

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ПО РЕНТГЕНОЛОГИИ С ОТВЕТАМИ
(для Высшей категории)

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

01. Каким приказом регламентируется деятельность службы лучевой диагностики?

1. приказом Минздрава РФ №132 от 1991 г
2. приказом МЗ РФ № 1083н от 22.11.2021 г
- + 3. приказом МЗ РФ № 560н от 09.06.2020 г.
4. приказом Минздрава России № 29н от 28.01.2021

02. Какие ведомства осуществляют контроль за соблюдением требований радиационной безопасности в медицинских учреждениях?

1. рентгенорадиологические отделения (группа радиационного контроля), Центры Госсанэпиднадзора
2. рентгенорадиологические отделения (группа радиационного контроля). Центры Госсанэпиднадзора, Отделения Госкомприроды
- + 3. рентгенорадиологические отделения (группа радиационного контроля), Центры Госсанэпиднадзора, Отделения Госкомприроды, Госатомнадзор
4. Центры Госсанэпиднадзора, Госатомнадзор

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

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

04. Запрещено проведение:

1. массовых профилактических рентгенологических и флюорографических исследований детям
2. флюорографии молочных желез женщинам
3. рентгеноскопии различных органов с профилактической целью
- + 4. верно все выше перечисленное

05. Разрешение на право эксплуатации рентгеновского кабинета дает:

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

РАЗДЕЛ 2. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ РЕНТГЕНОЛОГИИ

02. Область рентгеновского излучения лежит между:

1. радиоволнами и магнитным полем
2. инфракрасным и ультрафиолетовым излучениями
- + 3. ультрафиолетовым излучением и гамма излучением
4. радиоволнами и инфракрасным излучением

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

1. проникающая способность
2. преломление в биологических тканях
3. скорость распространения излучения
- + 4. способность к ионизации атомов

05. Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка:

1. диета
- + 2. голод
3. клизма утром
4. клизма вечером и утром

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

1. приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию, вызвать реанимационную бригаду
- + 2. вызвать реанимационную бригаду, приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию
3. внутри сердечно ввести адреналин, вызвать реанимационную бригаду
4. все перечисленное неверно

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

1. кость
2. печень
- + 3. жировая клетчатка
4. мышца

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

- + 1. томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгеновского контрастного вещества
- 2. в повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения
- 3. в получении изображения очень тонких слоев объекта
- 4. в ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта

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

01. Не являются электромагнитными

- 1. инфракрасные лучи
- + 2. звуковые волны
- 3. радиоволны
- 4. рентгеновские лучи

02. Источником электронов для получения рентгеновских лучей в трубке служит

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

03. В качестве детектора в рентгеновском автомате экспозиции (рентгеноэкспонетре) используется

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

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

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

05. Для искусственного контрастирования в рентгенологии применяются

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

РАЗДЕЛ 4. РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

01. Единицей измерения экспозиционной дозы является:

