

РЕДАКЦИЯ 2017

Тестовые задания для аттестации специалистов по специальности «Рентгенология»

Общий свод тестовых заданий

Традиционная рентгенодиагностика

Раздел 1.1 Рентгенология. Голова и шея

Раздел 1.2. Рентгенология. Легкие средостение

Раздел 1.3. Рентгенология. Органы брюшной полости

Раздел 1.4 Органы мочевыводящей и репродуктивной систем

Раздел 1.5 Рентгенология. Скелетно-мышечная система

Раздел 1.6 Рентгенология. Сердечно-сосудистая система

Раздел 1.7. Рентгенология. Общие вопросы

Раздел 1.8. Рентгенология. Педиатрия

КТ

Раздел 2.1 КТ. Голова и шея

Раздел 2.2 КТ. Легкие средостение

Раздел 2.3 КТ. Органы брюшной полости

Раздел 2.4 КТ. Органы мочевыводящей и репродуктивной систем

Раздел 2.5 КТ. Скелетно-мышечная система

Раздел 2.6 КТ. Сердечно-сосудистая система

Раздел 2.7 КТ. Общие вопросы

МРТ

Раздел 3.1 МРТ. Голова и шея

Раздел 3.2 МРТ. Органы брюшной полости

Раздел 3.3 МРТ. Органы мочевыводящей и репродуктивной систем

Раздел 3.4 МРТ. Скелетно-мышечная система

Раздел 3.5 МРТ. Сердечно-сосудистая система

Раздел 3.6 МРТ. Общие вопросы

Маммология

Раздел 4.1 Маммология

Раздел 4.2 Основы УЗИ в маммологии

Специализация "Традиционная рентгенодиагностика"

Раздел 1.1. Рентгенология. Голова и шея

Тестовые вопросы
<p>Наиболее частой локализацией остеом черепа является</p> <p>А. пазуха клиновидной кости Б. клетки решетчатого лабиринта В. пазуха лобной кости Г. верхнечелюстная пазуха</p>
<p>Рентгеносемиотика опухоли внутреннего уха (невриномы) включает</p> <p>А. склероз пирамиды Б. расширение внутреннего слухового прохода В. пороз пирамиды Г. сужение внутреннего слухового прохода</p>
<p>Наибольшую информацию о состоянии всех придаточных пазух носа дают</p> <p>А. обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях Б. прямая рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции В. рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции Г. рентгенограмма черепа полуаксиальная в подбородочной проекции с открытым ртом</p>
<p>Наиболее быстрая динамика рентгенологической картины отека слизистой верхнечелюстных пазух наблюдается при</p> <p>А. подостром гайморите Б. остром гайморите В. вазомоторной риносинусопатии Г. обострении хронического гайморита</p>
<p>Затемнение лобной пазухи при мукоцеле имеет</p> <p>А. однородный характер и нечеткие контуры Б. неоднородный характер и четкие контуры В. полуовальную форму по нижней стенке Г. однородный характер с остеосклеротическим ободком</p>
<p>Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом злокачественной опухоли пазухи является</p> <p>А. затемнение пазухи Б. изменение величины и формы пазухи В. дополнительная тень на фоне пазухи Г. костная деструкция</p>
<p>Гемосинус является косвенным признаком</p> <p>А. острого синусита Б. травматического повреждения костной стенки пазухи В. хронического синусита Г. полипов околоносовых пазух</p>
<p>Пневматоцеле свода черепа является косвенным симптомом</p> <p>А. остеосаркомы костей свода черепа Б. воспалительного поражения костей свода черепа В. травматического повреждения костей черепа Г. эпидермоидной кисты свода черепа</p>
<p>Для определения состояния костей лицевого скелета применяется</p> <p>А. рентгенография в носо-подбородочной проекции Б. аксиальная рентгенограмма черепа В. обзорная боковая рентгенограмма Г. обзорная задняя рентгенограмма</p>
<p>К вариантам переломов костей свода черепа относятся</p> <p>А. косой перелом с расхождением отломков Б. поперечный перелом</p>

<p>В. продольный перелом Г. вдавленный перелом</p>
<p>Для диагностики перелома костей основания черепа рекомендуется выполнить А. рентгенограммы пирамид височных костей по Шюллеру-Майеру Б. обзорную рентгенограмму черепа в прямой проекции В. обзорную рентгенограмму в боковой проекции Г. рентгенограмму в лобно-носовой проекции</p>
<p>Исследование канала зрительного нерва возможно на А. обзорной краниограмме в задней проекции Б. косой рентгенограмме черепа по Резе В. рентгенограмме в лобной проекции Г. рентгенограмме в носо-подбородочной проекции</p>
<p>Наибольшую информацию о травматических поражениях костей черепа дает А. обзорная рентгенограмма в прямой и в боковой проекциях Б. ангиография В. КТ черепа Г. краниограмма в аксиальной проекции</p>
<p>Для определения инородного тела глазницы рекомендуются А. рентгенограммы черепа в носо-лобной, обзорных задней и боковой проекциях Б. рентгенограмма в прямой задней обзорной проекции В. рентгенограмма в обзорной боковой проекции Г. обзорная прямая рентгенограмма</p>
<p>Возрастные особенности черепа включают А. состояние швов Б. рисунок сосудистых борозд В. выраженное развитие пальцевидных вдавлений Г. развитие выпукников</p>
<p>Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является А. увеличение размеров турецкого седла Б. повышение пневматизации клиновидных пазух В. понижение пневматизации клиновидных пазух Г. остеопороз спинки турецкого седла</p>
<p>Порок развития черепа - уплощение изгиба основания, носит название А. аномалия Кимерли Б. платибазия В. базилярная импрессия Г. симптом Арнольда-Киари</p>
<p>При хроническом среднем отите преобладает А. пневматическая структура сосцевидного отростка Б. смешанная структура сосцевидного отростка В. диплоическая структура сосцевидного отростка Г. склеротическая структура сосцевидного отростка</p>
<p>В отличии от фиброзной дисплазии при остеоме в лобной пазухе выражено А. неизмененное материнское ложе опухоли Б. наличие ножки опухоли В. наличие участка обызвествления Г. остеопороз стенки пазухи</p>
<p>Характерным симптомом острого синусита является А. гомогенное затемнение пазухи Б. интенсивные пристеночные наслоения В. горизонтальный уровень жидкости в пазухе Г. изменение формы пазухи.</p>
<p>В кости черепа чаще всего метастазирует А. рак желудка Б. рак легких В. рак толстой кишки</p>

Г. рак поджелудочной железы
К часто встречающимся доброкачественным опухолям костей свода черепа относятся А. остеома Б. гемангиома В. остеохондрома Г. эпидермоидная киста
Наиболее информативным методом исследования черепно-мозговых травм является А. КТ Б. ангиография В. обзорная краниография в двух проекциях Г. томография линейная
Для выявления локализации инородного тела в околоносовой пазухе рекомендуется А. контрастное исследование пазухи Б. зонография лицевого скелета в прямой проекции В. обзорная краниография в прямой и в боковой проекциях Г. томография лицевого скелета
Наиболее частой причиной возникновения среднего отита является А. наружный отит Б. тубоотит В. травматическое повреждение уха Г. инфекционное заболевание
Наиболее частым осложнением хронического гнойного отита является А. невринома Б. тубоотит В. холестеатома Г. синусит
Для выявления врожденных аномалий среднего и внутреннего уха показаны А. обзорные краниограммы в прямой и в боковой проекциях Б. рентгенограмма височных костей в косой и осевой проекциях В. КТ височных костей Г. линейная томография височных костей
К рентгенологическим признакам отосклероза относится А. уплотнение костного лабиринта внутреннего уха с очагами разрежения Б. деструкция пирамиды височной кости В. склероз пирамиды височной кости Г. остеопороз пирамиды височной кости
Основными симптомами характерными для адгезивного отита являются А. постепенное ухудшение слуха и наличие шума в ухе Б. гноетечение из уха В. шум в ушах Г. кровотечение из уха
Для адгезивного отита характерна рентгенологическая картина А. деструкция костной структуры в аттико-антральной области Б. склероз костной ткани пирамиды и сосцевидного отростка височной кости В. образование фистулы полукружного горизонтального канала Г. костный дефект наружной стенки аттика
Оптимальным методом для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазуховой кист является А. томография черепа в аксиальной проекции Б. КТ В. ангиография Г. контрастная гайморография
Рентгенологические изменения среднего уха после радикальной операции – это А. костный дефект в верхней части «пещеры» Б. деструкция пирамиды височной кости

<p>В. округлой формы костный дефект в аттико-антральной области с четкими, ровными контурами, широко соединенный с наружным слуховым проходом</p> <p>Г. костный дефект на верхушке сосцевидного отростка</p>
<p>Рентгенологическая картина субпериостального абсцесса сосцевидного отростка проявляется наличием</p> <p>А. костного дефекта, прилежащего к замыкательной пластинке сосцевидного отростка</p> <p>Б. уплотнения костной структуры сосцевидного отростка</p> <p>В. костной полости в центре сосцевидного отростка</p> <p>Г. понижением прозрачности клеток сосцевидного отростка</p>
<p>Причиной эмфиземы глазницы могут быть</p> <p>А. ранение глазницы</p> <p>Б. перелом стенок лобных пазух</p> <p>В. перелом костей носа</p> <p>Г. перелом основания черепа</p>
<p>Наиболее характерным симптомом краниофарингиомы является</p> <p>А. очаг костной деструкции в спинке турецкого седла</p> <p>Б. патологическое обызвествление в области турецкого седла</p> <p>В. затемнение клиновидных пазух</p> <p>Г. изменение формы и величины турецкого седла</p>
<p>Гиперостоз костной пластинки черепа часто сопровождается</p> <p>А. астроцитому</p> <p>Б. глиобластому</p> <p>В. менингеому</p> <p>Г. метастазы рака</p>
<p>Изменения структуры костей основания черепа при фиброзной дисплазии сводятся к</p> <p>А. остеопорозу</p> <p>Б. гиперостозу</p> <p>В. деструкции</p> <p>Г. остеосклерозу</p>
<p>Изменения в костях свода черепа при фиброзной деформирующей остеодистрофии характеризуются</p> <p>А. очагами уплотнения костной структуры в сочетании с утолщением кости</p> <p>Б. ограниченным утолщением кости</p> <p>В. диффузным утолщением кости</p> <p>Г. округлыми очагами костной деструкции</p>
<p>Вздутие нижней челюсти характерно для</p> <p>А. остеосаркомы</p> <p>Б. одонтогенного остеомиелита</p> <p>В. амфиобластомы</p> <p>Г. одонтомы</p>
<p>Симптом вздутия кости свода черепа наблюдается при</p> <p>А. остеосаркоме</p> <p>Б. остеоме</p> <p>В. фиброзной дисплазии</p> <p>Г. остеомиелите</p>
<p>Наиболее характерным симптомом периферической менингиомы является</p> <p>А. ограниченный остеосклероз</p> <p>Б. ограниченный гиперостоз</p> <p>В. очаг костной деструкции</p> <p>Г. очаг патологического обызвествления</p>
<p>Рентгеносемиотика хондроперихондрита гортани включает</p> <p>А. утолщение мягких тканей гортани и беспорядочное обызвествление ее хрящей</p> <p>Б. отсутствие окостенения хрящей гортани</p> <p>В. окостенение хрящей гортани</p> <p>Г. обызвествление голосовых складок</p>

<p>К рентгенологическим симптомам травмы гортани чаще относятся</p> <p>А. перелом щитовидного хряща Б. перелом подъязычной кости В. вывих черпаловидных хрящей Г. отрыв гортани от трахеи</p>
<p>Рентгенологическим симптомом ларингита является</p> <p>А. расширение гортанных желудочков Б. утолщение всех элементов гортани при сохранении их подвижности В. утолщение надгортанника Г. неподвижность элементов гортани</p>
<p>Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи является</p> <p>А. утолщение превертебральных мягких тканей с воздухом в виде «пузырьков» и «полосок» Б. симптом «стрелки» В. отек надгортанника Г. сужение просвета гортани</p>
<p>При аномалии Кимерли рентгенологически определяется</p> <p>А. наличие костного канала на месте борозды позвоночной артерии на задней дуге атланта Б. ассимиляция атланта с затылочной костью В. выпрямление шейного лордоза шейного отдела позвоночника Г. незаращение задней дуги атланта</p>
<p>Увеличение объема пазухи наблюдается при</p> <p>А. при кисте Б. при хроническом гайморите В. при полипозе Г. при злокачественных опухолях</p>
<p>При злокачественной опухоли пазухи наиболее достоверным признаком является</p> <p>А. затемнение пазухи Б. изменение величины и формы пазухи В. деструкция костных стенок пазухи Г. дополнительная тень на фоне пазухи</p>
<p>Наиболее информативным методом исследования гортани является</p> <p>А. рентгеноскопия шеи Б. обзорная рентгенография шеи В. контрастная ларингография Г. функциональная томография гортани</p>
<p>Внутренняя ларингоцеле (воздушная киста) гортани располагается на</p> <p>А. надгортаннике Б. подскладочном отделе В. вестибулярной складке Г. голосовой складке</p>
<p>К рентгено семиотике рака гортани не относится</p> <p>А. расширение гортанных желудочков Б. нарушение подвижности элементов гортани В. наличие дополнительной тени с нечеткими, неровными контурами Г. отсутствие дифференциации элементов гортани в месте поражения</p>
<p>Для изучения состояния грушевидных синусов оптимальной методикой является</p> <p>А. боковая ларингография Б. томография в боковой проекции В. фронтальная томография в передней проекции Г. контрастная фарингография</p>
<p>Основной областью локализации срединных кист шеи является</p> <p>А. подскладочное пространство гортани Б. складочный отдел гортани В. преднадгортанниковое пространство Г. надгортанник</p>

