению нет.

}

**Дифференциальную диагностику между узловой формой мастопатии и раком молочной железы позволяет провести:**{

=изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла;

~интенсивность тени образования;

~наличие кальцинатов;

~характер контуров образования.

}

**Для истинной гинекомастии характерно:**{

~увеличение размеров грудной клетки;

=наличие на маммограммах железисто-соединительнотканного комплекса;

~наличие выделений из соска;

~наличие признаков гиперваскуляризации грудной клетки.

}

**Гиперваскуляризация при раке молочной железы проявляется:**{

~увеличением калибра сосудов;

~увеличением количества сосудистых ветвей;

~извитостью сосудов;

=увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью .

}

**Для молочной железы не являются регионарными лимфоузлы: {**

~подмышечные

- ~парастернальные
- ~подключичные
- =лимфоузлы противоположной стороны
- ~все перечисленные лимфоузлы являются регионарными

}

**У больной рак молочной железы с локализацией в верхне внутреннем квадранте. Назовите наиболее вероятный путь лимфогенного метастазирования. {**

- ~подмышечный путь
- ~подключичный путь
- =парастернальный путь и межреберный путь
- ~путь Герота

}

**К диффузным формам рака молочной железы относятся все кроме: {**

- ~отечно инфильтративной
- ~маститоподобной
- ~рожеподобной
- ~панцирного рака
- =рака Педжета

}

**Доклинический признак рака молочной железы на маммограмме: {**

- ~наличие крупноглыбчатых кальцинатов
- ~повышение плотности железистой ткани
- ~утолщение кожи
- =скопление микрокальцинатов
- ~асимметрия молочных желез

}

**Рентгеновскую маммографию для скрининга показано начинать выполнять с: {**

- ~30 лет
- ~35 лет
- =40 лет
- ~45 лет
- ~после 50 лет

}

**Метод выбора при обследовании пациенток с имплантами молочных желез: {**

- ~маммография
- ~УЗИ
- ~дуктография
- =МР-маммография
- ~сцинтиграфия

}

**Маммография – это: {**

- =рентгенография молочных желез

- ~ультразвуковое исследование молочных желез
- ~контрастное исследование протоков молочной железы
- ~пункция образования молочной железы под контролем рентгеноскопии
- ~комплекс мер, направленных на профилактику рака молочной железы

**Маммографию следует проводить: {**

- ~с 1-го по 5-й день менструального цикла
- =с 6-го по 12-й день менструального цикла
- ~во второй половине менструального цикла
- ~вне зависимости от фазы цикла
- ~только после наступления менопаузы

}

**Основная цель дуктографии - определение: {**

- ~степени извитости протока
- ~длины протока до терминальных отделов
- =наличия внутрипротоковых образований
- ~наличия линейных кальцинатов
- ~воспалительных процессов

}

**Название международной системы описания маммограмм: {**

- ~PIRADS
- =BIRADS
- ~MIDAS
- ~CARATS
- ~MAMADS

}

**При впервые выявленном скоплении полиморфных микрокальцинатов на маммограммах для уточнения диагноза требуется: {**

- ~УЗИ молочных желез
- ~МР – маммография
- =проведение биопсии
- ~проведение контрольной маммографии через 3 месяца
- ~проведение контрольной маммографии через 6 месяцев

}

**Признак посттравматических изменений на маммограммах: {**

- ~втяжение соска
- ~скопление микрокальцинатов
- =локальное изменение архитектоники ткани молочной железы
- ~снижение плотности ткани молочной железы
- ~скопление полиморфных макрокальцинатов

}

**Большое количество железистой ткани на маммограмме: {**

- ~увеличивает чувствительность маммографии
- =уменьшает чувствительность маммографии

- ~не влияет на чувствительность маммографии
- ~ухудшает качество изображений
- ~улучшает качество изображений

}

**В какой ситуации показано выполнение дуктографии: {**

- ~узловое образование
- =«янтарные» выделения из протока
- ~воспалительное заболевание молочной железы
- ~втяжение соска
- ~лактостаз