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

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

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

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

- 1. до 4 недель
- + 2. 4-25 недель
- 3. 25-40 недель
- 4. все ответы правильные

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

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

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

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

РАЗДЕЛ 5. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

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

1. в носо-подбородочной проекции
 2. в носо-лобной проекции
 3. в прямой задней проекции
 - + 4. в косой проекции по Резе
- 02. Наибольшую информацию при переломе боковой стенки глазниц дает рентгенограмма**
1. в носо-подбородочной проекции
 2. в прямой задней проекции
 3. в носо-лобной проекции
 - + 4. в аксиальной проекции
- 03. Наибольшую информацию о соотношении костей краниовертебральной области дает рентгенограмма**
1. в прямой передней проекции
 - + 2. в боковой проекции
 3. в косой проекции
 4. в носо-подбородочной проекции
- 04. Наиболее важным рентгенологическим симптомом базиллярной импрессии является**
- + 1. расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберлена на 6 мм и более
 2. уплощение базального угла в 140°
 3. углубление задней черепной ямки
 4. углубление передней черепной ямки
- 05. Наибольшую информацию о травматических поражениях костей черепа дает**
1. обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
 - + 2. компьютерная томография черепа
 3. обзорная рентгенограмма в аксиальной проекции
 4. ангиография черепа
- 06. Для выявления переломов лицевого скелета применяются**
1. задняя обзорная рентгенограмма
 2. боковая обзорная рентгенограмма
 3. аксиальная рентгенограмма
 - + 4. рентгенограмма в носо-подбородочной проекции
- 07. Гемосинус является косвенным симптомом**
1. острого синусита
 - + 2. травматического повреждения костей основания и лицевой части черепа
 3. хронического синусита
 4. остеомы придаточных пазух носа
- 08. Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют**
1. 3-6 мм
 2. 7-9 мм
 - + 3. 9-14 мм
 4. 7-16 мм
- 09. Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является**
1. трабекулярный рисунок структуры костей
 - + 2. множественные, округлой формы и различной величины очаги деструкции
 3. утолщение костей свода
 4. очаги склероза
- 10. Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает**
1. рентгенограмма черепа в проекции Шюллера
 2. рентгенограмма черепа в проекции Майера
 - + 3. рентгенограмма черепа в проекции Стенверса
 4. обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции

РАЗДЕЛ 6. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СРЕДОСТЕНИЯ

- 01. Прозрачность легочных полей при пробе Вальсальвы**
- + 1. увеличивается
 2. уменьшается
 3. не изменяется
 4. изменяется неравномерно
- 02. Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии**
1. паренхимы легкого
 - + 2. сосудов малого круга кровообращения
 3. трахео-бронхиального дерева
 4. сосудов малого круга кровообращения и трахео-бронхиального дерева
- 03. Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов**
1. восьми
 2. девяти
 - + 3. десяти

4. двенадцати
- 04. Основой сегментарного строения легкого является разветвление**
1. бронхов
 2. бронхов и легочных вен
 3. легочных артерий, бронхов и легочных вен
 - + 4. легочных артерий и бронхов
- 05. Отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней с уверенностью позволяет**
1. изображение ключиц
 2. четкость контуров задних отрезков ребер
 3. изображение ключиц и четкость контуров задних отрезков ребер
 - + 4. соотношение ширины передних и задних отрезков ребер
- 06. Отображение воздушных бронхов на фойе затемнения (полоски Флейшнера-Соколова) характерно для**
1. очаговой пневмонии
 - + 2. крупозной пневмонии
 3. экссудативного плеврита
 4. ракового ателектаза
- 07. Расширение и неструктурность корня легкого наиболее характерны для**
1. хронического бронхита
 2. хронической пневмонии
 3. хронического бронхита и хронической пневмонии
 - + 4. центрального рака
- 08. Крупную очаговую тень в легком чаще всего дает**
1. туберкулома
 - + 2. фридлендеровская пневмония
 3. солитарный метастаз
 4. гамартома
- 09. Обызвествление капсулы характерно для кисты:**
1. ретенционной
 2. эхинококковой
 3. бронхогенной
 - + 4. правильно 2 и 3
- 10. Двустороннее увеличение размеров копий легких, чаще всего, наблюдается при**
- + 1. саркоидозе
 2. септической метастатической пневмонии
 3. 2-хсторонних метастазах опухоли почки
 4. медиастинальном раке легкого
- 11. Наиболее частой аномалией развития легких является**
1. обратное расположение легких
 2. добавочная доля непарной вены
 3. трахеальный бронх
 4. четырехдолевое строение легкого
- 12. Заполненную жидкостью солитарную кисту следует дифференцировать с круглыми образованиями:**
1. паразитарной кистой
 2. доброкачественной опухолью
 3. осумкованным междолевым плевритом
 - + 4. все перечисленное верно
- 13. При разрыве главного бронха в средостении будет определяться**
1. кровь
 - + 2. воздух
 3. смещение средостения
 4. симптомов не будет
- 14. При острой пневмонии лучше при менить метод**
- + 1. рентгенологический
 2. рентгенологический и бронхоскопию
 3. рентгенологический и бронхографию
 4. бронхографию и бронхоскопию
- 15. Начальная фаза интерстициальной пневмонии проявляется изменениями**
1. усилением легочного рисунка
 - + 2. усилением и деформацией рисунка
 3. реакцией корней легких
 4. паренхиматозными инфильтратами
- 16. Воспалительные фокусы при стафилококковой пневмонии чаще локализуются в долях:**
1. нижней справа
 2. верхней слева
 3. нижних обоих легких
 - + 4. обоих легких (всех долей)
- 17. При гипостатической пневмонии, чаще всего, поражаются отделы легочных полей**