<p>Основным методом для определения боковых (бранхиогенных) кист шеи является</p> <p>А. рентгенограмма шеи в прямой и боковой проекциях Б. КТ и УЗИ В. томография шеи Г. фистулография</p>
<p>К рентгенологическому симптому аденоидов относится дополнительная тень в</p> <p>А. полости носа Б. гортаноглотке В. ротоглотке Г. носоглотке</p>
<p>Основным методом диагностики заболеваний щитовидной железы является</p> <p>А. томография щитовидной железы Б. рентгенография шеи в прямой проекции В. УЗИ Г. рентгенологическое исследование с контрастированным пищеводом в двух проекциях</p>
<p>Незначительное гомогенное затемнение нескольких пазух одновременно наблюдается при</p> <p>А. хроническом синусите Б. опухоли пазухи В. нарушении аэрации пазух, связанное с патологией носовой полости Г. остром синусите</p>
<p>Перелом нижней челюсти в рентгенологическом изображении проявляется</p> <p>А. наличием линии перелома Б. несоответствием суставных поверхностей в височно-нижнечелюстном суставе В. склерозом нижней челюсти Г. наличием мягкотканого компонента</p>
<p>Ортопантомография (панорамный снимок) применяется для оценки</p> <p>А. верхней челюсти Б. нижней челюсти В. верхней и нижней челюстей и всех зубов Г. состояния зубов</p>
<p>Злокачественная опухоль зрительного нерва приводит в первую очередь к</p> <p>А. деструкции стенок глазницы Б. деструкции костей основания черепа В. одностороннему экзофтальму Г. деструкции отверстия канала зрительного нерва</p>
<p>К рентгенологическому симптому гемиатрофии головного мозга относятся изменения свода черепа в виде</p> <p>А. деструкции костей свода черепа Б. утолщения костей свода черепа В. истончения костей свода черепа Г. расхождения швов свода черепа</p>
<p>Характерным симптомом первично костной злокачественной опухоли свода черепа является</p> <p>А. мягкотканый компонент Б. очаг склероза В. очаг деструкции кости неправильной формы Г. картина спикурообразного периостита</p>
<p>Очаг остеолита в костях свода черепа может самопроизвольно исчезнуть при</p> <p>А. миеломе Б. остеомиелите В. метастазе опухоли Г. эозинофильной гранулемы</p>
<p>К патогномичным рентгенологическим признакам ушной холестеатомы относится</p> <p>А. деструкция слуховых косточек Б. фистула наружного полукружного канала</p>

<p>В. деструкция наружной стенки аттика Г. округлой формы костный дефект со склеротическим ободком в среднем ухе</p>
<p>Доброкачественная опухоль слухового нерва (невринома) проявляется рентгенологическим симптомом А. остеопороза пирамиды височной кости Б. расширения внутреннего слухового прохода В. сужение внутреннего слухового прохода Г. склероза пирамиды височной кости</p>
<p>При лабиринтите внутреннего уха рентгенологически определение наличия фистулы между антрумом и горизонтальным полукружным каналом возможно на А. обзорной боковой рентгенограмме Б. косом снимке черепа по Шюллеру В. поперечном снимке височной кости по Стенверсу Г. осевом снимке височной кости по Майеру</p>
<p>При хроническом воспалительном процессе среднего уха тип строения сосцевидного отростка становится А. смешанным Б. склеротическим В. спонгиозным Г. пневматическим</p>
<p>Основным методом диагностики невриномы слухового нерва на начальном этапе являются А. отоневрологическое обследование Б. осевой снимок височной кости по Майеру В. отоневрологическое обследование и косой снимок по Шюллеру Г. отоневрологическое обследование и рентгенография височных костей по Стенверсу</p>
<p>Для выявления состояния решетчатого лабиринта оптимальной проекцией является А. косая рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции Б. рентгенограмма черепа в проекции по Резе В. обзорная краниограмма в боковой проекции Г. рентгенограмма черепа в аксиальной проекции</p>
<p>Основным рентгенологическим симптомом кист околоносовых пазух является А. округлое гомогенное замещение на широком основании Б. тень с полициклическими контурами на фоне просвета пазухи В. овальной формы пристеночное утолщение Г. округлый дефект стенки пазухи</p>
<p>Утолщение слизистой оболочки с наиболее быстрой динамикой в верхнечелюстной пазухе наблюдается при А. обострении хронического гайморита Б. остром гайморите В. вазомоторном риносинусите Г. подостром воспалительном процессе</p>
<p>Злокачественная опухоль, разрушающая на ранних стадиях стенки костных полостей А. аденокарцинома Б. лимфома В. плоскоклеточная карцинома Г. меланома</p>
<p>Наиболее распространены одонтогенные кисты А. латеральные периодонтальные Б. корневые В. ботриоидные Г. неодонтогенные</p>
<p>Переломы носа часто выявляются при А. томографии Б. прицельной касательной рентгенограмме</p>

<p>В. обзорной рентгенографии носа Г. рентгенограмме черепа в аксиальной проекции</p>
<p>Продольный перелом пирамиды височной кости определяется на рентгенограммах А. в носо-лобной проекции Б. в проекции по Стенверсу В. в аксиальной проекции по Майеру Г. в обзорной прямой задней рентгенограмме черепа</p>
<p>Воздушная киста гортани (ларингоцеле) располагается А. в черпалонадгортанной складке и вестибулярной складке Б. в подскладочном отделе В. кнутри от щитовидной пластинки Г. в голосовых складках</p>
<p>Наиболее информативной для исследования турецкого седла является А. рентгенограмма черепа в прямой проекции Б. рентгенограмма черепа в затылочной проекции В. рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции Г. прицельная рентгенограмма черепа в боковой проекции</p>
<p>Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют А. 5 - 7 мм Б. 4 - 10 мм В. 7 - 12 мм Г. 9- 15 мм</p>
<p>Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют А. 5 - 7 мм Б. 4 - 10 мм В. 6 - 10мм Г. 7-13 мм</p>
<p>Возрастные особенности черепа включают А. выраженность развития пальцевых вдавлений Б. рисунок сосудистых борозд В. окостенение швов и уменьшение слоя губчатого вещества Г. развитие выпускников</p>
<p>К обызвествлениям нормальных физиологических образований черепа относится все нижеперечисленные, кроме А. твердой мозговой оболочки в типичных местах Б. шишковидной железы В. сосудистых сплетений боковых желудочков и стенок сосудов Г. сосудистых сплетений</p>

Раздел 1.2 Рентгенология. Легкие средостение

Тестовые вопросы
<p>Какое из следующих заболеваний легких классифицируется как расстройство, связанное с курением? А. Диффузный панбронхолит Б. Обычная интерстициальная пневмония В. Идиопатический легочный фиброз Г. Десквамативная интерстициальная пневмония</p>
<p>Линии Керли В представляют собой одно из следующих состояний А. Расширение периферических вен, легочная гипертензия Б. Расширение капилляров В. Расширение протоков лимфатической системы Г. Утолщение междольковых перегородок</p>

<p>Какое из следующих состояний, скорее всего, может вызвать пневмоторакс?</p> <p>А.. Синдром Бурхава (Boerhaave) Б. Десквамативная интерстициальная пневмония В. Разрыв бронха в 4 см от килля Г. Метастазы остеогенной саркомы</p>
<p>Какое из следующих рентгенологических признаков ассоциируется с аллергическим бронхолегочным аспергиллезом?</p> <p>А. Симптом серпа Б. Центральные бронхоэктазы В. знак «Halo» Г. Утолщение плевры</p>
<p>Где из перечисленного наиболее распространенное место для грыжи Морганьи?</p> <p>А. Левый кардиодиафрагмальный угол Б. Правый кардиодиафрагмальный угол В. Левый рёберно-позвоночный угол Г. Право рёберно-позвоночный угол</p>
<p>Рентгеноскопия дает возможность изучить</p> <p>А. структуру корней легких Б. легочный рисунок В. подвижность диафрагмы Г. морфологию инфильтрата в легком</p>
<p>Исследованием первого выбора в диагностике заболеваний легких является</p> <p>А. рентгеноскопия Б. рентгенография в прямой проекции В. рентгенография в прямой и боковой проекциях Г. рентгеновская компьютерная томография</p>
<p>Исследование пищевода в диагностике патологии заболеваний органов грудной полости помогает при</p> <p>А. праволежащей аорте Б. перикардите В. увеличении корневых лимфоузлов Г. тимоме</p>
<p>Пространственное разрешение обычной рентгенографии</p> <p>А. идентично рентгеноскопии Б. идентично цифровой флюорографии В. выше цифровой флюорографии Г. ниже цифровой флюорографии</p>
<p>Линейная томография необходима в выявлении</p> <p>А. увеличенных лимфоузлов бифуркации трахеи Б. внутрибронхиальной опухоли В. малого количества выпота в плевральной полости Г. воздуха в средостении</p>
<p>Прозрачность легочных полей при пробе Вальсальвы</p> <p>А. увеличивается Б. уменьшается В. не изменяется Г. изменяется неравномерно</p>
<p>Проба Вальсальвы наиболее эффективна в диагностике</p> <p>А. эхинококковой кисты легкого Б. междолевого осумкованного плеврита В. артерио-венозной аневризмы легкого Г. закрытого абсцесса легкого</p>
<p>Кровенаполнение в легких при пробе Мюллера</p> <p>1. не изменяется 2. увеличивается 3. уменьшается</p>

4. увеличивается в базальных отделах
Легочной рисунок при пробе Мюллера
1. усиливается 2. обедняется 3. не изменяется 4. обогащается
Рентгенограммы на выдохе делаются для выявления
1. выраженного пневмоторакса 2. подвижности диафрагмы 3. выпота в плевральной полости в малом количестве 4. перикардита
Наименьшая доза облучения во время исследования грудной клетки во время
1. рентгеноскопии 2. рентгенографии 3. крупнокадровой флюорографии 4. цифровой флюорографии
Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии
1. паренхимы легкого 2. сосудов малого круга кровообращения 3. паренхимы легкого и сосудов малого круга кровообращения 4. сосудов малого круга кровообращения и бронхиальных артерий
Рентгеновская компьютерная томография предпочтительнее при изучении
1. грудной стенки 2. диафрагмы 3. лимфатических узлов корней легких 4. пищевода
Из перечисленных заболеваний УЗИ лучше применить в диагностике заболеваний
1. легких 2. опухолей среднего отдела средостения 3. пищевода 4. плевральных листков
При заболеваниях грудного отдела аорты лучше применить
1. рентгеноскопию 2. линейную томографию 3. рентгенографию 4. МРТ
Анатомический субстрат легочного рисунка в норме - это
1. бронхи 2. бронхи и легочные артерии 3. легочные артерии и вены 4. бронхи, легочные артерии и вены
Бронхиальные артерии, питающие легочную ткань, берут начало из
1. межреберных артерий и грудной части аорты 2. брюшной части аорты 3. легочных артерий 4. легочных вен
Плащевой слой легкого чаще всего состоит из рядов долек
1. одного 2. двух-трех 3. шести 4. восьми
Сегментарные легочные вены разветвляются
1. вместе с артериями 2. вместе с бронхами 3. по границам сегментов

4. в плащевом слое
Плащевой слой доли составляют
<ol style="list-style-type: none"> 1. разветвления мелких бронхов 2. разветвления мелких сосудов 3. костальная плевра 4. легочные доли
Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов
<ol style="list-style-type: none"> 1. восьми 2. девяти 3. десяти 4. двенадцати
Левое легкое по Лондонской схеме состоит их сегментов
<ol style="list-style-type: none"> 1. шести 2. восьми 3. девяти 4. десяти
Основной сегментарного строения легкого является разветвление
<ol style="list-style-type: none"> 1. бронхов 2. бронхов и легочных артерий 3. легочных артерий, бронхов и легочных вен 4. легочных артерий и бронхов
Анатомический субстрат тени корня легкого в норме - это стволы
<ol style="list-style-type: none"> 1. артерий 2. артерий и вен 3. артерий, вен и бронхов 4. артерий и бронхов
В правом легком может быть добавочных долей
<ol style="list-style-type: none"> 1. одна 2. две 3. три 4. четыре
В левом легком может быть добавочных долей
<ol style="list-style-type: none"> 1. две 2. три 3. четыре 4. пять
При пневмотораксе поджатое легкое смещается
<ol style="list-style-type: none"> 1. кверху 2. книзу 3. книзу и медиально 4. кнаружи
Анатомически число зон в одном легком
<ol style="list-style-type: none"> 1. четыре 2. пять 3. шесть 4. семь
Наименьшая автономная единица легкого
<ol style="list-style-type: none"> 1. ацинус 2. субдолька 3. доля 4. сегмент
Отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней с уверенностью позволяет
<ol style="list-style-type: none"> 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
Локализацию патологического образования в легком следует определять по
1. межреберьям
2. легочным зонам
3. сегментам
4. долям
На обзорных рентгенограммах в большинстве случаев интенсивность тени зависит от
1. характера анатомического субстрата
2. локализации
3. размеров
4. размеров и локализации
Угол бифуркации трахеи лучше выявляется на линейных томограммах
1. при продольном виде размазывания в прямой проекции
2. при продольном виде размазывания в боковой проекции
3. при продольном виде размазывания в косой проекции
4. при поперечном виде размазывания в прямой проекции
Оптимальной проекцией для выявления нижнедолевого бронха является линейная томография в проекциях
1. прямой
2. косой
3. прямой и косой
4. боковой и косой
Для полной информации о состоянии стенок правого промежуточного бронха следует провести линейную томографию в проекциях
1. прямой
2. боковой
3. косой
4. прямой и боковой
Для выявления бронхов средней доли следует проводить томографию в проекциях
1. прямой
2. боковой
3. прямой и боковой
4. боковой и косой
О четкости рентгенограммы грудной клетки судят по контурам
1. средостения
2. диафрагмы
3. магистральных сосудов
4. ребер
На обзорной рентгенограмме в боковой проекции угол лопатки определяется на уровне грудного позвонка
1. пятого
2. седьмого
3. девятого
4. десятого
На боковой рентгенограмме грудной клетки верхняя часть левого корня легкого локализуется
1. выше правой и спереди
2. на одном уровне
3. ниже правой и сзади
4. выше правой и сзади
Бесструктурный корень легкого бывает при
1. хроническом бронхите
2. центральном раке легкого
3. бронхо-энтерогенной кисте средостения
4. опухоли трахеи

<p>Признаками нарушения лимфооттока в легком являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. усиление сосудистого рисунка 2. множественные очаговые тени 3. усиление легочного рисунка и очаговые тени 4. плевральные линии и линии Керли
<p>Наиболее важная диагностическая характеристика «шаровидных» образований легких</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. структура и форма 2. форма и размеры 3. структура и размеры 4. очертания и структура
<p>На расположение пристеночного образования внутри легкого указывает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. округлая форма 2. изменение формы в разных проекциях 3. смещаемость с легким при дыхании 4. прямые углы образования с грудной стенкой в разных проекциях
<p>При дифференциальной диагностике солитарной полости в легком наибольшее значение имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. локализация 2. размеры 3. характер стенок 4. наличие содержимого
<p>Солитарная полость в легком - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. распад в воспалительном инфильтрате 2. ограниченный участок пневмоторакса 3. ограниченная буллезная эмфизема 4. туберкулезная каверна
<p>Множественные полости в легких чаще бывают при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стафилококковой пневмонии 2. метастазах опухоли почки 3. многофокусной очаговой пневмонии 4. множественном лейомиоматозе
<p>Толщина стенок множественных полостей в легких равномерная у</p> <ol style="list-style-type: none"> А. гематогенной стафилококковой пневмонии Б. эхинококкозе В. абсцессах Г. злокачественных метастазах
<p>Контур тени в легком нечеткие у</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. периферической аденомы 2. гамартомы 3. кистозного образования 4. очаговой пневмонии
<p>При ограниченном осумкованном плеврите окружающая легочная ткань чаще всего</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не изменена 2. легочный рисунок усилен 3. легочный рисунок деформирован 4. усилен и деформирован
<p>При дыхании тень ограниченного осумкованного междолевого выпота</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не смещается с легким и меняет форму 2. смещается с легким и меняет форму 3. не смещается с легким и не меняет форму 4. смещается с легким и не меняет форму
<p>При крупозной пневмонии чаще всего соответствующий корень легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не расширен 2. расширен и имеет бугристые контуры 3. расширен и малоструктурный 4. расширен и смещен