**Раздел 9. Череп, голова и шея**

}

**Наибольшую информацию о состоянии канала зрительного нерва дает рентгенограмма черепа:{**

- ~ в носо-подбородочной проекции
- ~ в носо-лобной проекции
- ~ в прямой задней проекции
- = в косой проекции по Резе

}

**Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа дает рентгенограмма:{**

- ~ в прямой передней проекции
- ~ в прямой задней проекции
- = в носо-подбородочной проекции
- ~ в боковой проекции

}

**Наибольшую информацию при переломе боковой стенки глазниц дает рентгенограмма:{**

- ~ в носо-подбородочной проекции
- ~ в прямой задней проекции
- ~ в носо-лобной проекции
- = в аксиальной проекции

}

**Наибольшую информацию о соотношении костей краниовертебральной области дает рентгенограмма:{**

- ~ в прямой передней проекции
- = в боковой проекции
- ~ в косой проекции
- ~ в носо-подбородочной проекции

}

**Наиболее важным рентгенологическим симптомом базиллярной импрессии является:{**

- = расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберленана 6 мм и более

- ~ уплощение базального угла в  $140^\circ$
- ~ углубление задней черепной ямки
- ~ углубление передней черепной ямки

}

**Наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются:**{

- ~ обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы
- = прицельные касательные рентгенограммы
- ~ прицельные контактные рентгенограммы
- ~ прямые томограммы

}

**Наиболее точную информацию при вдавленном переломе костей свода черепа дает:**{

- ~ обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции
- ~ томограммы в прямой и боковой проекции
- ~ прицельные контактные рентгенограммы
- = прицельные касательные рентгенограммы

}

**Наибольшую информацию о травматических поражениях костей черепа дает:**{

- ~ обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
- = компьютерная томография черепа
- ~ обзорная рентгенограмма в аксиальной проекции
- ~ ангиография черепа

}

**Для выявления перелома костей основания черепа рекомендуется произвести:**{

- ~ обзорную рентгенограмму в боковой проекции
- = обзорную рентгенограмму в аксиальной проекции
- ~ обзорную рентгенограмму в прямой проекции
- ~ обзорную рентгенограмму в лобно-носовой проекции

}

**Для выявления переломов лицевого скелета применяются:**{

- ~ задняя обзорная рентгенограмма
- ~ боковая обзорная рентгенограмма
- ~ аксиальная рентгенограмма
- = рентгенограмма в носо-подбородочной проекции

}

**Гемосинус является косвенным симптомом:**{

- ~ острого синусита
- = травматического поражения костей черепа
- ~ хронического синусита
- ~ остеомы придаточных пазух носа

}

**Воздушная киста гортани (ларингоцеле) располагается:**{

- ~ в надгортаннике
- ~ в подскладочном отделе
- = в черпалонадгортанной складке и вестибулярной складке
- ~ в голосовых складках

}

**Наиболее информативной для исследования турецкого седла является:**{

- ~ рентгенограмма черепа в боковой проекции
- ~ рентгенограмма черепа в затылочной проекции
- ~ рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
- = рентгенограмма прицельная в боковой проекции

}

**Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют:**{

- ~ 3-6 мм
- ~7-9 мм
- =9-14мм
- ~7-16мм

}

**Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют:**{

- ~ 5-7 мм
- ~ 4-10 мм
- = 7-12 мм
- ~6-14 мм

}

**Возрастные особенности черепа включают:**{

- = состояние швов
- ~ рисунок сосудистых борозд
- ~ выраженность развития пальцевых вдавлений
- ~ развитие выпускников

}

**Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является:**{

- = увеличение размеров турецкого седла
- ~ остеопороз деталей седла
- ~ повышенная пневматизация основной пазухи
- ~ понижение пневматизации основной пазухи