1. верхне-задние
 2. средне-задние
 - + 3. базальные
 4. средне-задние и передние
- 18. При подозрении на острую травматическую грыжу диафрагмы целесообразны**
1. рентгеноскопия
 2. рентгенография
 3. рентгенография и рентгеноскопия
 - + 4. контрастное исследование желудка и толстой кишки
- 19. Наиболее часто с абсцедированием протекает пневмония**
1. гипостатическая
 2. крупозная
 3. микоплазменная
 - + 4. стафилококковая
- 20. Наиболее характерный рентгенологический признак эмфиземы легких**
1. усиление и деформация легочного рисунка
 2. расширение легочных корней
 - 3- изменение легочного рисунка и корней-легких
 - + 4. повышение прозрачности легочных полей и обеднение рисунка
- 21. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов чаще наблюдается в возрасте**
- + 1. детском и юношеском
 2. юношеском и пожилым
 3. молодом и среднем
 4. детском, молодом и пожилым
- 22. Саркоидоз II-й стадии отличается от диссеминированного туберкулеза легких**
- + 1. характером изменений корней легких и средостения
 2. характером легочной диссеминации
 3. бронхографической картиной
 4. плевральными изменениями
- 23. В первую очередь туберкулема без распада и обызвествления должна дифференцироваться с**
1. солитарным метастазом
 - + 2. периферическим раком
 3. хондромой
 4. заполненной жидкостью кистой
- и бактериологическим исследованием пунктата
- 24. Вокруг периферического рака легкого имеется**
1. дорожка к корню
 - + 2. лучистость
 3. очаговые тени
 4. лучистость и очаговые тени
- 25. Солитарный метастаз необходимо дифференцировать с**
- + 1. доброкачественными опухолями легких
 2. ретенционной кистой
 3. очаговой пневмонией
 4. осумкованным плевритом
- 26. Для периферической саркомы легкого наиболее характерный признак**
1. большие размеры
 - + 2. быстрый рост
 3. изменения легочного рисунка в окружности
 4. однородность
- 27. Грибковое заболевание легких, проявляющееся шаровидными образованиями - это**
1. актиномикоз
 2. кандидомикоз
 - + 3. аспиргиллез
 4. кокцидиоидный микоз
- 28. Наиболее частые паразитарные заболевания легких**
1. токсоплазмоз
 2. парагонимоз
 - + 3. эхинококкоз
 4. гистоплазмоз
- 29. Характерные признаки погибшего эхинококка на рентгенограммах**
1. уменьшение размеров
 2. изменение формы
 3. уменьшение размеров и формы
 - + 4. обызвествление капсулы
- 30. Волчаночный плеврит характеризуется**
1. массивными швартами
 2. односторонним значительным выпотом