<p>Наибольшую информацию при одностороннем тотальном затемнении легочного поля дает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноскопия 2. рентгенография в стандартных проекциях 3. латерография на соответствующем боку 4. линейная томография
<p>Долевое затемнение легкого со значительным увеличением ее в объеме дает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. крупозная пневмония 2. клебсиеллезная пневмония 3. саркома легкого 4. туберкулезный инфильтрат
<p>Сегментарное затемнение с уменьшением его объема чаще всего бывает при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внутрибронхиальной опухоли бронха 2. увеличении корневых лимфатических узлов 3. крупозной пневмонии 4. инфильтративном туберкулезе
<p>Внутригрудные лимфатические узлы - это лимфатические узлы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. переднего средостения 2. центрального и заднего средостения 3. корней легких 4. корней легких и средостения
<p>На рентгенограмме интенсивность тени патологического образования в легком зависит от</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. размеров 2. морфологического субстрата 3. локализации 4. размеров и локализации
<p>Изменение окружающей легочной ткани и корня легкого наблюдаются при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. первичном туберкулезном комплексе 2. бронхиоло-альвеолярном раке 3. гамартохондроме 4. периферической аденоме
<p>Двустороннее расширение корней легких наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. саркоидозе 2. септической метастатической пневмонии 3. метастазах в легких первичной опухоли вне легочной локализации 4. эхинококкозе легких
<p>Наружные контуры корней легких полициклические при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. саркоидозе 2. венозной гипертензии малого круга кровообращения 3. хроническом диффузном бронхите 4. септической гематогенной пневмонии
<p>Обогащенный легочный рисунок наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. артериальной гипертензии малого круга кровообращения 2. венозной гипертензии малого круга кровообращения 3. бронхиоло-альвеолярном раке 4. эхинококкозе
<p>Ячеистая деформация легочного рисунка наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бактериальной пневмонии 2. интерстициальной пневмонии 3. диссеминированном туберкулезе легких 4. фиброзирующем альвеолите
<p>Наиболее частой вариантной аномалией развития легких является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обратное расположение легких 2. добавочная доля непарной вены 3. трахеальный бронх

4. четырех доленое строение легкого
Для кистозной доли легкого характерно
<ol style="list-style-type: none"> 1. усиление и деформация легочного рисунка 2. множественные тонкостенные полости 3. повышение прозрачности 4. расширение корня легкого и деформация легочного рисунка
Наиболее часто встречающийся порок развития легких - это
<ol style="list-style-type: none"> 1. трахеобронхомегалия 2. легочная секвестрация 3. пищеводно-бронхиальный свищ 4. кистозная гипоплазия легких
Гипоплазия легочной артерии проявляется
<ol style="list-style-type: none"> 1. обеднением легочного рисунка 2. контрастированием легочного рисунка 3. деформацией легочного рисунка 4. отсутствием легочного рисунка
Гипоплазия легочной артерии достоверно диагностируется на основании
<ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографии 2. бронхографии 3. томографии 4. КТ-ангиографии
При гипоплазии легочной артерии характерно
<ol style="list-style-type: none"> 1. сужение корня легкого 2. отсутствие головки корня 3. отсутствие хвостовой части корня 4. расширение корня легкого
Наиболее частые осложнения пороков развития бронхолегочной системы:
<ol style="list-style-type: none"> 1. кровотечение 2. озлокачествление 3. нагноение 4. эмфизема
Наиболее характерным симптомом легочной секвестрации является
<ol style="list-style-type: none"> 1. усиление легочного рисунка 2. деформация легочного рисунка 3. ограниченная тень в базальных отделах легкого 4. высокое стояние купола диафрагмы
При подозрении на легочную секвестрацию необходимо выполнить
<ol style="list-style-type: none"> 1. линейную томографию 2. бронхографию 3. контрастирование пищевода 4. КТ-аортографию
Причина возникновения легочной секвестрации чаще -
<ol style="list-style-type: none"> 1. хронический воспалительный процесс 2. гипоплазия бронхов 3. гипоплазия легочной артерии 4. наличие дополнительного сосуда, отходящего от аорты
При разрыве главного бронха в средостении будет определяться
<ol style="list-style-type: none"> 1. воздух 2. кровь 3. смещение средостения 4. симптомов не будет
Наиболее частая причина бронхолитиаза
<ol style="list-style-type: none"> 1. пневмония 2. туберкулез 3. хронический бронхит

4. инородные тела бронхов
Наиболее информативным методом лучевого исследования в диагностике опухоли трахеи является
<ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. рентгеноскопия 3. линейная томография 4. компьютерная томография
Крупозная пневмония чаще поражает
<ol style="list-style-type: none"> 1. плащевой слой доли 2. ядерный слой доли 3. ядерный и плащевой слои в одинаковой степени 4. плащевой слой легкого и плевру
На возможность kleбсиеллезной пневмонии указывает
<ol style="list-style-type: none"> 1. доленое затемнение 2. сопутствующий плеврит 3. значительное увеличение доли 4. уменьшение доли
Первичным рентгенологическим исследованием при пневмонии используют
<ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографию в прямой проекции 2. рентгенографию в прямой и боковой проекциях 3. рентгеноскопию 4. рентгеноскопию и линейную томографию
При крупозной пневмонии чаще всего доля в размерах
<ol style="list-style-type: none"> 1. не изменена 2. несколько увеличена 3. несколько уменьшена 4. либо не изменена, либо несколько увеличена
Рентгенологически интенсивность пораженного легкого при крупозной пневмонии зависит от
<ol style="list-style-type: none"> 1. патологоанатомической стадии воспаления 2. размера инфильтрата 3. локализации инфильтрата 4. размера и локализации инфильтрата
Отличить доленую пневмонию от ателектаза можно, учитывая
<ol style="list-style-type: none"> 1. объем доли 2. интенсивность затемнения 3. структуру пораженного участка 4. состояние долевого бронха
Из осложнений пневмококковой пневмонии чаще всего бывает
<ol style="list-style-type: none"> 1. плеврит 2. перикардит 3. плеврит и перикардит 4. нагноение инфильтрата
Начальная фаза интерстициальной пневмонии на рентгенограммах проявляется
<ol style="list-style-type: none"> 1. контрастированием легочного рисунка 2. контрастированием и деформацией рисунка 3. реакцией корней легких 4. паренхиматозными инфильтратами
Как правило, при бронхопневмонии воспалительный фокус ограничивается
<ol style="list-style-type: none"> 1. долькой 2. субсегментом 3. сегментом 4. долькой и субсегментом
Размеры воспалительных фокусов при стафилококковой пневмонии
<ol style="list-style-type: none"> 1. мелкие

<ol style="list-style-type: none"> 2. средние 3. мелкие и средние 4. средние и крупные
<p>Провести дифференциальную диагностику стафилококковой пневмонии с множественными абсцессами помогает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. локализация теней 2. размеры фокусов 3. очертания 4. быстрая динамика процесса
<p>Для пневмонии с нарушением бронхиальной проходимости характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. объемное уменьшение части легкого 2. объемное уменьшение и воспалительный инфильтрат 3. значительный выпот в плевральной полости 4. отрицательный симптом Гольцкнехта-Яacobсона
<p>Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. рентгенография и томография 3. УЗИ 4. КТ с внутривенным контрастированием
<p>Дифференцировать наддиафрагмальное образование легкого и частичную релаксацию диафрагмы позволяет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноскопия 2. рентгеноскопия и томография 3. УЗИ 4. КТ
<p>При «малом» (до 1 см) образовании в легком наиболее эффективна</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. рентгеноскопия 3. рентгенография и линейная томография 4. КТ
<p>Для изучения контуров и структуры шаровидного образования в легком лучше применить</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографию и линейную томографию 2. рентгенографию в двух стандартных проекциях 3. рентгенографию и бронхографию 4. КТ
<p>Для изучения структуры корней легких наиболее целесообразна</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. рентгеноскопия 3. линейная томография 4. КТ с внутривенным контрастированием
<p>Для выявления увеличенных перитрахеальных лимфатических узлов наиболее информативна</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография в двух стандартных проекциях 2. томография в двух стандартных проекциях и рентгенография 3. УЗИ 4. КТ
<p>Для ограниченного пневмосклероза наиболее характерно поражение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. паренхимы 2. паренхимы и легочных сосудов 3. паренхимы, сосудов и бронхов 4. плевры и бронхов
<p>При изолированном поражении средней доли наибольшее значение имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. зонография 3. бронхография

4. КТ
Абсцессы в легких преимущественно локализуются в отделах легкого
<ol style="list-style-type: none"> 1. передних, правого 2. задних, правого 3. верхних, левого 4. задних, левого
Для дренирующего острого абсцесса легкого наиболее характерно
<ol style="list-style-type: none"> 1. горизонтальный уровень жидкости 2. наличие "секвестра" 3. наличие "дорожки" к корню 4. изменение формы
Основной сканалогический признак секвестра в полости абсцесса легкого
<ol style="list-style-type: none"> 1. неровность внутренней стенки 2. дополнительная тень 3. большое количество жидкого содержимого 4. уровень с ровной горизонтальной линией
Основным признаком хронического абсцесса является
<ol style="list-style-type: none"> 1. наличие полости 2. сморщивающий процесс в легком 3. плевральные шварты 4. наличие бронхоэктазов
Для мешотчатых бронхоэктазов характерен вид деформации легочного рисунка
<ol style="list-style-type: none"> 1. сетчатый 2. петлистый 3. ячеистый равномерный 4. ячеистый неравномерный
Для наличия цилиндрических бронхоэктазов характерно
<ol style="list-style-type: none"> 1. сетчатая деформация легочного рисунка 2. парные, параллельные, полосовидные тени 3. «сотовый» рисунок 4. петлистая деформация легочного рисунка
Наиболее достоверная методика исследования в диагностике бронхоэктазов
<ol style="list-style-type: none"> 1. линейная томография 2. КТ 3. ангиопульмонография 4. рентгенография
Наиболее часто протекает с абсцедированием пневмония
<ol style="list-style-type: none"> 1. легионеллезная 2. крупозная 3. микоплазменная 4. стафилококковая
Ретенционную кисту легкого более точно характеризуют
<ol style="list-style-type: none"> 1. локализация 2. размеры 3. форма 4. интенсивность
В диагностике эмфиземы легких наиболее значимый метод
<ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноскопия 2. рентгенография 3. бронхография 4. КТ
При эмфиземе легких прозрачность легочных полей при вдохе
<ol style="list-style-type: none"> 1. увеличивается в нижних отделах 2. не изменяется 3. понижается в нижних отделах

4. увеличивается во всех отделах
Наиболее характерный рентгенологический признак эмфиземы легких
<ol style="list-style-type: none"> 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
Артериальная легочная гипертензия характеризуется в первую очередь
<ol style="list-style-type: none"> 1. контрастированием и деформацией легочного рисунка 2. пульсацией корневых сосудов 3. расширением корневых сосудов и ствола легочной артерии 4. застойными изменениями в легких
Структура тени туберкулемы в фазе обострения характеризуется
<ol style="list-style-type: none"> 1. обызвествлением 2. наличием деструкции 3. однородностью 4. обызвествлением и наличием деструкции
Для прогрессирующей легочной дистрофии наиболее характерны
<ol style="list-style-type: none"> 1. усиление и деформация легочного рисунка 2. обеднение легочного рисунка и повышение прозрачности части легкого 3. объемное уменьшение 4. смещение средостения в большую сторону
Какие скитологические признаки наиболее существенны в дифференциальной диагностике туберкулемы с периферическим раком легкого
<ol style="list-style-type: none"> 1. локализация 2. структура 3. интенсивность 4. контуры и окружающая легочная ткань
Центральный рак легкого чаще возникает в бронхах
<ol style="list-style-type: none"> 1. главных 2. долевого 3. промежуточных 4. сегментарных
Для центрального эндобронхиального рака легкого наиболее характерно
<ol style="list-style-type: none"> 1. нарушение вентиляции 2. нарушение подвижности диафрагмы 3. затемнение в области корня 4. усиление и деформация легочного рисунка в прикорневой зоне
Средостение при гиповентиляции доли может
<ol style="list-style-type: none"> 1. занимать обычное положение 2. смещаться в сторону поражения частично 3. смещаться в сторону поражения полностью 4. смещаться в здоровую сторону
Периферический рак размерами более 2 см в диаметре чаще всего имеет форму
<ol style="list-style-type: none"> 1. правильно шаровидную 2. неправильно шаровидную 3. полигональную 4. неправильно-шаровидную и полигональную
Периферический рак исходит из эпителия бронхов
<ol style="list-style-type: none"> 1. сегментарных 2. субсегментарных 3. дольковых 4. альвеолярного эпителия
Чаще всего периферический рак диаметром менее 5 см имеет форму
<ol style="list-style-type: none"> 1. неправильно округлую 2. правильно округлую

<ol style="list-style-type: none"> 3. полигональную 4. овоидную
<p>Распад периферического рака бывает чаще</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. центральный 2. эксцентричный 3. множественный 4. эксцентричный и множественный
<p>Наиболее характерная форма метастазов рака желудка в легкие</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. множественные круглые тени 2. солитарный метастаз 3. лимфангит в базальных отделах 4. милиарный карциноз
<p>Высокое положение и неподвижность купола диафрагмы на стороне поражения злокачественной опухолью легкого свидетельствуют о</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. релаксации купола диафрагмы 2. базальном выпоте 3. релаксации диафрагмы и базальном выпоте 4. поражении диафрагмального нерва
<p>Наиболее характерный рентгенологический симптом для внутрибронхиальной аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. объемное уменьшения доли, сегмента 2. "культя" бронха с четкими контурами 3. "культя" бронха с нечеткими контурами 4. коническая культя бронха
<p>Наиболее информативной методикой в диагностике артериовенозной аневризмы является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. многопроекционная рентгеноскопия 2. линейная томография 3. КТ с внутривенным контрастированием 4. функциональная проба
<p>Рентгенологические симптомы периферической аденомы легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. округлая форма и четкие контуры 2. нечеткие контуры 3. неправильная овоидная форма 4. широкая дорожка к корню легкого
<p>Аспергиллома легких локализуется в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. паренхиме легкого 2. в расширенном бронхе 3. в свежей каверне 4. в любой полости легкого
<p>Наиболее частая форма эхинококка - это образование</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. овоидной формы, гомогенное, больших размеров 2. округлое, гомогенное, больших размеров 3. доленое уплотнение 4. образование неправильной формы
<p>Характерные признаки погибшего эхинококка на рентгенограммах - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшение размеров 2. изменение формы 3. уменьшение размеров и формы 4. обызвествление капсулы
<p>В дифференциальной диагностике липом с целомами средостения лучше применить</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. многопроекционную рентгеноскопию 2. томографию 3. рентгенографию 4. КТ
<p>Наиболее частая локализация тимом в средостении</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. верхне-заднем