}

**Под термином "рельеф костей свода черепа" понимают:**{

- ~ рисунок венозных синусов
- ~ рисунок артериальных борозд
- ~ рисунок пальцевых вдавлений
- = рисунок всех перечисленных выше образований

}

**К часто встречающимся доброкачественным опухолям свода черепа относятся: {**

- ~ остеома
- = гемангиома
- ~ остеохондрома
- ~ киста

}

**Чаще всего метастазируют в кости черепа: {**

- ~ рак желудка
- ~ злокачественные опухоли скелета
- = рак легкого
- ~ рак толстой кишки

}

**Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является: {**

- ~ трабекулярный рисунок структуры костей
- = множественные, округлой формы и различной величины очаги деструкции
- ~ утолщение костей свода
- ~ очаги склероза

}

**К рентгеновским признакам синдрома Морганьи относятся: {**

- ~ утолщение наружной пластинки лобной кости
- ~ утолщение диплоического слоя лобной кости
- = утолщение внутренней костной пластинки лобной кости
- ~ склероз всех слоев лобной кости

}

**Для гемангиомы костей свода черепа характерны: {**

- ~ограниченный остеосклероз
- ~ гиперостоз
- = локальный остеопороз с грубоячеистой структурой
- ~ распространенная ячеистость

}

**При эпидермоидах костей черепа характерны: {**

- ~ нечеткие контуры
- = четкие склеротические контуры
- ~ изъеденные контуры
- ~ утолщенные контуры

}

**Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является: {**

- ~ углубление пальцевых вдавлений
- = остеопороз структуры, уплощение турецкого седла
- ~ расширение каналов диплоических вен
- ~ расхождение швов



}

**Наибольшую информацию при опухоли слухового нерва дает проекция: {**

- ~.по Шюллеру
- ~ по Майеру
- = по Стенверсу
- ~ обзорная рентгенограмма черепа у взрослых в прямой проекции

}

**Основным симптомом полного краниостеноза является: {**

- ~ деформация черепа
- ~ истончение костей свода черепа
- ~ усиление пальцевых вдавлений
- = раннее закрытие швов

}

**Характерным симптомом первично-костной злокачественной опухоли костей свода черепа является: {**

- = очаг деструкции неправильной формы
- ~ очаг склероза
- ~ картина "спикулообразного периостита"
- ~ мягкотканый компонент

}

**К рентгеносемиотике гнойных воспалительных заболеваний черепа относятся: {**

- ~ множественные округлые, мелкие очаги деструкции
- = остеопороз и остеолит с некротическим участком (секвестр)
- ~ диффузный склероз
- ~ диффузный гиперостоз

}

**Рентгенологическая картина метастазов в череп характеризуется чаще: {**

- = множественными очагами деструкции
- ~ единичными очагами деструкции
- ~ очагами склероза
- ~ очагами гиперостоза

}

**К рентгенологическим симптомам опухоли зрительного нерва относятся: {**

- ~ деструкция глазницы
- ~ односторонний экзофтальм
- = деструкция отверстия зрительного нерва
- ~ деструкция основания черепа

}

**Повышение внутричерепного давления сопровождается: {**

- ~ утолщением костей
- = истончением костей свода черепа
- ~ ранним закрытием швов ~- поздним закрытием швов
- ~ всё верно

}

**Наиболее частой локализацией остеома черепа является:**{

- = лобная пазуха
- ~ клетки решетчатого лабиринта
- ~ затылочная кость
- ~ верхнечелюстная пазуха

}

**Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает:**{

- ~ рентгенограмма черепа в проекции Шюллера
- ~ рентгенограмма черепа в проекции Майера
- = рентгенограмма черепа в проекции Стенверса
- ~ обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции

}

**Типом строения сосцевидного отростка при патологии является:**{

- ~ пневматический
- = склеротический
- ~ диплоический
- ~ смешанный

}

**При хроническом среднем отите преобладает:**{

- ~ пневматическая структура сосцевидного отростка
- = склеротическая структура сосцевидного отростка
- ~ диплоическая структура сосцевидного отростка
- ~ смешанная структура сосцевидного отростка