- + 3. небольшим двусторонним выпотом
- 4. зачительным двусторонним выпотом
- 31. Для целомических кист перикарда характерна локализация в средостении**
 - + 1. сердечно-диафрагмальном синусе
 - 2. средне-переднем
 - 3. средне-заднем
 - 4. ниже-заднем
- 32. Неврогенные опухоли чаще всего локализуются в**
 - + 1. парааертебральном пространстве
 - 2. пространстве Гольцкнехта
 - 3. ниже-заднем отделе средостения
 - 4. кардио-диафрагмальном синусе
- 33. Двусторонний выпот в плевральных полостях чаще бывает при заболеваниях**
 - 1. легких
 - 2. легких и сердца
 - 3. легких и полисерозите
 - + 4. сердца, почек, полисерозите
- 34. Признак кровоизлияния в легкое при травме грудной клетки**
 - + 1. массивное гомогенное затемнение, не соответствующее анатомической единице легкого
 - 2. полость в легком
 - 3. пневмоторакс
 - 4. смещение средостения
- 35. Аспирированные инородные тела чаще встречаются в**
 - 1. среднедолевом бронхе
 - 2. язычковом бронхе
 - + 3. правом нижедолевом бронхе
 - 4. левом нижедолевом бронхе

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

- 01. Складки слизистой пищевода лучше выявляются**
 - 1. при тугом заполнении бариевой взвесью
 - + 2. после прохождения жидкой бариевой взвеси при частичном спадении пищевода
 - 3. при двойном контрастировании
 - 4. при использовании релаксантов
- 02. Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является**
 - 1. введение через тонкий зонд
 - 2. проглатывание больным воздуха
 - + 3. проглатывание больным воздуха вместе с бариевой взвесью (в виде нескольких следующих друг за другом глотков)
 - 4. прием больным содового раствора и раствора лимонной кислоты
- 03. Методика Ивановой - Подобед заключается**
 - 1. в исследовании с бариевой пастой
 - 2. в двойном контрастировании пищевода
 - + 3. в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода глотком воды
 - 4. в даче ваты, смоченной бариевой взвесью
- 04. Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищеводно-желудочного перехода наилучший эффект дают фармакологические препараты из группы**
 - 1. холинолитиков – атропин, метацин
 - + 2. нитритов - амилнитрит, нитроглицерин
 - 3. ганглиоблокаторов - бускопан и др.
 - 4. холиномиметиков - морфин и др.
- 05. При экзофитных образованиях желудочно-кишечного тракта наиболее информативной методикой является**
 - + 1. стандартное рентгенологическое исследование в фазу полутугого и тугого заполнения
 - 2. первичное двойное контрастирование
 - 3. пневмография
 - 4. пневмоперитонеум
- 06. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является**
 - 1. пероральное заполнение
 - + 2. ирригоскопия
 - 3. водная клизма и супервольтная рентгенографии
 - 4. методика Шериджа
- 07. Скорлупообразное обызвествление мозаичного характера неправильной округлой или шаровидной формы в любом отделе живота - характерный признак**
 - 1. организовавшейся гематомы

2. злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта
 - + 3. паразитарной кисты
 4. тератодермоидной опухоли
- 08. Граница между глоткой и пищеводом находится на уровне**
1. черпаловидных хрящей
 2. 5 шейного позвонка
 - + 3. 6 шейного позвонка
 4. 7 шейного позвонка
- 09. В нормальных условиях продолжительность пассажа головного конца бариевой взвеси по тонкой кишке составляет**
1. 1 ч
 - + 2. 3 ч
 3. 5 ч
 4. 7 ч
- 10. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки**
- + 1. двенадцатиперстная кишка
 2. тощая кишка
 3. подвздошная кишка
 4. чревобразный отросток слепой кишки
- 11. Большой дуоденальный сосок в 75% случаев локализуется на медиальной стенке двенадцатиперстной кишки**
1. в ее верхней горизонтальной части
 - + 2. в нисходящем отделе
 3. в нижнем колене
 4. в нижней горизонтальной части
- 12. Левый купол диафрагмы располагается по отношению к правому**
1. на одном уровне
 - + 2. на одно ребро (межреберье) ниже
 3. на одно ребро (межреберье) выше
 4. ниже на вдохе, выше на выдохе
- 13. Амплитуду дыхательных движений оценивают**
1. по внутреннему отделу диафрагмы
 - + 2. по центральному отделу диафрагмы
 3. по наружному отделу
 4. по всем трем отделам (в 3 точках)
- 14. При "грудном желудке" пищевод всегда**
1. расширен
 - + 2. укорочен
 3. деформирован
 4. извилист
- 15. Выраженное расширение и удлинение дистальных отделов ободочной кишки над участком локального сужения с гладкими контурами и плавными переходами у молодого пациента наблюдаются**
1. при болезни Крона
 2. при туберкулезе
 - + 3. при мегаколоне
 4. при язвенном колите
- 16. Пищевод в виде бус, четкообразный, штопорообразный - эти названия отражают одни и те же изменения пищевода, а именно**
1. множественные дивертикулы
 - + 2. эзофагоспазм
 3. вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита
 4. варикозное расширение вен
- 17. При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается**
1. в верхней трети
 2. в средней трети
 3. в дистальной трети
 - + 4. в местах физиологических сужений
- 18. Язвы пищевода чаще располагаются**
1. на передней стенке
 2. на задней стенке
 3. на боковых стенках
 - + 4. на задней и боковых стенках
- 19. Стойкое сужение пищевода протяженностью до 5 см с неровными контурами и ригидными стенками, нарушение проходимости пищевода, отсутствие нормального рельефа слизистой с симптомом обрыва складки - рентгенологические симптомы**
1. эзофагоспазма
 2. рубцовой стриктуры
 - + 3. эндофитного рака