<ol style="list-style-type: none"> 2. верхне-переднем 3. средне-переднем 4. ниже-переднем
<p>В дифференциальной диагностике опухолей средостения наибольшее значение имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. размер 2. характер наружных контуров 3. локализация 4. наличие или отсутствие известковых включений
<p>При зобе средостения для получения наибольшей информации следует применить</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. полипозиционную рентгеноскопию 2. томографию и рентгенографию 3. УЗИ 4. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование
<p>Из кист средостения чаще осложняются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дермоидные 2. целомические 3. бронхо-энтерогенные 4. эхинококковые
<p>Обызвествление капсулы чаще характерно для кист</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дермоидных 2. целомических 3. энтерогенных 4. тимусных
<p>В дифференциальной рентгенодиагностике медиастинальной липомы с увеличенным сердцем следует провести</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноскопию 2. эхокардиографию 3. эхокардиографию и КТ 4. рентгеноскопию и томографию
<p>В дифференциальной диагностике абдомино-медиастинальной липомы и целомической кисты перикарда следует применить</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографию и томографию 2. многопроекторную рентгеноскопию и томографию 3. УЗИ 4. КТ
<p>Бронхо-энтерогенные кисты средостения чаще всего локализуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. паравертебральном пространстве 2. пространстве Гольцкнехта 3. паравертебральном пространстве вверху 4. переднем средостении
<p>Неврогенные опухоли чаще всего локализуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. паравертебральном пространстве 2. пространстве Гольцкнехта 3. ниже-заднем отделе средостения 4. кардио-диафрагмальном углу
<p>Тень осумкованного пристеночного выпота при дыхании</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. суживается на вдохе 2. вытягивается на вдохе и расширяется на выдохе 3. расширяется на выдохе 4. не изменяется
<p>Осумкованный междолевой выпот справа лучше отличить от среднедолевого синдрома при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгеноскопии 2. рентгенографии 3. линейной томографии 4. УЗИ и КТ

<p>В обеих стандартных проекциях грудной клетки выявляются осумкованные плевриты</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пристеночные задние и передние 2. пристеночные боковые и задние 3. апикальные и диафрагмальные 4. апикальные и парамедиастинальные
<p>Дифференцировать ателектаз легкого с тотальным плевритом позволяет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. полипозиционная рентгеноскопия 2. рентгенография в латеропозиции 3. рентгеноскопия и рентгенография 4. КТ (линейная томография)
<p>В диагностике опухоли плевры лучше применить</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенографию в двух стандартных проекция 2. полипроекционную рентгеноскопию 3. УЗИ 4. КТ
<p>При рентгенологическом исследовании через 1-6 месяцев после пневмонэктомии наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. жидкость в плевральной полости 2. воздух в плевральной полости 3. смещение средостения 4. фиброторакс
<p>При травме грудной клетки к анатомическим элементам, требующим анализа, относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мягкие ткани и диафрагма 2. скелет грудной клетки и диафрагма 3. легкие и диафрагма 4. диафрагма, легкие, ребра, мягкие ткани
<p>Обязательная методика рентгенологического исследования при травме грудной клетки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография 2. рентгеноскопия 3. рентгенография и рентгеноскопия 4. томография
<p>Подкожная эмфизема чаще всего свидетельствует о разрыве</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. легкого 2. плевры 3. бронха 4. пищевода
<p>Признаком эмфиземы средостения является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширение средостения 2. деформация его контуров 3. параллельные контурам средостения полосовидные тени 4. «перистый» рисунок на фоне легочных полей
<p>Наиболее достоверный признак напряженного клапанного пневмоторакса</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышение прозрачности легочного поля 2. уплощение купола диафрагмы 3. смещение средостения в противоположную сторону 4. «взрывная» пульсация сердца
<p>Напряженная гигантская киста легкого рентгенологически отличается от спонтанного пневмоторакса</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствием легочного рисунка и стенок 2. отсутствием легочного рисунка и наличием стенок 3. отсутствием стенок и обеднением легочного рисунка 4. наличием стенок и обеднением легочного рисунка
<p>При повреждении органов дыхания на наличие пневмоторакса выполняются снимки на</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вдохе 2. выдохе

- | |
|-----------------------------------|
| 3. вдохе и выдохе |
| 4. фаза дыхания не имеет значения |

Раздел 1.3 Рентгенология. Органы брюшной полости

Задание
<p>Оптимальной проекцией при рентгенологическом исследовании дистального отдела пищевода в вертикальном положении является</p> <p>А. прямая Б. боковая В. вторая косая Г. первая косая</p>
<p>Состояние перистальтики желудочно-кишечного тракта можно объективно оценить с помощью</p> <p>А. рентгеноскопии Б. рентгенографии В. функциональных проб Г. покадровой съемки, серийной флюорографии</p>
<p>Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике</p> <p>А. опухолей глотки и пищевода Б. инородных тел пищевода В. опухолей щитовидной железы Г. нарушений акта глотания</p>
<p>Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью и добавлением вяжущих средств может оказаться полезным в диагностике</p> <p>А. рака ретрокардиального отдела (сегмента) Б. варикозного расширения вен В. дивертикулов Г. ахалазии кардии</p>
<p>Наилучшие условия для оценки состояния кардио-эзофагеального перехода возникают при исследовании в горизонтальном положении. Оптимальной проекцией является</p> <p>А. левая сосковая (на спине) Б. правая сосковая (на спине) В. левая лопаточная (на животе) Г. правая лопаточная (на животе)</p>
<p>Структуру стенки желудка или кишки можно выявить с помощью</p> <p>А. двойного контрастирования Б. УЗИ В. КТ Г. МРТ</p>
<p>Толщину стенки органов желудочно-кишечного тракта изучают по данным</p> <p>А. двойного контрастирования Б. рентгеновской париетографии В. УЗИ Г. КТ</p>
<p>Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищеводно-желудочного перехода наилучший эффект дают фармакологические препараты из группы</p> <p>А. холинолитиков - атропин, метацин Б. нитритов - амилнитрит, нитроглицерин В. ганглиоблокаторов - бускопан и др. Г. холиномиметиков - морфин и др.</p>
<p>Для релаксации желудочно-кишечного тракта применяют</p> <p>А. морфин Б. пилокарпин</p>

<p>В. прозерпин, ациклидин Г. атропин, метацин, аэрон</p>
<p>Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является</p> <p>А. пероральное заполнение Б. ирригоскопия В. водная клизма и супервольтная рентгенография Г. методика Шерижье</p>
<p>Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 24 часа после приема бариевой взвеси применяется</p> <p>А. для изучения патологии ободочной кишки Б. для исследования илеоцекальной области В. для контроля сроков пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту Г. для изучения патологии тонкой кишки</p>
<p>При длительном выделении желчи из дренажной трубки, установленной в просвет общего желчного протока, после операции на желчных путях показана</p> <p>А. лапароскопия Б. фистулография В. КТ Г. термография</p>
<p>Не изменяет нормальный ход контрастированного пищевода</p> <p>А. аорта Б. левый главный бронх В. левое предсердие Г. непарная вена</p>
<p>Если больной испуган или эмоционально расстроен, его желудок</p> <p>А. гипотоничен Б. гипертоничен В. усиленно перистальтирует Г. функция желудка не меняется</p>
<p>В нормальных условиях продолжительность пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке составляет</p> <p>А. 1 час Б. 3 часа В. 5 часов Г. 7 часов</p>
<p>Складки слизистой лучше выражены</p> <p>А. в тощей кишке Б. в подвздошной кишке В. в двенадцатиперстной кишке Г. в тощей и двенадцатиперстной кишке</p>
<p>Дополнительная тень в средостении, дугообразное смещение пищевода с сохранением складок слизистой оболочки определяется</p> <p>А. при абсцессе средостения Б. при перемещении желудка в заднее средостение при грыже пищеводного отверстия диафрагмы В. при бронхогенных кистах Г. все ответы правильны</p>
<p>Левая половина диафрагмы располагается по отношению к правой половине</p> <p>А. на одном уровне Б. на одно ребро (межреберье) ниже В. на одно ребро (межреберье) выше Г. ниже на вдохе</p>
<p>При "внутригрудном желудке" пищевод всегда</p> <p>А. расширен Б. укорочен В. деформирован</p>

Г. извилист
Изменения в различных отделах желудочно-кишечного тракта, обусловленные развитием фиброзной ткани в подслизистом слое и атрофией гладкой мускулатуры, имеют место
А. при системной красной волчанке Б. при узелковом периартериите В. при склеродермии Г. как исход воспалительных процессов
Рентгенологическим симптомом пареза или паралича глотки является
А. расширение позадиперстневидного мягкотканного пространства Б. деформация грушевидных синусов В. задержка контрастного вещества в валекулах и грушевидных синусах Г. асимметричное прохождение контрастного вещества через глотку
Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид "мышинного хвоста", описывают как характерный признак
А. при склеродермии Б. при кардиоэзофагеальном раке В. при ахалазии кардии Г. при эпифренальном дивертикуле
Парадоксальная дисфагия (задержка жидкой пищи) может встретиться
А. при дивертикуле пищевода Б. при ожоге пищевода В. при эзофагокардиальном раке Г. при ахалазии кардии
Нарушение функции глотки и аспирация контрастного вещества в трахею наблюдается
А. при дивертикуле пищевода Б. при ожоге пищевода В. при эзофагите Г. при парезе (параличе) глотки
При парезе глотки на стороне поражения валикулы и грушевидные синусы
А. не заполняются Б. быстро опорожняются В. длительно заполнены бариевой взвесью, расширены Г. деформированы
При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается
А. в верхней трети Б. в средней трети В. в дистальной трети Г. в местах физиологических сужений
Стойкое циркулярное сужение средней и нижней третей пищевода протяженностью более 6 см с супрастенотическим расширением и карманоподобным нависанием стенки на границе с сужением - это характерные рентгенологические проявления
А. при эндофитном раке Б. при рубцовом сужении после ожога В. при эзофагоспазме Г. при склерозирующем медиастините
Укорочение пищевода вследствие рубцовых изменений и фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы чаще всего является следствием
А. диабета Б. ахалазии кардии В. рефлюкс-эзофagита Г. резекции желудка
Рентгенологические признаки: дополнительная тень на фоне заднего средостения, краевой дефект наполнения пищевода с двумя и более контурами, отсутствие ригидности стенок, сохранение слизистой - характерны
А. для полиповидного рака пищевода

<p>Б. для увеличения бифуркационных лимфоузлов</p> <p>В. для неэпителиальной опухоли</p> <p>Г. для аномально расположенной правой подключичной артерии</p>
<p>Стойкое сужение пищевода протяженностью до 5 см с неровными контурами и ригидными стенками, нарушение проходимости пищевода, отсутствие нормального рельефа слизистой с симптомом обрыва складки – это рентгенологические симптомы</p> <p>А. эзофагоспазма</p> <p>Б. рубцовой стриктуры</p> <p>В. эндофитного рака</p> <p>Г. вторичных изменений пищевода при хроническом медиастините</p>
<p>Рак пищевода чаще встречается</p> <p>А. в верхнем отделе пищевода</p> <p>Б. в среднем отделе пищевода</p> <p>В. в нижнем отделе пищевода</p> <p>Г. в абдоминальном отрезке пищевода</p>
<p>Тракционные дивертикулы пищевода чаще обнаруживаются</p> <p>А. в шейном отделе пищевода</p> <p>Б. в ампулярной части пищевода</p> <p>В. в абдоминальном отрезке</p> <p>Г. на уровне бифуркации трахеи</p>
<p>Ценкеровские дивертикулы образуются в верхнем конце пищевода</p> <p>А. на передней стенке</p> <p>Б. на задней стенке</p> <p>В. на боковых стенках</p> <p>Г. на передней и боковых стенках</p>
<p>Пульсионные дивертикулы могут возникать в пищеводе</p> <p>А. при склерозирующих медиастенитах</p> <p>Б. рубцовых стриктурах пищевода</p> <p>В. при первичном туберкулезе, монолиазе</p> <p>Г. при стойком повышении внутрипищеводного давления</p>
<p>Пептический эзофагит характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сужением просвета нижней трети пищевода 2. нечетким, «разлохмаченным» контуром, расширением просвета; могут наблюдаться изъязвления и дефекты наполнения 3. наличием дефектов, которые имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от степени наполнения пищевода, положения больного, фазы дыхания 4. характеризуется сужением просвета верхней трети пищевода
<p>Варикозное расширение вен пищевода характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сужением нижней трети пищевода 2. нечетким, «разлохмаченным» контуром, расширением просвета; могут наблюдаться изъязвления и дефекты наполнения 3. наличием дефектов, которые имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от степени наполнения пищевода, положения больного, фазы дыхания 4. сужением верхней трети пищевода
<p>Парез глотки типичен для</p> <p>А. опухоли щитовидной железы</p> <p>Б. праволежащей дуги аорты</p> <p>В. сердечных пороков</p> <p>Г. периферического рака легкого</p>
<p>В верхней трети пищевода при стандартном исследовании в прямой и первой косой проекциях определяется косо идущая линия просветления, дающая "симптом плохо репонированного перелома". Во II косой проекции на этом уровне пищевод в виде небольшой дуги смещен кпереди. Эта картина патогномична для</p> <p>А. праволежащей дуги аорты</p> <p>Б. аномалии отхождения правой подключичной артерии</p> <p>В. рубцового сужения аортального сегмента</p>