}

**Для выявления врожденных аномалий среднего и внутреннего уха показана:**{

- ~ обзорная рентгенография черепа
- ~ рентгенография черепа в проекциях Майера и Шюллера
- ~ контрастное рентгенологическое исследование уха
- = компьютерная томография

}

**Для рентгенодиагностики лабиринтита и фистулы наружного полукружного канала необходимы:**{

- ~ рентгенограммы в проекции Шюллера
- ~ рентгенограммы в проекции Майера
- = рентгенограммы в проекции Стенверса
- ~ обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции

}

**Основным рентгенологическим симптомом кисты пазухи является:**{

- ~ тень с полициклическими контурами на фоне пазух
- = полукруглая гомогенная тень на широком основании
- ~ округлый дефект пазухи
- ~ овальной формы пристеночное утолщение

}

**Оптимальной методикой для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты является:{**

- ~ томография черепа в аксиальной проекции
- ~ рентгеноскопия черепа в боковой проекции
- ~ ангиография
- = контрастная гайморография

}

**Причинами эмфиземы глазницы могут быть:{**

- ~.ранения глазницы
- = переломы лобной пазухи
- ~ переломы основания черепа
- ~ переломы костей носа

}

**Оптимальным положением для выявления экссудата в верхнечелюстных пазухах являются:{**

- ~ обзорная рентгенография черепа в боковой проекции и горизонтальном положении больного
- = рентгенография черепа в подбородочной проекции и вертикальном положении больного
- ~ рентгенография черепа в носо-лобной проекции
- ~ рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции и горизонтальном положении больного

}

**При развитии гемосинуита после травмы черепа возникает:{**

- ~ гомогенное затемнение пазухи
- = негомогенное затемнение пазухи
- ~ ограниченное округлое затемнение в пазухе
- ~ пристеночное затемнение

}

**Наиболее быстрая динамика рентгенологической картины отека слизистой верхнечелюстных пазух наблюдается:{**

- = при вазомоторной риносинусопатии
- ~ при остром гайморите
- ~ при подостром гайморите
- ~ при обострении хронического гайморита

}

**Увеличение объема пазухи наблюдается:{**

- = при кисте
- ~ при гайморите
- ~ при полипозе
- ~ при злокачественной опухоли

}

**Характерным симптомом хронического синусита в стадии ремиссии является:{**

- ~ гомогенное затемнение пазухи

- ~ пристеночное затемнение пазухи
- ~ изменение величина и формы пазухи
- = слоистость пристеночного затемнения пазухи

}

**Степень пневматизации пазух и варианты их развития зависят:**{

- ~от пола
- ~от наличия общего заболевания
- =от возраста и врожденных особенностей развития
- ~правильно всё

}

**Переломы нижней челюсти и зубов в рентгенологическом изображении проявляются:**{

- ~ смещением суставных поверхностей
- ~ несоответствием суставных поверхности
- = наличием линии просветления
- ~ склерозом костей челюсти

}

**Показаниями для применения ортопантомографии являются:**{

- ~ заболевания глазницы
- ~ заболевания уха
- = заболевания челюстей и зубов
- ~ заболевания лобной пазухи

}

**Наиболее частым показанием к применению рентгенологического метода исследования в процессе активного лечения зуба является:**{

- = определение проходимости канала
- ~ наличие радикулярной кисты
- ~ выявление костной деструкции челюсти
- ~ вывих зуба

}

**Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается:**{

- ~ контрастное исследование с бариевой взвесью
- ~ обзорная рентгеноскопия органов шеи
- ~ обзорная рентгенография шеи под контролем экране
- = обзорная телерентгенография в боковой проекции

}

**Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи считают:**{

- ~ расширение превертебральной клетчатки
- ~ симптом "стрелки"
- = воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослойки"
- ~ отек надгортанника

}

**Асимметрия голосовых складок наблюдается чаще:**{

- = при параличе гортани
- ~ при раке голосовой складки
- ~ при фиброме голосовой складки
- ~ при папилломе гортани