4. вторичных изменений пищевода при хроническом медиастините
- 20. Методикой, уточняющей распространение опухолевой инфильтрации стенки пищевода, является**
 1. многопроекционное исследование пищевода с бариевой взвесью
 2. двойное контрастирование пищевода
 - + 3. компьютерная томография
 4. исследование пищевода с фармакологическими релаксантами
- 21. Для кандидомикоза пищевода характерен его "разлохмаченный" контур**
 - + 1. в средней и нижней третях грудного отдела пищевода. Могут определяться изъязвления и узловатые дефекты наполнения
 2. наиболее выражен в средней и нижней третях пищевода. Дефекты на контурах и на рельефе имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положения больного и фазы дыхания
 3. в нижней трети пищевода
- 22. Типичной локализацией эзофаго-бронхиальных свищей является**
 - + 1. уровень бифуркации трахеи
 2. аортальный сегмент
 3. ретрокардиальный сегмент
 4. дистальный отдел пищевода
- 23. Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода**
 1. варикозное расширение вен и рак
 2. чашеподобная карцинома и язва
 - + 3. стенозирующий кардио-эзофагеальный рак и кардиоспазм
 4. рубцовое сужение после ожога и изменения при склеродермии
- 24. Остроконечная ниша малой кривизны тела желудка до 1 см в диаметре, выступающая за контур, с симметричным валом, эластичной стенкой вокруг может быть**
 - + 1. при доброкачественной язве
 2. при пенетрирующей язве
 3. при озлокачественной язве
 4. при инфильтративно-язвенном раке
- 25. В пилородуоденальной области рубцово-язвенный стеноз чаще встречается на уровне**
 1. препилорического отдела желудка
 2. привратника
 - + 3. луковицы двенадцатиперстной кишки
 4. постбульбарного отдела
- 26. Определяющими симптомами эндофитного (инфильтративного) рака желудка являются**
 1. уменьшение размеров желудочного пузыря, отсутствие перистальтики, нарушение эвакуации из желудка
 2. центральный дефект наполнения, дефект на рельефе, дополнительная тень на фоне газового пузыря желудка
 - + 3. укорочение малой кривизны желудка, ригидность его стенок, отсутствие складок, микрогастрия
 4. дефект наполнения, атипичный рельеф, нарушение перистальтики
- 27. Из злокачественных опухолей двенадцатиперстной кишки чаще встречаются**
 1. лимфомы
 2. метастазы
 3. лейомиосаркомы
 - + 4. раки
- 28. Петля двенадцатиперстной кишки развернута, контур кишки на ограниченном участке деформирован, ригиден, имеется симптом полутени (кулис) и признаки разрушения слизистой. Ваше заключение**
 1. панкреатит
 - + 2. рак головки поджелудочной железы
 3. дуоденит
 4. перидуоденит
- 29. Прямым рентгенологическим признаком абсцесса брюшной полости является**
 1. ограниченное затемнение брюшной полости
 2. смещение органов, окружающих участок затемнения
 3. ограниченный парез соседних кишечных петель
 - + 4. горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости
- 30. Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются**
 1. свободный газ в брюшной полости
 2. свободная жидкость в брюшной полости
 - + 3. арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике
 4. нарушение топографии желудочно-кишечного тракта