Г. врожденного стеноза пищевода
В рентгенологической картине ахалазии кардии, кардиоспазма, кардиоэзофагиального рака, склеродермии общим симптомом является
А. смещение пищевода Б. расширение пищевода В. укорочение пищевода Г. удлинение пищевода
Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода
А. варикозное расширение вен и рак Б. чашеподобная карцинома и язва В. стенозирующий кардио-эзофагеальный рак и кардиоспазм Г. рубцовое сужение после ожога и язва
На основании сходной рентгенологической картины следует дифференцировать изменения пищевода
А. при склеродермии и рубцовом стенозе после ожога Б. при энтерогенной кисте и раке В. при атрезии и ахалазии Г. при фиксированной грыже пищеводного отверстия и эпифренальном дивертикуле
Трехслойная ниша, выступающая за контур желудка, рубцовая деформация желудка и воспалительная перестройка рельефа слизистой характерны
А. для острой язвы Б. для пенетрирующей язвы В. для дивертикула Г. для инфильтративно-язвенного рака
Плоская ниша в антральном отделе желудка (около 2,5 см в диаметре), неправильной формы, с обширной аперистальтической зоной вокруг, характерна
А. для доброкачественной язвы Б. для пенетрирующей язвы В. для изъязвленного рака Г. для эрозивного начального рака
Поверхностная ниша в виде "штриха" с зоной, сглаженной слизистой вокруг, выпрямленность и укорочение малой кривизны желудка соответственно локализации изменений - характерные проявления
А. доброкачественной язвы Б. пенетрирующей язвы В. озлокачественной язвы Г. эрозивного начального рака
Желудок увеличен в размерах с жидкостью натошак. Малая кривизна антрального отдела укорочена, пилоро-дуоденальная область гипермобильна, привратник сужен, асимметричен, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована. Опорожнение желудка, замедленное. Эти симптомы характерны
А. для эндофитного рака Б. для рубцово-язвенного стеноза привратника В. для антрального ригидного гастрита Г. для врожденного пилоростеноза
Множественные дефекты наполнения желудка 0,5-2 см в диаметре правильной округлой формы, с четкими контурами и гладкой поверхностью на фоне неизменной слизистой - рентгенологические симптомы
А. варикозного расширения вен Б. избыточной слизистой В. полипов Г. полипозного гастрита
Определяющие симптомы эндофитного (инфильтративного) рака желудка:
А. уменьшение размеров желудочного пузыря, отсутствие перистальтики, нарушение эвакуации из желудка Б. центральный дефект наполнения, дефект на рельефе, дополнительная тень на фоне

газового пузыря желудка В. укорочение малой кривизны желудка, ригидность его стенок, отсутствие складок Г. краевой дефект наполнения, атипичный рельеф, нарушение перистальтики
Антральный отдел желудка укорочен и циркулярно сужен, контуры его по большой кривизне зазубрены, перистальтика умеренной силы, складки слизистой поперечно и косо перестроены. Это характерно для рентгенологической картины А. эндофитного рака Б. рубцово-язвенного стеноза привратника В. антрального ригидного гастрита Г. улиткообразной деформации
При синдроме Золлингера-Эллисона чаще всего наблюдается сочетание А. язвы луковицы с панкреатитом Б. язвы луковицы с аденомой поджелудочной железы В. язвы желудка с холециститом Г. язвы желудка с аппендицитом
Одиночный центральный дефект наполнения неправильно округлой формы размерами более 8 см, легко смещающийся более чем на 10 см, - это признаки А. полипа Б. неэпителиальной опухоли В. полипозного рака Г. безоара
Небольшое выпячивание на медиальной стенке в постбульбарной части двенадцатиперстной кишки, стойкое сужение просвета на этом уровне без нарушения проходимости, выраженная гипермоторность, утолщение складок слизистой являются характерными признаками А. внелуковичной язвы Б. распадающегося рака В. дивертикула Г. дуоденита
При стандартном рентгенологическом исследовании определяется повышенный тонус тонкой кишки, неравномерное ускорение продвижения контрастного вещества, жидкое содержимое в просвете, нечеткие зернисто-нодулярный рельеф и утолщенные круговые складки, сегментация и фрагментация бариевого столба. Ваше заключение А. болезнь Крона Б. туберкулез В. синдром нарушенного всасывания тонкой кишки (мальабсорбция) Г. дивертикулез
Ограниченное сужение просвета тонкой кишки в форме ригидного канала с исчезновением складок и супрастенотическим расширением, фиксированность пораженного сегмента, плоские краевые дефекты – характерные рентгенологические признаки А. болезни Крона Б. туберкулеза (инфильтративная форма) В. стенозирующего рака Г. саркомы
Повышение уровня серотонина (5-гидроксииндолацетиловой кислоты) в моче наблюдается при А. синдроме Пейтца - Егерса Б. демпинг-синдроме В. карциноидном синдроме Г. хроническом панкреатите
У больного с механической желтухой в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки определяется дефект наполнения размерами 2x2,5 см неправильной формы, кишка раздражена. Эти симптомы характерны для А. для саркомы Б. для рака большого дуоденального соска

<p>В. для лейомиомы Г. для полипа</p>
<p>У больного с интермитирующей механической желтухой при ЭРХПГ обнаружено сужение дистального отдела общего желчного протока в виде «писчего пера». Это является признаком</p> <p>А. камня в ампуле двенадцатиперстной кишки Б. стенозирующего папиллита В. опухоли большого дуоденального соска Г. парафатерального дивертикула</p>
<p>Рентгенодиагностика функциональных нарушений ободочной кишки основывается на изменениях</p> <p>А. положения петель кишки Б. гаустрации, сроков пассажа бариевой взвеси В. рельефа слизистой оболочки Г. эластичности стенок кишки</p>
<p>При рентгенологическом исследовании в левой половине ободочной кишки отмечены сужение просвета, мелкая зубчатость и двойной контур кишечной стенки, нарушение моторики, отечность и фрагментарное отсутствие складок слизистой. Эти признаки характерны для</p> <p>А. токсического мегаколон Б. дивертикулеза В. язвенного колита Г. злокачественной лимфомы</p>
<p>Дефект наполнения в сигмовидной кишке более 2,5 см в диаметре с волнистыми контурами и ячеистой структурой, меняющей форму при повышении внутрикишечного давления – это совокупность рентгенологических признаков</p> <p>А. аденоматозного полипа Б. ювениального полипа В. ворсинчатой опухоли Г. неэпителиальной опухоли</p>
<p>Стойкое циркулярное сужение ободочной кишки протяженностью 3-5 см с подрывными краями и неровными контурами наблюдается</p> <p>А. при дивертикулезе Б. при стенозирующем раке В. при язвенном колите Г. при болезни Гиршпрунга</p>
<p>Сигмовидная кишка смещена кверху и фиксирована, ее просвет неравномерно сужен, рельеф сохранен, но перестроен. Такая картина наблюдается</p> <p>А. при язвенном колите Б. при раке сигмовидной кишки В. при вторичных изменениях кишки патологическими процессами в придатках у женщин Г. при эктопированной ("тазовой") почке</p>
<p>При рентгенологическом исследовании оперированной ободочной кишки первоочередное внимание уделяется оценке</p> <p>А. формы и положения кишки Б. состояния созданных анастомозов В. проходимости кишки Г. рельефа слизистой оболочки кишки</p>
<p>Симптом разветвления подковы двенадцатиперстной кишки более выражен</p> <p>А. при раке большого дуоденального (фатерова) соска Б. при раке головки поджелудочной железы В. при ретенционных кистах поджелудочной железы с локализацией в области головки Г. при индуративном панкреатите</p>
<p>Определяющим симптомом паразофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является</p> <p>А. короткий пищевод</p>

<p>Б. удлинённый пищевод В. перемещение кардиального отдела желудка в средостение Г. обычное расположение пищевода и кардии</p>
<p>Для определения содержимого грыжевого выпячивания брюшной стенки в большинстве случаев достаточно</p> <p>А. обзорного рентгенологического исследования брюшной полости Б. исследования в латеропозиции В. контрастного исследования желудочно-кишечного тракта в прямой проекции Г. УЗИ</p>
<p>К прямым рентгенологическим признакам газосодержащего абсцесса брюшной полости относят</p> <p>А. ограниченное затемнение брюшной полости Б. смещение органов, окружающих участок затемнения В. ограниченный парез соседних кишечных петель Г. горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости</p>
<p>Достоверным симптомом перфорации полого органа брюшной полости является</p> <p>А. нарушение положения и функции диафрагмы Б. свободный газ в брюшной полости В. свободная жидкость в отлогах местах брюшной полости Г. метеоризм</p>
<p>Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются</p> <p>А. свободный газ в брюшной полости Б. свободная жидкость в брюшной полости В. арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике Г. нарушение топографии желудочно-кишечного тракта</p>
<p>Непроходимость вследствие обтурации кишки желчным камнем чаще локализуется</p> <p>А. на уровне большого дуоденального соска Б. на уровне Трейцевой связки В. в дистальном отделе подвздошной кишки Г. в дистальном отделе ободочной кишки</p>
<p>При закрытой травме живота основным симптомом разрыва нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки является</p> <p>А. смещение диафрагмы, желудка и толстой кишки Б. затемнение левой поддиафрагмальной области В. свободный газ в брюшной полости Г. скопление газа в забрюшинном пространстве</p>
<p>Полостные образования различных размеров, с жидкостью и газом в проекции тени печени, определяемые в прямой и боковой проекциях, при отсутствии реактивных плевральных изменений свидетельствуют</p> <p>А. об интерпозиции толстой кишки Б. об ограниченном гнойном перитоните В. о поддиафрагмальном абсцессе Г. об абсцессах печени</p>
<p>Множественные мелкие просветления в сочетании с повышенной пневматизацией участка желудочно-кишечного тракта, которые при исследовании в боковой проекции больного располагаются кзади, позволяют диагностировать</p> <p>А. межкишечный абсцесс Б. забрюшинную флегмону В. разрыв (перфорацию) полого органа Г. дивертикулез кишечника</p>
<p>Одним из наиболее часто встречающихся косвенных признаков туберкулеза кишечника при КТ исследовании является</p> <p>1. наличие выпячивания я стенки кишки 2. наличие кальцината в стенке кишки</p>

<p>3. утолщение кишечной стенки</p> <p>4. наличие свища</p>
<p>При МРТ исследовании желудочно-кишечного тракта для контрастирования применяют</p> <p>1. бариевую взвесь</p> <p>2. гадолиниевые препараты</p> <p>3. йодные препараты неионные</p> <p>4. йодные препараты ионные</p>
<p>Оптимальной проекцией при рентгенологическом исследовании дистального отдела пищевода в вертикальном положении является</p> <p>А. прямая</p> <p>Б. боковая</p> <p>В. вторая косая</p> <p>Г. первая косая</p>
<p>Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является</p> <p>А. введение через тонкий зонд</p> <p>Б. проглатывание большим воздухом</p> <p>В. насыщение воздуха вместе с бариевой взвесью через трубочку</p> <p>Г. прием большим раствором соды и лимонной кислоты</p>
<p>При рентгенодиагностике органических заболеваний глотки наиболее информативной методикой является</p> <p>А. рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции</p> <p>Б. контрастное исследование глотки с бариевой взвесью</p> <p>В. релаксационная контрастная фарингография</p> <p>Г. томография</p>
<p>Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является</p> <p>А. бесконтрастная рентгенография (по Земцову)</p> <p>Б. рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью</p> <p>В. контрастная фарингография с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.)</p> <p>Г. релаксационная фарингография</p>
<p>Методика Ивановой-Подобед заключается</p> <p>А. в исследовании с бариевой пастой</p> <p>Б. в двойном контрастировании пищевода</p> <p>В. в приеме чайной ложки бариевой пасты и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды</p> <p>Г. в даче ваты, смоченной бариевой взвесью</p>
<p>Рентгенологической методикой, уточняющей изменения двенадцатиперстной кишки при заболеваниях соседних органов, является</p> <p>А. исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью</p> <p>Б. релаксационная дуоденография</p> <p>В. внутривенная холеграфия</p> <p>Г. пневмоперитонеум</p>
<p>Преимуществом рентгенологического исследования тонкой кишки с пищевым завтраком является</p> <p>А. быстрота исследования</p> <p>Б. небольшая доза облучения больного</p> <p>В. физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений, быстрота исследования</p> <p>Г. возможность диагностики полипов</p>

<p>Преимущества энтероклизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она</p> <p>А. не дает осложнений, не имеет противопоказаний Б. позволяет изучить функциональные нарушения В. позволяет оценить сроки пассажа бариевой взвеси Г. позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования</p>
<p>Первичное двойное контрастирование ободочной кишки применяется для диагностики</p> <p>А. любых заболеваний Б. только воспалительных заболеваний В. только небольших опухолей Г. только стенозирующих опухолей</p>
<p>Для детального исследования илеоцекальной области и терминального отдела тонкой кишки наиболее целесообразно использовать</p> <p>А. ирригоскопию Б. методику контрастной энтероклизмы В. пероральное заполнение Г. методику Шеррижье</p>
<p>Наиболее информативной методикой исследования билиарной системы при желчекаменной болезни является</p> <p>А. эндоскопическая РХПГ Б. ультразвуковое исследование В. КТ Г. термографию</p>
<p>Скорлупообразное обызвествление мозаичного характера неправильной округлой или шаровидной формы в любом отделе живота - характерный признак</p> <p>А. организовавшейся гематомы Б. злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта В. паразитарной кисты Г. тератодермоидной опухоли</p>
<p>Компактно расположенная группа однородных известковых глыбок над лонным сочленением обусловлена</p> <p>А. камнями мочевого пузыря Б. флеболитами В. тератодермоидной кистой Г. фибромой матки или аденомой предстательной железы</p>
<p>Абдоминальный отдел пищевода по отношению к брюшине располагается</p> <p>А. интраперитонеально Б. экстраперитонеально В. мезоперитонеально Г. по-разному, в зависимости от ее отдела</p>
<p>Червеобразный отросток по отношению к брюшине чаще располагается</p> <p>А. интраперитонеально Б. экстраперитонеально В. мезоперитонеально Г. по-разному, в зависимости от ее отдела</p>
<p>Прямая кишка по отношению к брюшине располагается</p> <p>А. интраперитонеально Б. экстраперитонеально В. мезоперитонеально Г. по-разному, в зависимости от ее отдела</p>
<p>Верхний полюс глотки находится на уровне</p> <p>А. основания черепа Б. хоан В. корня языка Г. подъязычной кости</p>

<p>Средняя ширина просвета тубулярного пищевода при тугом заполнении его не превышает</p> <p>А. 1 сантиметра Б. 4 сантиметров В. 2 сантиметров Г. 6 сантиметров</p>
<p>Основным видом моторики пищевода, способствующим продвижению плотной пищи, является</p> <p>А. первичная перистальтическая волна Б. вторичная перистальтическая волна В. третичные сокращения Г. тотальный спазм пищевода</p>
<p>Поперечный срез на уровне тела позвонка Th12 пройдет через все перечисленные ниже анатомические структуры, кроме</p> <p>А. селезенки Б. левой почки В. ободочной кишки Г. дуоденоюнального перехода</p>
<p>При умеренном раздувании желудка (и других органов желудочно-кишечного тракта) его стенки в нормальных условиях</p> <p>А. выпрямлены Б. вогнуты В. выпуклы Г. полигональны</p>
<p>Складки слизистой антрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного слоя. Нормальным для них направлением является</p> <p>А. продольное Б. поперечное В. косое Г. любое из перечисленных, в зависимости от фазы моторики</p>
<p>Ворсинки слизистой оболочки тонкой кишки предназначены</p> <p>А. для лучшего смешивания пищи и ферментов Б. для увеличения площади всасывающей поверхности В. удлинения кишки Г. обеспечивают большее расширение просвета</p>
<p>Функциями илеоцекального клапана являются</p> <p>А. предотвращение преждевременного попадания содержимого тонкой кишки в слепую до завершения процесса переваривания Б. предотвращение попадания толстокишечной флоры в тонкую кишку В. обе указанные выше Г. ни одна из перечисленных</p>
<p>Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки</p> <p>А. двенадцатиперстная кишка Б. тощая кишка В. подвздошная кишка Г. сигмовидная кишка</p>
<p>Мезентериальные сосуды в составе связки Трейца проходят</p> <p>А. левее дуодено-юнального перехода Б. впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки В. позади двенадцатиперстной кишки Г. ниже двенадцатиперстной кишки</p>
<p>У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается</p> <p>А. выше Б. ниже В. на том же уровне Г. нет определенной закономерности</p>