}

**Рентгенологическим симптомом доброкачественной опухоли гортани является:**{

- = округлая дополнительная тень с четкими контурами
- ~ множественные дополнительные тени
- ~ отсутствие подвижности складок
- ~ всё верно

}

**Наиболее частой причиной сужений просвета гортани является:**{

- ~ ожог
- ~ рак
- ~ аллергический процесс
- = рубцовые процессы (разной этиологии)

}

**К рентгенологическим симптомам травм гортани чаще относятся:**{

- ~ вывих черпаловидных хрящей
- ~ перелом щитовидного хряща
- ~ смещение свободного края надгортанника
- = перелом подъязычной кости

}

**Рентгенологическими симптомами ларингита являются:**{

- ~ утолщение надгортанника
- ~ увеличение гортанных желудочков
- ~ неподвижность элементов гортани
- = утолщение складок гортани при сохранении подвижности

}

**Рентгенологическими симптомами парезов гортаноглотки при контрастном исследовании являются:**{

- ~ задержка бариевой взвеси в желудочках гортани
- = задержка бариевой взвеси в карманах глотки
- ~ поступление бариевой взвеси в пищевод
- ~ поступление бариевой взвеси в глотку

}

**К рентгенологическим симптомам аденоидов относятся:**{

- ~ дополнительная тень в полости носа
- ~ дополнительная тень в гортаноглотке
- = дополнительная тень в носоглотке
- ~ дополнительная тень в ротоглотке

}

**Характерным рентгенологическим симптомом опухоли носоглотки является:**{

- ~ деструкция костей носа
- ~ затемнение клиновидной пазухи
- = дополнительная тень в носоглотке
- ~ затемнение верхнечелюстной пазухи

}

**Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа дает рентгенограмма:**{

- ~в прямой передней проекции;
- ~в прямой задней проекции;
- =в носо-подбородочной проекции;
- ~в боковой проекции.

}

**Для определения инородного тела глазницы следует выполнить рентгенограмму:**{

- ~в прямой задней проекции;
- =в носо-лобной, задней и боковой проекциях;
- ~в носо-подбородочной проекции;
- ~в косой проекции по Резе.

}

**Наиболее важным рентгенологическим симптомом базиллярной импрессии является:**{

- =расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберлена на 6 мм и более;
- ~уплощение базального угла в  $140^\circ$ ;
- ~углубление задней черепной ямки;
- ~углубление передней черепной ямки.

}

**Для выявления переломов лицевого скелета применяются:**{

- ~задняя обзорная рентгенограмма;
- ~боковая обзорная рентгенограмма;
- ~аксиальная рентгенограмма;
- =рентгенограмма в носо-подбородочной проекции.

}

**Гемосинус является косвенным симптомом:**{

- ~острого синусита;
- =травматического поражения костей черепа;
- ~хронического синусита;
- ~остеомы придаточных пазух носа.

}

**Воздушная киста гортани (ларингоцеле) располагается:**{

- ~в надгортаннике;
- ~в подскладочном отделе;
- =в черпалонадгортанной складке и грушевидном синусе;
- ~в голосовых складках.

}

**Развитие верхнечелюстных пазух заканчивается:{**

- ~к 5 годам;
- ~к 20 годам;
- ~к 25 годам;
- =ко второму прорезыванию зубов.

}

**Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют:{**

- ~3-6 мм;
- ~7-9 мм;
- =9-14 мм;
- ~7-16 мм.

}

**Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют:{**

- ~5-7 мм;
- ~4-10 мм;
- =7-12 мм;
- ~6-14 мм.

]

**К наиболее часто определяемым нормальным формам турецкого седла относятся:{**

- ~колбовидная;
- ~плоская;
- =овальная;
- ~округлая.

}

**Возрастные особенности черепа включают:{**

- =состояние швов;
- ~рисунок сосудистых борозд;
- ~выраженность развития пальцевых вдавлений;
- ~развитие выпускников.