РАЗДЕЛ 8. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 01. Рентгенография с прямым увеличением изображения применяется**
 1. для уточнения характера контуров патологического образования
 - + 2. для уточнения наличия микрокальцинатов

3. для выявления патологического образования при плотном фоне, полученном на обзорных маммограммах
4. для выявления патологического образования в инволютивных молочных железах
- 02. Контрольные рентгенологические исследования при выраженной степени смешанной формы мастопатии необходимо проводить в сроки**
1. через 6 месяцев
 - + 2. через 1 год
 3. через 1,5-2 года
 4. через 3 года
- 03. Наибольшее дифференциально-диагностическое значение между узловой формой мастопатии и злокачественным новообразованием имеет**
1. нечеткость контуров
 2. симптом гиперваскуляризации
 - + 3. изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла
 4. наличие глыбчатых кальцинатов
- 04. На фоне железистой ткани липома молочной железы выявляется в виде**
1. затемнения с четкими и ровными контурами
 - + 2. просветления с четкими и ровными контурами
 3. на фоне железистой ткани липома не выделяется
 4. затемнения с четкими и ровными контурами и ободком просветления по периферии
- 05. Применение ультразвукового исследования ограничено**
1. при рентгенологически установленных плотных молочных железах
 2. при исследовании инволютированных молочных желез
 3. при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей
 - + 4. при выявлении микрокальцинатов

РАЗДЕЛ 9. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- 01. Частью вертлужной впадины, покрытой суставным хрящом, является**
1. только крыша вертлужной впадины
 2. только дно вертлужной впадины
 3. крыша и дно вертлужной впадины
 - + 4. полулунная поверхность вертлужной впадины
- 02. У первого шейного позвонка (атланта) отсутствует**
- + 1. тело
 2. дуга
 3. боковые массы
 4. поперечные отростки
- 03. Наиболее массивный остистый отросток имеет**
- + 1. VII шейный позвонок
 2. V шейный позвонок
 3. III шейный позвонок
 4. II шейный позвонок
- 04. Форма межпозвоночного диска L5-S1 в норме**
1. лентовидная
 2. клиновидная с расширением кпереди
 3. клиновидная с расширением кзади
 4. клиновидная с расширением латерально
 - + 5. правильно 1 и 2
- 05. Наиболее частым видом травмы костей запястья является**
1. перелом полулунной кости
 2. перилунарный вывих кисти
 - + 3. перелом ладьевидной кости
 4. перелом трехгранной кости
- 06. Решающим для распознавания и определения вида вывиха шейных позвонков является соотношение**
1. тел позвонков
 2. остистых отростков
 3. дуг позвонков
 - + 4. суставных отростков
- 07. К признакам, обычно сопровождающим клиновидную компрессию тела позвонка, относятся**
1. деформация переднего контура в виде ступеньки или угла
 2. угловая деформация верхней площадки
 3. уплотнение костной структуры
 4. увеличение передне-заднего размера тела
 - + 5. правильно 1 и 2
- 08. Перелом поперечного отростка позвонка чаще наблюдается**
1. в шейном отделе
 2. в грудном отделе
 - + 3. в поясничном отделе