<p>Экскурия диафрагмы в нормальных условиях составляет при умеренном и глубоком вдохе соответственно</p> <p>А. 0.5 см и 3 см Б. 1 см и 6 см В. 2-3см и 4 см Г. 1 см и 5 см</p>
<p>Характерная форма кисты пищевода</p> <p>А. округлая Б. овальная или висячей капли В. неправильная Г. типа "песочных часов"</p>
<p>Для общей брыжейки кишечника не характерно</p> <p>А. отсутствие дуодено-еюнального изгиба Б. расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости В. расположение петель тощей кишки в левой половине брюшной полости Г. расположение слепой кишки в центральных отделах брюшной полости</p>
<p>Болезнь Гиршпрунга (врожденный мегаколон) обусловлена</p> <p>А. недоразвитием мышечного слоя Б. избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки В. отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки Г. сегментарной атрезией кишки</p>
<p>Термин - "штопорообразный пищевод" отражает</p> <p>А. аномалию развития Б. порок развития В. нейромышечное заболевание Г. воспалительное заболевание</p>
<p>Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид "мышинного хвоста", описывают как характерный признак</p> <p>А. при склеродермии Б. при кардиоэзофагеальном раке В. при ахалазии кардии Г. при эпифренальном дивертикуле</p>
<p>Рефлюкс-эзофагит является следствием</p> <p>А. снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и пищеводного клиренса Б. нарушения моторики пищевода и желудка В. ослаблением пропульсивной активности желудка Г. сочетания всего вышеперечисленного</p>
<p>Пептические язвы пищевода чаще встречаются на уровне</p> <p>А. шейного отдела Б. верхней трети (1-2 сегментов) В. средней трети (4-6 сегментов) Г. нижней трети (7-9 сегментов)</p>
<p>Язвы пищевода возникают</p> <p>А. при мозговых расстройствах, после операций, или в результате травмы Б. при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, язвах желудка или 12-перстной кишки, островковой гетеротопии желудочной слизистой в пищеводе В. при диабете Г. сопровождают варикозное расширение вен пищевода</p>
<p>Наиболее частым осложнением язвы пищевода является</p> <p>А. малигнизация Б. рубцовое сужение просвета В. перфорация стенки пищевода Г. кровотечение</p>
<p>Осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является</p> <p>А. ущемление Б. рефлюкс-эзофагит</p>

<p>В. кровотечение Г. все ответы правильные</p>
<p>Дивертикулы пищевода, образующиеся при хроническом медиастините, называются</p> <p>А. ценкеровскими Б. эпифренальными В. пульсионными Г. тракционными</p>
<p>В подбронхиальном сегменте контрастированного пищевода вдавление по левой и задней стенке возникает</p> <p>А. при наличии аортального стеноза Б. при уплотнении нисходящей аорты В. при наличии легочной гипертензии Г. все ответы правильны</p>
<p>Типичной локализацией эзофаго-бронхиальных свищей является</p> <p>А. уровень бифуркации трахеи Б. аортальный сегмент В. ретрокардиальный сегмент Г. дистальный отдел пищевода</p>
<p>Сужение верхней трети грудного отдела пищевода не характерно</p> <p>А. для рака Б. для рубцового сужения после ожога В. для стенозирующего эзофагита Г. для склерозирующего медиастинита</p>
<p>Методика Ивановой - Подобед применяется при рентгенодиагностике</p> <p>А. малого рака пищевода Б. инородного тела пищевода В. дивертикулов пищевода Г. полипов пищевода</p>
<p>Послеязвенная рубцовая деформация желудка по типу песочных часов - это асимметричное сужение просвета желудка</p> <p>1. в области тела 2. в антральном отделе 3. в препилорическом отделе 4. в любом отделе желудка</p>
<p>В пилородуоденальной области рубцово-язвенный стеноз чаще встречается на уровне</p> <p>А. препилорического отдела желудка Б. привратника В. луковицы двенадцатиперстной кишки Г. постбульбарного отдела</p>
<p>Деформация антрального отдела Гаудека является результатом рубцевания хронической язвы на малой кривизне желудка</p> <p>А. в верхней половине тела Б. в нижней трети тела или в углу желудка В. в антральном отделе Г. правильно Б и В</p>
<p>Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована в виде трилистника. Язвенную нишу (или так называемые "целующиеся" ниши) следует искать</p> <p>А. в основании луковицы Б. в центре луковицы В. на вершине луковицы Г. в карманах луковицы</p>

<p>Наиболее частой морфологической формой раннего рака желудка является</p> <p>А. фунгозный Б. инфильтративный В. эрозивно-язвенный Г. Перфоративный</p>
<p>Пептическая язва анастомоза после резекции желудка чаще встречается</p> <p>А. при резекции по Бильрот-I по поводу язвы Б. при резекции по Бильрот-I по поводу опухоли В. при резекции по Бильрот-II по поводу язвы Г. при резекции по Бильрот-II по поводу опухоли</p>
<p>Синдром приводящей петли является результатом</p> <p>1.резекции желудка и анастомоза по Ру 2.Гастроэнтероанастомоза на длинной петле впереди ободочной кишки 3.механических факторов, приводящих к затруднению оттока дуоденальных соков (ущемление, заворот, инвагинация отводящей петли и др.) 4.моторной дискинезии и гипермоторной дисфункции анастомозирующей кишечной петли</p>
<p>Демпинг-синдром после резекции желудка проявляется</p> <p>А. мышечными судорогами вскоре после еды Б. спазмом кистей и стоп через час после еды В. слабостью, потливостью, тахикардией, головокружением, имеющие тенденцию к уменьшению в горизонтальном положении Г. все ответы правильны</p>
<p>Наиболее важное методическое условие для рентгенодиагностики поддиафрагмального абсцесса как раннего осложнения после резекции желудка - это</p> <p>А. латерография для изучения левого поддиафрагмального пространства Б. рентгенография в прямой и боковой проекциях В. рентгенологическое исследование с контрастированием культи желудка Г. рентгенологическое исследование с контрастированием селезеночной кривизны ободочной кишки</p>
<p>Спазм нисходящего отдела АБ-перстной кишки с грубой неравномерной зубчатостью медиального контура (симптом полисада) признаки</p> <p>А. хронического панкреатита Б. перидуоденита В. дивертикулита Г. может быть при любом из перечисленных заболеваний</p>
<p>Атрофия ворсинок тонкой кишки наиболее выражена</p> <p>А. при болезни Уиппла Б. при кишечной аллергии В. при нетропическом спру Г. при энтеропатиях</p>
<p>В верхней половине тонкой кишки наиболее частой злокачественной опухолью является</p> <p>А. рак Б. лимфома В. лейомиосаркома Г. карциноидная опухоль</p>
<p>Стеаторрея, отложение нейтрального жира и жирных кислот в подслизистой и в лимфатических узлах, расширение просвета кишки - признаки, характерные</p> <p>А. для целиакии Б. для хронического панкреатита В. для энтеропатии Г. для болезни Уиппла</p>
<p>Синдром Пейтца - Егерса - это сочетание полипоза тонкой кишки</p> <p>А. с выпотом в плевре Б. с пигментными пятнами на коже и слизистых В. с дивертикулом Меккеля</p>

Г. с хроническим аппендицитом
Рентгенодиагностика функциональных нарушений толстой кишки основывается на изменениях
А. положения и размеров кишки Б. гаустрации, ширины просвета, сроков пассажа бариевой взвеси В. рельефа слизистой оболочки Г. эластичности стенок кишки
Эксудативное воспаление с вовлечением всей кишечной стенки и образованием эпителиоидных гранул в подслизистом слое характерно
А. для постлучевого колита Б. для язвенного колита В. для гранулематозного колита Г. для спастического колита
Рак ободочной кишки из полипа на ножке возникает
А. часто Б. редко В. в половине случаев Г. случайно
Пусковой (триггерный) механизм при панкреатитах обусловлен
А. протеолитическими ферментами поджелудочной железы Б. присоединяющейся инфекцией В. геморрагиями Г. инфарктами (тромбозами)
Три месяца назад больной перенес операцию по поводу рака головки поджелудочной железы. При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости в проекции общего желчного и панкреатического протока определяются дренажные трубки, имеется газ в желчных протоках. Наиболее вероятен следующий тип операции
А. билиодигестивный анастомоз Б. панкреатодуоденальная резекция В. резекция хвоста поджелудочной железы Г. дренирование сальниковой сумки
Опухоли поджелудочной железы, проявляющиеся гиперинсулинемией чаще являются
А. солитарной аденомой Б. множественной аденомой В. карциномой Г. гиперплазией
Цирроз печени характеризуется диффузным или очаговым увеличением количества
А. желчных протоков Б. соединительной ткани В. печеночных клеток Г. сосудистых элементов
Склерозирующие холангиты обусловлены сужением желчных протоков. При этом
А. вовлекается печеночный и общий желчный проток Б. имеет место сужение только общего желчного протока В. изменения локализуются в сегментарных протоках печени Г. изменения протоков в любом отделе билиарного дерева
Образование камней желчного пузыря обусловлено процессами
А. механическими Б. химическими В. физико-химическими Г. инфекционными
Рентгеноконтрастные камни желчного пузыря у детей и подростков взаимосвязаны
А. с дефицитом лактазы Б. с чрезмерным потреблением молока В. с нарушением холестерина обмена Г. с нарушением метаболизма кальция

<p>Эмфизематозные холециститы часто наблюдаются у больных</p> <p>А. с коронарокардиосклерозом Б. с нелеченным или плохо леченным диабетом В. с подагрой Г. с холедохолитиазом</p>
<p>У больного после холецистэктомии и дренирования общего желчного протока по поводу калькулезного холецистита, холедохолитиаза через дренажную трубку выделяется много желчи, кал обесцвечен. При фистулографии проток расширен, терминальный отдел его обтурирован, форма обтурации в виде «глубокого» менископодобного вдавления. Причиной обтурации является</p> <p>А. рак Б. камень В. рубцовая стриктура Г. спазм</p>
<p>Частичная релаксация диафрагмы обычно определяется</p> <p>А. справа в задних отделах Б. справа в передних отделах В. слева в задних отделах Г. слева в передних отделах</p>
<p>Выраженное нарушение подвижности диафрагмы наблюдается</p> <p>А. при панкреатите Б. при распространенном перитоните В. при поддиафрагмальном абсцессе Г. все ответы верны</p>
<p>Травматические грыжи диафрагмы чаще образуются</p> <p>А. в сухожильном центре Б. в заднем отделе правой половины В. в заднем отделе левой половины Г. в переднем отделе левой половины</p>
<p>К рентгенологическим признакам наличия свободной жидкости в брюшной полости относятся все перечисленные симптомы, за исключением признака</p> <p>А. расширения латеральных каналов: нечеткость анатомических деталей Б. воздушной тонкокишечной "арки" с закругленными концами В. треугольного, полулунного и полосовидного затемнения между раздутыми кишечными петлями Г. при перемене положения больного наибольшая степень затемнения каждый раз определяется в нижележащих отделах брюшной полости</p>
<p>У больного с клиникой острого живота при обзорном рентгенологическом исследовании обнаружен свободный газ в брюшной полости. Рентгенолог должен</p> <p>А. закончить исследование Б. дополнительно исследовать больного в латеропозиции В. при состоянии средней тяжести провести контрастное исследование желудка и 12-перстной кишки с бариевой взвесью или водорастворимыми препаратами Г. произвести двойное контрастирование желудка</p>
<p>Классификация кишечной непроходимости по В.И. Петрову создана на основе</p> <p>А. клинико-морфологических данных Б. рентгенологических проявлений В. причины, вызвавшей непроходимость Г. уровня непроходимости</p>
<p>Первые рентгенологические симптомы кишечной непроходимости появляются</p> <p>А. через 1-1,5 часа Б. через 1,5 -2,5 часа В. через 1,5 -2 часа Г. через 3 -5 часа</p>
<p>На высоте кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта рентгенологическое исследование производят</p>

<p>А. на трохооскопе с бариевой взвесью в различных положениях больного, без компрессии и пальпации</p> <p>Б. в вертикальном положении с бариевой взвесью, но без компрессии и пальпации</p> <p>В. в горизонтальном положении с контрастированием желудка воздухом</p> <p>Г. без каких-либо ограничений</p>
<p>При тупой травме живота наиболее часто повреждается</p> <p>А. эзофаго-кардиальный переход</p> <p>Б. тонкая кишка</p> <p>В. двенадцатиперстная кишка</p> <p>Г. поперечная ободочная кишка</p>
<p>У больного с переломом костей таза, при задержке мочи и гематурии, необходимо произвести в первую очередь</p> <p>А. ирригоскопию</p> <p>Б. аортографию</p> <p>В. выделительную урографию</p> <p>Г. цистографию</p>
<p>Рентгенологические признаки: высокое стояние и малая подвижность левого купола диафрагмы, реактивные изменения в плевральной полости и базальных отделах легкого, неоднородное затемнение под левой половиной диафрагмы с горизонтальным уровнем жидкости, смещение желудка и селезеночного угла ободочной кишки - характерны</p> <p>А. для разрыва селезенки</p> <p>Б. для тромбофлебитической спленомегалии</p> <p>В. для левостороннего поддиафрагмального абсцесса</p> <p>Г. для рака хвоста поджелудочной железы с распадом</p>
<p>Различных размеров полостные образования с жидкостью и газом в проекции тени печени, определяемые в прямой и боковой проекциях, при отсутствии реактивных плевральных изменений свидетельствуют</p> <p>А. об интерпозиции толстой кишки</p> <p>Б. об ограниченном гнойном перитоните</p> <p>В. о поддиафрагмальном абсцессе</p> <p>Г. об абсцессе печени</p>
<p>Для рентгенологической диагностики обтурации пищевода мягким инородным телом применяют</p> <p>А. водорастворимое контрастное вещество</p> <p>Б. жидкую взвесь сульфата бария</p> <p>В. бариевую пасту</p> <p>Г. таблетку сульфата бария</p>
<p>Основным рентгенологическим симптомом инструментального разрыва пищевода является</p> <p>А. односторонний гидроторакс</p> <p>Б. затекание контрастного вещества за контуры пищевода</p> <p>В. эмфизема средостения</p> <p>Г. эмфизема мягких тканей шеи</p>
<p>Для диагностики повреждений пищевода контрастное исследование следует выполнять</p> <p>А. с жидкой взвесью сульфата бария</p> <p>Б. с водорастворимым контрастным веществом</p> <p>В. с бариевой пастой</p> <p>Г. с таблеткой сульфата бария</p>
<p>Наиболее часто причиной толстокишечной непроходимости является</p> <p>А. заворот слепой кишки</p> <p>Б. заворот сигмовидной кишки</p> <p>В. обтурация просвета кишки опухолью</p> <p>Г. сдавление просвета кишки спайками</p>
<p>Основным рентгенологическим методом определения уровня и характера препятствия при толстокишечной непроходимости является</p>