}

**Под термином "рельеф костей свода черепа" понимают:{**

- ~рисунок венозных синусов;
- ~рисунок артериальных борозд;
- ~рисунок пальцевых вдавлений;
- =рисунок всех перечисленных выше образований.

}

**Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается:{**

- ~при остеосаркоме;
- ~при остеомиелите;
- ~при остеоме;
- =при фиброзной дисплазии.

}

**Развитием периостальных изменений черепа сопровождается:**{

~эпидермоид;

~атерома;

=остеосаркома;

~остеома.

}

**Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является:**{

~трабекулярный рисунок структуры костей;

=множественные округлой формы и различной величины очаги деструкции;

~утолщение костей свода;

~очаги склероза.

}

**К рентгеновским признакам синдрома Моргани относятся:**{

~утолщение наружной пластинки лобной кости;

~утолщение диплоического слоя лобной кости;

=утолщение внутренней костной пластинки лобной кости;

~склероз всех слоев лобной кости.

}

**Изменения в костях свода черепа при фиброзной деформирующей остеодистрофии сводятся:**{

~к диффузному утолщению костей;

~к ограниченному утолщению костей;

=к очагам уплотнения структуры в сочетании с утолщением костей;

~к округлым очагам деструкции.

}

**Изменения структуры костей основания черепа при фиброзной дисплазии сводятся:**{

~к остеопорозу;

=к остеосклерозу;

~к деструкции;

~к гиперостозу.

}

**Для гемангиомы костей свода черепа характерны:**{

~ограниченный остеосклероз;

~гиперостоз;

=локальный остеопороз с грубоячеистой структурой;

~распространенная ячеистость.