4. в шейном и грудном отделе
- 09. Наиболее частой локализацией поражений костей от перегрузки в здоровом скелете является**
 1. шейка бедренной кости
 2. большеберцовая кость
 - + 3. плюсневые кости
 4. малоберцовая кость
- 10. Дистрофические изменения в суставах рано присоединяются к**
 - + 1. эпифизарной дисплазии
 2. мраморной болезни
 3. фиброзной дисплазии
 4. мелореостозу
- 11. Симптомом «вздутия» кости сопровождается**
 1. спондило-эпифизарная дисплазия
 2. арахнодактилия
 - + 3. фиброзная дисплазия
 4. несовершенный остеогенез
- 12. Для гематогенного гнойного остеомиелита в длинных костях характерно поражение**
 1. диафиза
 2. эпифиза
 - + 3. метафиза
 4. диафиза и эпифиза
- 13. Изменения со стороны кости и надкостницы при гематогенном остеомиелите у взрослых появляются в сроки**
 1. 7-10 дней
 - + 2. 2-3 недели
 3. 1-1,5 месяца
 4. 2 месяца
- 14. Гиперостоз характерен для**
 1. острой стадии остеомиелита
 2. подострой стадии остеомиелита
 - + 3. хронической стадии остеомиелита
- 15. При локализации остеомиелита в плоских и губчатых костях отсутствует**
 1. деструкция
 2. остеосклероз
 3. секвестр
 - + 4. периостальная реакция
- 16. Для туберкулезного остита характерны**
 - + 1. деструкция костной ткани
 2. периостальная реакция
 3. регионарный остеопороз
 4. атрофия кости
- 17. Краевое расположение деструктивного очага в диафизе длинной кости характерно для**
 1. кортикального остеомиелита
 2. сифилитического остеоperiостита
 3. остеонидной остеомы
 4. для эозинофильной гранулемы
 - + 5. правильно 1 и 2
- 18. Костно-хрящевые экзостозы не встречаются**
 1. в костях таза
 2. в ребрах
 3. в позвоночнике
 - + 4. в своде черепа и костях лица
- 19. Остеонид-остеома чаще всего располагается**
 - + 1. в корковом слое диафизов и метафизов длинных костей
 2. в костях свода черепа
 3. в губчатом веществе суставных концов длинных костей
 4. в телах позвонков
- 20. Для злокачественных опухолей наиболее характерной является периостальная реакция, проявляющаяся**
 1. линейной тенью
 2. слоистыми пер и остальными напластованиями
 - + 3. периостальным козырьком
 4. кружевным рисунком периостальных наслоений
- 21. Из числа названных опухолей костей близко напоминают по своим клиническим особенностям и рентгенологической картине остеомиелит**
 1. хондросаркома
 2. метастазы рака
 - + 3. саркома Юинга

- 22. Остеобластические метастазы в кости наиболее характерны для рака**
1. легких
 2. почки
 3. щитовидной железы
 - + 4. предстательной железы
- 23. Из перечисленных типов для остеомалиции характерна**
1. множественная неравномерная деформация по типу "клиновидных" или "рыбьих позвонков"
 - + 2. множественная равномерная деформация по типу "рыбьих" позвонков
 3. множественная равномерная деформация по типу "плоских" позвонков
 4. множественная клиновидная деформация
- 24. После трансплантации почки со стороны скелета чаще всего развивается**
1. остеопороз
 2. остеомалиция
 3. гиперпаратиреоидная остеодистрофия
 - + 4. асептические некрозы костей
- 25. Из перечисленных отделов скелета излюбленно поражаются асептическим некрозом**
1. метафизы длинных костей
 2. апофизы
 - + 3. суставные головки
 4. суставные впадины
- 26. Наиболее частой причиной равномерной патологической компрессии тела позвонка в виде узкой костной пластинки (vertebra plana) является**
1. асептический некроз
 - + 2. эозинофильная гранулема
 3. злокачественная опухоль
 4. туберкулезный спондилит
- 27. Наиболее характерным рентгенологическим симптомом для лимфогранулематоза при контактном поражении кости является**
- + 1. краевая деструкция
 2. остеонекроз
 3. остеопороз
 4. гиперостоз
- 28. При саркоидозе преимущественно поражается**
1. проксимальный отдел конечности
 - + 2. дистальный отдел конечности
 3. позвоночник
 4. череп
- 29. Для туберкулезного артрита наиболее характерно**
1. краевые эрозии суставных поверхностей костей
 2. деструкция центральных отделов суставных поверхностей
 - + 3. контактная деструкция с противоположных сторон от суставной щели с резким сужением
 4. кистевидные образования в параартикулярных отделах костей
- 30. Наиболее рано поражаются при ревматоидном артрите**
1. крупные суставы конечностей
 - + 2. суставы кистей и стоп
 3. межпозвоночные суставы
 4. височно-нижнечелюстные
- 31. Наиболее ранним рентгенологическим признаком сакроилеита при ревматических заболеваниях является**
1. параартикулярный склероз губчатой кости
 2. расширение суставной щели
 3. сужение суставной щели
 - + 4. нечетливость замыкающих пластинок крестцово-подвздошных сочленений
- 32. При костном анкилозе сустава определяющим признаком является**
1. отсутствие рентгеновской суставной щели
 2. невозможность очертить контуры суставных концов костей на рентгенограммах
 - + 3. переход костных балок с одного суставного конца на другой
 4. субхондральный склероз
- 33. Переднее смещение поясничных позвонков может вызвать**
1. остеохондроз позвоночника
 2. спондилоартроз
 3. односторонний спондилолиз
 4. двусторонний спондилолиз
 - + 5. правильно 3 и 4
- 34. Заднее смещение позвонков может вызвать**
1. остеохондроз позвоночника
 2. фиксирующий гипостоз