<p>А. контрастная клизма</p> <p>Б. оценка пассаж водорастворимого контрастного вещества</p> <p>В. оценка пассаж жидкой взвеси сульфата бария</p> <p>Г. оценка пассаж радиофармпрепаратов</p>
<p>Наиболее грозным осложнением странгуляционной кишечной непроходимости является</p> <p>А. анемия</p> <p>Б. кишечное кровотечение</p> <p>В. инвагинация</p> <p>Г. некроз участка кишки, вовлеченного в патологический процесс</p>
<p>Противопоказанием к выполнению контрастной клизмы является</p> <p>А. признаки свища толстой кишки</p> <p>Б. стриктура толстой кишки</p> <p>В. рак толстой кишки</p> <p>Г. острая токсическая дилатация толстой кишки</p>
<p>Граница прямой и сигмовидной кишки определяется на уровне</p> <p>А. гребня подвздошной кости</p> <p>Б. S3-S4 позвонков</p> <p>В. S1-S2 позвонков</p> <p>Г. L5-S1 позвонков</p>
<p>Граница сигмовидной и нисходящей кишки определяется на уровне</p> <p>А. гребня подвздошной кости слева</p> <p>Б. S3-S4 позвонков</p> <p>В. S1-S2 позвонков</p> <p>Г. L5-S1 позвонков</p>

Раздел 1.4 Рентгенология. Органы мочеполовой системы

Тестовые вопросы
<p>Недостаток метода экскреторной урографии -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. быстрое исследование всех мочевых путей 2. возможность выявить структуру чашечно-лоханочной системы 3. обнаружение обызвествлений Г. невозможность оценить околопочечное пространство
<p>Прямая пиелография - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прямое введение контрастного вещества в просвет верхних мочевых путей 2. специальное исследование мочевого пузыря 3. экскреторная урография 4. исследование без использования контрастного вещества
<p>В диагностике опухолевых заболеваний почек наиболее информативным методом является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обзорная рентгенография 2. линейная томография 3. компьютерная томография 4. ангиография
<p>Какой из признаков имеет решающее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. длина мочеточников 2. уровень отхождения почечной артерии 3. уровень расположения прилоханочного отдела мочеточника 4. уровень расположения почечной лоханки
<p>По какому признаку следует предположить почечную колику на экскреторной урограмме?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. по наличию пиелоэктазии 2. по «немой» почке 3. по оттеснению верхней группы чашечек

4. по деформации наружных контуров почки
Какая методика дает наибольшую информацию при туберкулезном папиллите? 1. Экскреторная урография 2. Цистография 3. Обзорная рентгенография 4. Ангиография
Какой симптом является специфичным для кавернозного туберкулеза почки при экскреторной урографии? 1. Контрастное пятно в паренхиме почки 2. «Белая почка» 3. Интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы 4. Увеличение размеров почки
Какой из перечисленных симптомов имеет место при опухоли почки? 1. уменьшение размеров почки 2. расширение чашечек и лоханки 3. смещение и сдавление чашечек 4. перегиб мочеточника
Какая методика наиболее диагностически достоверна при рентгеногегативных конкрементах верхних мочевых путей? 1. экскреторная урография 2. обзорная рентгенография 3. ангиография 4. сцинтиграфия
Какая методика считается наиболее рациональной при травме почек? 1. обзорная рентгенография 2. экскреторная урография 3. рентгеновская компьютерная томография 4. МРТ
Какая методика дает более достоверные данные об агенезии, аплазии и гипоплазии почки? 1. обзорная рентгенография 2. экскреторная урография 3. ретропневмоперитонеум с томографией 4. почечная ангиография
Какой из методов можно использовать для визуализации чашечно-лоханочной системы при "немой" почке? 1. инфузионную урографию 2. ретроградную пиелографию 3. обзорную рентгенографию 4. ангиографию
Оттеснение и сдавление чашечек на экскреторных урограммах, бессосудистые зоны на ангиограммах характерны для 1. опухоли почки 2. хронического пиелонефрита 3. кистозного процесса 4. гидронефроза
Расширение лоханки и чашечек, увеличение размеров почки, истончение паренхимы, снижение скорости заполнения чашечно-лоханочной системы контрастным веществом при урографии характерно для А. солитарной кисты Б. опухоли почки В. гидронефроза Г. хронического пиелонефрита
Увеличение одной из почек, сдавление и деформация чашечек, локальное истончение коркового слоя паренхимы по данным экскреторной урографии характерны для

<ol style="list-style-type: none"> 1. хронического пиелонефрита 2. камней почек 3. поликистоза 4. солитарной кисты
<p>Признаки незавершенного поворота почки при сохранении ее нормальных размеров, выраженная полицикличность контуров, уменьшение числа чашечек характерны для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. туберкулеза почки 2. почечного дизэмбриогенеза 3. гипоплазии почки 4. опухоли почки
<p>Двустороннее увеличение и неровность контуров почек, удлинение шеек чашечек с их дистопией, сдавление почечных лоханок характерны для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. карбункула почки 2. туберкулеза почки 3. опухоли почки 4. поликистоза
<p>Какие рентгенологические признаки характерны для хронического пиелонефрита до наступления стадии сморщивания почек?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенологических признаков нет 2. уменьшение размеров почки 3. деформация чашечек 4. снижение тонуса полостной системы
<p>Какое заболевание приводит к гидронефрозу?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хронический пиелонефрит 2. поликистоз 3. обструкция мочеточника 4. опухоли почки
<p>При каком заболевании наблюдается наибольшая деформация чашечно-лоханочной системы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хронический пиелонефрит 2. камни почек 3. поликистоз 4. солитарная киста
<p>При каком заболевании чаще всего выявляются группы мелких конкрементов в паренхиме почки?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при мочекаменной болезни 2. при поликистозе 3. при губчатой почке 4. при почечном тубулярном ацидозе
<p>Наиболее информативный метод при дифференциальной диагностике поликистоза и опухоли почки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ретроградная пиелография 2. селективная ангиография 3. рентгеновская компьютерная томография 4. экскреторная урография
<p>При каком заболевании с наибольшим диагностическим эффектом применяется рентгеновская компьютерная томография?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. при рентгенопозитивных конкрементах 2. при пиелонефрите 3. при рентгенонегативных конкрементах? 4. при гидронефрозе
<p>Какое из перечисленных состояний не относится к косвенным признакам опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гидронефротическая трансформация 2. удвоение мочеточника 3. проксимальное расширение мочеточника

4. дефект наполнения мочеточника с его дислокацией
С какого метода следует начинать обследование больного при почечной колике?
<ol style="list-style-type: none"> 1. обзорная рентгенография 2. ультразвуковое исследование 3. экскреторная урография 4. магнитно-резонансная томография
Какой метод наиболее информативен при дифференциальной диагностике простых кист и ангиомиолипом
<ol style="list-style-type: none"> 1. обзорная рентгенография 2. экскреторная урография 3. рентгеновская компьютерная томография 4. ретроградная пиелография
С какого метода следует начинать исследование при гематурии, протекающей без болевого синдрома?
<ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторная урография 2. обзорная рентгенография 3. ультразвуковое исследование 4. магнитно-резонансная томография
К каким аномалиям положения почек не относится один из перечисленных пороков развития?
<ol style="list-style-type: none"> 1. подковообразная почка 2. галетообразная почка 3. L-образная почка 4. гипоплазия почки
Наиболее информативным методом диагностики стеноза почечных артерий является
<ol style="list-style-type: none"> 1. экскреторная урография 2. КТ-ангиография 3. ультразвуковое исследование 4. обзорная рентгенография
К симптомам опухоли почки на урограммах относится:
<ol style="list-style-type: none"> 1. "ампутация" группы чашечек 2. недостаточно выраженная нефрографическая фаза 3. уменьшение размеров почки 4. расширение чашечно-лоханочной системы
Какой критерий не используется для определения стадии опухолевого процесса в почке?
<ol style="list-style-type: none"> 1. распространение опухоли за пределы капсулы почки 2. инвазия и тромбирование почечной и нижней полой вен 3. вовлечение лимфатических узлов в опухолевый процесс 4. характер контрастирования опухоли
В оценке стадии опухоли мочевого пузыря не используется один из перечисленных факторов
<ol style="list-style-type: none"> 1. распространение опухоли в глубину стенки мочевого пузыря 2. инвазия опухоли в паравезикальную клетчатку 3. вовлечение в опухолевый процесс предстательной железы 4. соотношения размеров опухоли и мочевого пузыря
При увеличении почки, наличии явлений пиелэктазии и истончения коркового слоя паренхимы в первую очередь приходится думать об одном из перечисленных заболеваний
<ol style="list-style-type: none"> 1. гломерулонефрите 2. рефлюкс-нефропатии 3. гидронефротической трансформации 4. опухоли почки
На интенсивность изображения мочевых путей влияют следующие экстраренальные факторы

<ol style="list-style-type: none"> 1. количество введенного контрастного вещества 2. концентрация контрастного вещества 3. возраст пациента 4. сопутствующие заболевания
<p>При нефротическом синдроме ведущими рентгенологическими симптомами являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нарушение пассажа контрастного вещества из верхних мочевых путей 2. отсутствие контрастирования чашечно-лоханочных систем 3. уменьшение размеров почек и снижение их контрастности 4. двустороннее увеличение почек с резким контрастированием нефрографического эффекта и признаками сдавления внутривнепочечных полостных структур
<p>При урографическом исследовании у больных с рефлюкс-нефропатией выявляются следующие симптомы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшение размеров почки с локальным истончением паренхимы в области верхнего полюса, грибовидная деформация чашечек 2. увеличение почки с выраженным нефрографическим эффектом 3. выраженная задержка эвакуации контрастного вещества из верхних мочевых путей 4. тубулярный стаз контрастного препарата в области мальпигиевых пирамид
<p>Для доброкачественной опухоли мочевого пузыря характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дополнительное тканевое образование с неровной поверхностью на широком основании 2. незначительное изменение объема мочевого пузыря с его выраженной асимметрией 3. неоднородная структура опухоли с участками некроза и кальцификации 4. тканевое образование в полости пузыря с хорошо дифференцируемой ножкой без инфильтрации стенки
<p>Наиболее распространенной локализацией ракового поражения мочевой системы является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. паренхима почки 2. чашечно-лоханочная система 3. мочеточник 4. мочевого пузыря
<p>Злокачественное солидное новообразование почки чаще всего представляет собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. онкоцитому 2. лимфому 3. лейомиому 4. гистиоцитому
<p>Уретеро-вазальный конфликт чаще всего возникает на уровне</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. юкставезикального отдела мочеточника 2. прилоханочного отдела мочеточника 3. второго физиологического сужения мочеточника 4. в области нижней трети мочеточника
<p>Ведущим рентгенологическим признаком при нефроптозе является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышенная подвижность почек при переходе из горизонтального в вертикальное положение 2. продольная ротация почки в ортостатическом положении 3. перегиб мочеточника 4. ретенция контрастного вещества в почечной лоханке
<p>Насколько может уменьшаться размер нормально сформированной почки по сравнению с исходной величиной в результате тотального нефросклероза?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. не более, чем на 15% 2. не более, чем на 30% 3. не более, чем на 40% 4. более, чем на 50%

Раздел 1.5. Рентгенология. Скелетно-мышечная система

Задание
При травматическом повреждении лицевого скелета наиболее информативно

<p>выполнение</p> <p>А. Обзорной рентгенографии Б. МРТ В. КТ Г. Ангиографии</p>
<p>Узуры ребер характерны для</p> <p>А. Дефекта межжелудочковой перегородки Б. Открытого артериального протока В. Коарктации аорты Г. Стеноза устья аорты</p>
<p>Наиболее ранним признаком ревматоидного артрита является</p> <p>А. Остеопороз Б. Сужение суставной щели В. Краевые эрозии суставных поверхностей Г. Экзостозы</p>
<p>При повреждении мениска коленного сустава наиболее информативным методом является</p> <p>А. Рентгенография в различных проекциях Б. МРТ В. КТ Г. Контрастирование полости коленного сустава</p>
<p>Наиболее убедительный симптом при диагностике переломов костей</p> <p>А. Деформация кости Б. Уплотнение костной структуры В. Перерыв коркового слоя Г. Линия просветления</p>
<p>О не срастающемся переломе наиболее убедительно свидетельствует</p> <p>А. Длительно прослеживающаяся линия перелома Б. Отсутствие параоссальной мозоли В. Выраженный регионарный остеопороз Г. Склеротическое отграничение краев отломков</p>
<p>Разрыв какой из крестообразных связок в коленном суставе встречается намного чаще?</p> <p>А. Передней Б. Задней В. Одинаково Г. Передней с отрывом суставной поверхности</p>
<p>Какие суставы чаще всего поражаются при ревматоидном артрите</p> <p>А. проксимальные суставы кистей и стоп Б. дистальные суставы кистей и стоп В. крупные суставы Г. крупные и мелкие суставы</p>
<p>Равномерное сужение суставной щели, двусторонняя симметричная локализация поражения, околосуставной остеопороз, краевые эрозии наиболее характерны для</p> <p>А. ревматоидного артрита Б. дегенеративного заболевания суставов В. обоих вариантов Г. переломов</p>
<p>Какие суставы всегда поражаются при анкилозирующем спондилоартрите?</p> <p>А. Суставы кистей Б. Коленные суставы В. Крестцово-подвздошные сочленения Г. Тазобедренные суставы</p>
<p>Гигантоклеточная опухоль кости чаще всего поражает</p> <p>А. Диафиз Б. Эпифиз В. Метафиз</p>