}

**Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют:**{

~3-6 мм

~7-9 мм

=9-14 мм

~7-16 мм



}

**Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют:**{

~5-7 мм

~4-10 мм

=7-12 мм

~6-14 мм

}

**К наиболее часто определяемым нормальным формам турецкого седла относятся:**{

~колбовидная

~плоская

=овальная

~округлая

}

**Возрастные особенности черепа включают:**{

=состояние швов

~рисунок сосудистых борозд

~выраженность развития пальцевых вдавлений

~развитие выпукников

}

**Под термином "рельеф костей свода черепа" понимают:**{

~рисунок венозных синусов

~рисунок артериальных борозд

~рисунок пальцевых вдавлений

=рисунок всех перечисленных выше образований

}

**Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается:**{

~при остеосаркоме

~при остеомиелите

~при остеоме

=при фиброзной дисплазии

}

**Развитием периостальных изменений черепа сопровождается:**{

~эпидермоид

~атерома

=остеосаркома

~остеома

}

**Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является:**{

~трабекулярный рисунок структуры костей

=множественные округлой формы и различной величины очаги деструкции

~утолщение костей свода

~очаги склероза

}

**К рентгеновским признакам синдрома Моргани относятся:**{

~утолщение наружной пластинки лобной кости

~утолщение диплоического слоя лобной кости

=утолщение внутренней костной пластинки лобной кости

~склероз всех слоев лобной кости

}

**Изменения в костях свода черепа при фиброзной деформирующей остеодистрофии сводятся:**{

~к диффузному утолщению костей

~к ограниченному утолщению костей

=к очагам уплотнения структуры в сочетании с утолщением костей

~к округлым очагам деструкции

}

**Изменения структуры костей основания черепа при фиброзной дисплазии сводятся:**{

~к остеопорозу

=к остеосклерозу

~к деструкции

~к гиперостозу

}

**Для гемангиомы костей свода черепа характерны:**{

~ограниченный остеосклероз

~гиперостоз

=локальный остеопороз с грубоячеистой структурой

~распространенная ячеистость

}

**При эпидермоидах костей черепа характерны:**{

~нечеткие контуры

=четкие склеротические контуры

~изъеденные контуры

~утолщенные контуры

}

**Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является:**{

~углубление пальцевых вдавлений

=osteoporоз структуры, уплощение турецкого седла

~расширение каналов диплоических вен

~расхождение швов

}

**Характерным изменением для гемиатрофии головного мозга является:**{

=истончение костей свода черепа

~утолщение костей свода черепа

~выбухание костей свода черепа

~деструкции костей свода черепа

}

**Очаг деструкции в костях свода может самопроизвольно исчезнуть:{**

~при метастазе опухоли

~при миеломе

=при эозинофильной гранулеме

~при остеомиелите

}

**Наиболее характерным симптомом краниофарингиомы является:{**

~изменение формы и величины турецкого седла

~очаг деструкции кости

~изменение клиновидной пазухи

=патологическое обызвествление в области турецкого седла

}

**Рентгенологическая картина метастазов в череп характеризуется чаще:{**

=множественными очагами деструкции

~единичными очагами деструкции

~очагами склероза

~очагами гиперостоза

}

**Изменения в костях черепа при гормональных нарушениях чаще характеризуются:{**

=остеопорозом

~деструкцией

~гиперостозом

~склерозом

}

**Причинами возникновения гидроцефалии чаще всего являются:{**

~опухоль мозга

=воспалительные процессы

~врожденные состояния

~травмы

}

**К рентгенологическим симптомам опухоли зрительного нерва относятся:{**

~деструкция глазницы

~односторонний экзофтальм

=деструкция отверстия зрительного нерва

~деструкция основания черепа

}

**Повышение внутричерепного давления сопровождается:{**

~утолщением костей

=истончением костей свода черепа

~ранним закрытием швов

~поздним закрытием швов

}

**Наиболее частым осложнением хронического гнойного отита является: {**

~синусит

=холестеатома

~невринома

~евстахиит

}

**Рентгеносемиотика опухоли внутреннего уха (невриномы) включает: {**

~склероз пирамиды

=расширение внутреннего слухового прохода

~пороз пирамиды

~сужение внутреннего слухового прохода

}

**К симптомам отосклероза относятся: {**

~склероз височной кости

~пороз височной кости

=уплотнение костного лабиринта внутреннего уха с очагами разрежения

~деструкция пирамиды

}

**Рентгенологическая картина оперированного уха (после радикальной операции) выявляет: {**

~отсутствие части пирамиды

~дефект верхней части "пещеры"

=дефект кости в аттико-антральной области

~дефект части ушной раковины

}

**Оптимальной проекцией для выявления клеток решетчатого лабиринта является: {**

~обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции

~косая рентгенограмма лицевого скелета в проекции по Резе

=косая рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции

~обзорная рентгенограмма черепа в аксиальной проекции

}

**Основными рентгенологическим симптомом кисты пазухи является: {**

~полициклические контуры

=полукруглая гомогенная тень на широком основании

~округлый дефект пазухи

~овальной формы пристеночное утолщение

}

**Характерным симптомом хронического синусита является: {**

~гомогенное затемнение пазухи

~пристеночное затемнение пазухи

~изменение величины и формы пазухи

=слоистость пристеночного затемнения пазухи

}

**Показаниями для применения ортопантомографии являются: {**

- ~заболевания глазницы
- ~заболевания уха
- =заболевания челюстей и зубов
- ~заболевания лобной пазухи

}

**Наиболее целесообразными методиками выявления локализации инородных тел пазухи являются:**{

- ~томография мозгового черепа в прямой проекции
- ~контрастное исследование пазух
- ~зонография в прямой проекции
- =обзорная рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях

}

**Незначительное гомогенное затемнение нескольких пазух наблюдается:**{

- ~при хроническом синусите
- ~при остром синусите
- ~при опухоли пазухи
- =при нарушении вентиляции, связанной с патологией носа

}

**К вариантам нормальной лобной пазухи относят все перечисленные, кроме:**{

- ~отсутствия пазухи
- ~широко развитой пазухи
- ~слабо развитой пазухи
- =негомогенной сетчатой структуры пазухи