- 3. спондилоартроз
- 4. фиброз дисков
- + 5. повреждение диска

РАЗДЕЛ 10. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА

- 01. Почечную колику на экскреторной урограмме можно предположить на основании**
- + 1. пиелозктазии
 - 2. пузырно-мочеточникового рефлюкса
 - 3. оттеснения верхней группы чашечек
 - 4. деформации наружных контуров почки
- 02. К симптомам опухоли почки относятся**
- + 1. ампутация чашечки
 - 2. слабая нефрографическая фаза
 - 3. уменьшение размеров почки
 - 4. гипотония чашечек и лоханки
- 03. Для выявления состояния лоханки и чашечек при "выключенной почке" следует использовать**
- 1. инфузионную урографию
 - + 2. ретроградную пиелографию
 - 3. обзорную рентгенографию
 - 4. компьютерную томографию
- 04. В норме верхний полюс правой почки по сравнению с левой располагается ниже**
- + 1. на 1-2 см
 - 2. на 3-4 см
 - 3. на 5-6 см
 - 4. на 10 см
- 05. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей тень мочевого пузыря**
- + 1. выявляется редко
 - 2. выявляется всегда
 - 3. никогда не выявляется
 - 4. отлично выявляется
- 06. На интенсивность изображения мочевых путей при экскреторной урографии влияют следующие внутрпочечные факторы**
- + 1. состояние выделительной функции
 - 2. динамика мочевых путей
 - 3. тонус сосудистого русла
 - 4. тип строения чашечно-лоханочной системы
- 07. К наиболее частым заболеваниям почек относятся**
- 1. гломерулонефрит
 - + 2. пиелонефрит
 - 3. нефроптоз
 - 4. опухоли
- 08. Для кисты в нефрографической фазе характерны**
- 1. неравномерное контрастирование паренхимы
 - 2. слабое контрастирование паренхимы
 - + 3. дефект паренхимы
 - 4. отсутствие нефрографической фазы
- 09. Наследственный характер заболевания свойственен**
- + 1. для поликистоза
 - 2. для медуллярной кистозной болезни
 - 3. для мультикистозной почки
 - 4. для солитарной кисты
- 10. При экскреторной урографии патогномоничным симптомом при уретероцеле является**
- 1. расширение мочеточника
 - 2. деформация мочевого пузыря
 - + 3. ободок "просветления" вокруг гомогенной тени округлой или овальной формы
 - 4. отсутствие контрастирования мочевых путей на соответствующей стороне