Г. Метастазы
Какая первичная злокачественная опухоль костей чаще всего встречается у взрослых? А. Множественная миелома Б. Остеосаркома В. Саркома Юинга Г. Метастазы рака предстательной железы
При остеобластических метастазах костная плотность А. Повышается Б. Понижается В. Не изменяется Г. изменяется незначительно
При какой первичной опухоли кости имеется классический тип периостальной реакции в виде «кожицы лука» (слоистый периостит)? А. Остеосаркома Б. Саркома Юинга В. Энхондрома Г. рабдомиосаркома
Куда чаще всего метастазируют остеосаркома и саркома Юинга? А. Печень Б. Легкие В. Головной мозг Г. тела позвонков
Какой период времени проходит до развития типичных признаков остеомиелита на обычных рентгенограммах? А. Признаки определяются сразу же с первого дня болезни Б. Через месяц В. 7-10 дней Г. В недели
Что такое секвестр? А. Отдельный фрагмент кости при оскольчатом переломе Б. Это абсцесс кости В. Мертвый фрагмент кости в зоне остеомиелита Г. Разрастание надкостницы
Наиболее чувствительный метод при диагностике раннего аваскулярного некроза головки бедренной кости А. КТ Б. Рентгенография В. МРТ Г. Сцинтиграфия
Дегидратация межпозвонковых дисков проявляется на МРТ в виде А. Низкого сигнала в дисках на T2- изображениях Б. Высокого сигнала в дисках на T2- изображениях В. Не проявляется при МРТ Г. Низкого сигнала в дисках на T1- изображениях
Появление пузырьков газа в межпозвонковом диске при дегенеративных заболеваниях связано с А. Снижением высоты диска Б. Нарушением целостности пульпозного ядра В. Скоплением азота на уровне пораженного диска Г. нарушением проницаемости диска
Узлы Шморля - это А. внутривертебральные грыжевые выпячивания диска Б. дорзальные выпячивания диска В. дефект замыкательных пластинок позвонков
Грыжа Шморля - это А. внутривертебральные грыжевые выпячивания диска

<p>Б. дорзальные выпячивания диска В. дефект замыкательных пластинок позвонков</p>
<p>Для остеогенной саркомы типичен А. «Луковичный» периостит Б. Игольчатый периостит В. Бахромчатый периостит</p>
<p>Истончение и разрушение коркового слоя характерно для А. злокачественного новообразования Б. остеоартроза В. доброкачественного новообразования</p>
<p>Постепенно возникающее разрушение кости с замещением ее какой-либо другой патологической тканью - это А. Остеопороз Б. Остеосклероз В. Деструкция Г. Остеолиз</p>
<p>Полное рассасывание кости без замещения ее другой тканью - это А. Остеопороз Б. Остеосклероз В. Деструкция Г. Остеолиз</p>
<p>Омертвление участка кости вследствие недостаточного питания или полного его прекращения - это А. Остеопороз Б. Остеосклероз В. Деструкция Г. Остеонекроз</p>
<p>Вид патологической перестройки костной ткани, при котором уменьшается количество костных балок на единицу объема кости - это А. Остеопороз Б. Остеосклероз В. Деструкция Г. Остеолиз</p>
<p>Постепенное отторжение омертвевшего участка кости – это А. Остеопороз Б. Остеосклероз В. Остеонекроз Г. Секвестрация</p>
<p>Вид патологической перестройки костной ткани, которая сопровождается увеличением количества костных балок в единицу объема кости и уменьшением межбалочных пространств - это А. Остеопороз Б. Остеосклероз В. Деструкция Г. Остеолиз</p>
<p>Видна ли неизменная надкостница на рентгенограммах? А. Да Б. Нет</p>
<p>Рентгенологическая картина развития клювовидных остеофитов по переднебоковой поверхности тел позвонков характерна для А. Остеохондроза Б. Деформирующего спондилеза В. Деформирующего артроза</p>
<p>Сужение межпозвоночной щели, краевой склероз и образование небольших компактных остеофитов характерно для</p>

<p>А. Остеохондроза Б. Деформирующего спондилеза В. Деформирующего артроза</p>
<p>Для туберкулеза костей типично А. Поражение диафиза и распространение процесса на сустав Б. Поражение диафиза без распространения процесса на сустав В. Поражение эпифиза и распространение процесса на сустав Г. Поражение эпифиза без распространения процесса на сустав</p>
<p>При туберкулезе костей А. Характерно наличие выраженных периостальных наслоений Б. Не характерно наличие выраженных периостальных наслоений</p>
<p>При подозрении на метастатическое поражение костей скелета на более ранних сроках изменения будут выявлены при А. Рентгенографии Б. Остеосцинтиграфии В. Изменения появятся одновременно</p>
<p>Остеомы обычно: А. Нарушают кортикальный слой Б. Не нарушают кортикальный слой</p>
<p>Гигантоклеточная опухоль- это А. Доброкачественная опухоль Б. Злокачественная опухоль В. Может быть как доброкачественной, так и злокачественной</p>
<p>Опухоль Юинга- это А. Доброкачественная опухоль Б. Злокачественная опухоль В. Может быть как доброкачественной, так и злокачественной</p>
<p>Эпифизиолиз характерен для А. Детского возраста Б. Взрослого возраста</p>
<p>Перелом по типу зеленой ветки это А. поднадкостничный перелом Б. вколоченный перелом В. многооскольчатый перелом</p>
<p>Аномалия Киммерле - это А. Дефект первого позвонка на уровне борозды позвоночной артерии Б. Гипоплазия одной из позвоночных артерий В. Аномальное костное кольцо вокруг позвоночной артерии в области задней дуги первого шейного позвонка Г. Обызвествление стенок позвоночной артерии</p>
<p>Протрузия диска – это все, кроме 1. разновидность грыжи диска 2. небольшое диффузное выпячивание вещества диска за контур тела позвонка 3. предшествует грыже диска 4. Грыжа Шморля</p>
<p>К типичным признакам фиброзной дисплазии НЕ относится А. матрикс по типу матового стекла Б. преимущественно развивается в пожилом возрасте В. характерная локализация: ребра, бедренная кость, плечевая кость, кости черепа Г. отсутствие признаков костной деструкции</p>
<p>Какой стадии асептического некроза головки бедренной кости соответствует импрессия суставной поверхности? А. Первой Б. Второй В. Третьей Г. Четвертой</p>

<p>Перелом лучевой кости в типичном месте происходит на уровне</p> <p>А. Середины диафиза Б. Проксимального эпифиза В. Дистального метаэпифиза</p>
<p>Для какой опухоли типична локализация в эпифизах костей?</p> <p>А. остеосаркома Б. хондробластома В. энхондрома Г. метастаз</p>
<p>Какое исследование является наиболее специфичным на ранних стадиях асептического некроза головки бедренной кости?</p> <p>А. Рентгенография Б. КТ В. МРТ Г. Сцинтиграфия</p>
<p>Остеохондропатия медиального мыщелка бедренной кости называется</p> <p>А. болезнью Хагlundа Б. болезнью Бехтерева В. болезнью Кенига Г. болезнью Шойермана - Мау</p>
<p>Скрытый перелом можно выявить на</p> <p>А. стандартных рентгенограммах Б. компьютерных томограммах В. магнитно-резонансных томограммах Г. ультразвуковых изображениях</p>
<p>Основной методикой значимой в стадировании ревматоидного артрита является</p> <p>А. МРТ Б. КТ В. стандартная рентгенография</p>
<p>Единственный вид нестабильного повреждения таза, при котором разрывается только переднее полукольцо</p> <p>А. перелом «всадника» Б. перелом «наездника» в виде «бабочки» В. перелом по типу «кроны дерева»</p>
<p>Патологическое сращение двух смежных эпифизов сустава</p> <p>А. синостоз Б. конкреценция В. анкилоз Г. ассимиляция</p>
<p>Периостальные наслоения в виде козырька часто встречаются при</p> <p>А. воспалительном процессе Б. при злокачественных образованиях В. при доброкачественных образованиях</p>
<p>К отделах мениска относятся</p> <p>А. Передний рог, задний рог, тело Б. Медиальный рог, латеральный рог, тело В. Тело, шейка, передний и задний рог</p>
<p>В формировании вертлужной впадины участвуют</p> <p>А. Подвздошная и седалищная кости Б. Лонная, подвздошная и седалищные кости В. Только подвздошная кость</p>
<p>Голеностопный сустав образован</p> <p>А. Обеими берцовыми костями и таранной костью Б. Большеберцовой костью и таранной костью В. Большеберцовой костью и пяточной костью</p>
<p>Асептический некроз ядра окостенения бугристости большой берцовой кости - это</p>

<p>А. Болезнь Кенига Б. Болезнь Осгуда-Шлаттера В. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса Г. Болезнь Шинца-Хаглунда</p>
<p>Воспалительный процесс в синовиальных сумках суставов с накоплением жидкости в них - это А. Олеогранулема Б. Бурсит В. Тендиноз Г. Лигаментоз</p>
<p>Болезнь Гоффа - это А. Отложение солей извести в хрящевой ткани Б. Асептический некроз части костного мозга В. Необратимые изменения жировой ткани в ромбовидном пространстве коленного сустава</p>
<p>Для деформирующего артроза наиболее характерно А. Сужение суставной щели чаще равномерное, краевые узурсы без четких контуров, остеопороз и атрофия кости, склонность к анкилозам Б. Сужение суставной щели чаще неравномерное, увеличение объема за счет отека мягких тканей, краевые узурсы без четких контуров, нечеткость и неровность субхондральных пластин В. Сужение суставной щели чаще неравномерное, четкость и неровность субхондральных пластин, краевые костные разрастания, мягкие ткани не изменены, субхондральный склероз, не приводит к анкилозу</p>
<p>В большинстве случаев полная консолидация перелома наступает через А. 4-5 недель Б. 1-2 мес. В. 4-8 мес. Г. 2-3 года</p>
<p>Что такое спондилолистез? А. Смещение тела позвонка кпереди относительно вышележащего позвонка Б. Смещение тела позвонка кпереди относительно нижележащего позвонка</p>
<p>III степень спондилолистеза - это А. смещение тела позвонка на 50-75% Б. смещение тела позвонка на 25-50% В. смещение тела позвонка на 75-100%</p>
<p>Где находятся суставы Люшка? А. на уровнях L1-S1 позвонков Б. на уровнях C2-C7 позвонков В. между фалангами кисти</p>
<p>К мышцам вращательной манжеты плеча относятся А. надостная и подостная Б. надостная и дельтовидная В. большая грудная и дельтовидная Г. надостная, подостная и дельтовидная</p>
<p>Отграничение субхондрального костно-хрящевого фрагмента суставной поверхности с тенденцией к его отторжению и превращению в свободное внутрисуставное тело может соответствовать А. остеомиелиту Б. осложнению гнойного артрита В. рассекающему остеохондрозу Кенига Г. процессу малигнизации</p>
<p>Сустав Лисфранка - это А. Межплюсневый сустав Б. Предплюсне-плюсневый сустав</p>
<p>Периартикулярные фиксирующие винты должны быть введены: А. до уровня субхондральной костной ткани, не затрагивая хрящ</p>

Б. должны проецироваться за контуром кости в хряще
Транспедикулярные винты А. Должны находиться вне позвоночного канала Б. Должны частично захватывать позвоночный канал В. Должны выходить за границы тела позвонка
Переломы позвонков у пациентов с остеопорозом («рыбьи» позвонки) наиболее часто локализуются А. в шейном отделе Б. в грудном и поясничном отделах В. в грудном отделе
Проксимальный ряд костей запястья включает А. Кость-трапеция Б. Головчатая кость В. Ладьевидная кость Г. Крючковидная кость
В большом пальце кисти имеется А. две фаланги Б. три фаланги В. одна фаланга
В канале запястья НЕ проходит: А. срединный нерв Б. сухожилие сгибателя большого пальца В. сухожилие длинной ладонной мышцы
Вывих в плечевом суставе происходит обычно А. кверху Б. книзу В. кпереди Г. кзади
Spina bifida anterior – это аномалия развития позвонков заключающаяся в А. наличии дефекта дужки позвонка Б. нарушения сегментации позвонков В. наличия дефекта тела позвонка Г. отсутствия суставных отростков
Spina bifida posterior – это аномалия развития позвонков заключающаяся в А. наличии дефекта дужки позвонка Б. нарушения сегментации позвонков В. наличия дефекта тела позвонка Г. отсутствия суставных отростков
Ассимиляция атланта – это аномалия развития кранио-verteбрального перехода характеризующаяся А. нарушением формирования зубовидного отростка второго шейного позвонка Б. частичным или полным сращением первого шейного позвонка с затылочной костью В. формированием дополнительных костных структур на уровне краниовертебрального перехода Г. дефектом задней дуги первого шейного позвонка
Манифестация атланта А. нарушением формирования зубовидного отростка второго шейного позвонка Б. частичным или полным сращением первого шейного позвонка с затылочной костью В. формирование дополнительных костных структур на уровне краниовертебрального перехода Г. дефект задней дуги первого шейного позвонка
Аномалия Киммерле представляет собой А. дефект первого позвонка на уровне борозды позвоночной артерии Б. обызвествление стенок позвоночной артерии В. аплазию позвоночной артерии Г. полную или частичную оссификацию атланто-окципитальной связки

<p>Конкресценция – это аномалия развития позвоночника, связанная с</p> <p>А. нарушением сегментации первичных позвонков Б. синостозированием тел позвонков в ходе их развития В. отсутствием первичной закладки тела позвонка Г. отсутствием первичной закладки дужки позвонка</p>
<p>Остеодеструкция – это процесс, характеризующийся</p> <p>А. рассасыванием костной ткани без замещения ее патологической тканью Б. разрушением костной ткани с замещением ее патологической структурой В. нарушением питания кости с формированием секвестра Г. повышением плотности костной ткани</p>
<p>Остеонекроз – это процесс, характеризующийся</p> <p>А. рассасыванием костной ткани без замещения ее патологической тканью Б. разрушением костной ткани с замещением ее патологической структурой В. нарушением питания кости с отделением ее фрагмента Г. повышением плотности костной ткани</p>
<p>Остеолизис – это процесс, характеризующийся</p> <p>А. рассасыванием костной ткани без замещения ее патологической тканью Б. разрушением костной ткани с замещением ее патологической структурой В. нарушением питания кости с отделением ее фрагмента Г. повышением плотности костной ткани</p>
<p>Остеосклероз – это процесс при котором происходит</p> <p>А. увеличение количества костных балок в единице объема кости Б. уменьшение количества костных балок в единице объема кости В. нарушение питания кости с формированием секвестра Г. увеличение размеров кости</p>
<p>Конверсия костного мозга – это</p> <p>А. замещение красного костного мозга желтым Б. инфаркт костного мозга В. инфильтрация костного мозга Г. замещение желтого костного мозга красным</p>
<p>Остеохондропатия медиального мыщелка бедренной кости называется</p> <p>А. болезнью Шойермана - May Б. болезнью Кенига В. болезнью Бехтерева Г. болезнью Хагглунда</p>
<p>Наиболее часто при травмах голеностопного сустава повреждается следующая связка</p> <p>А. дельтовидная Б. задняя малоберцово-таранная В. раздвоенная связка Г. передняя малоберцово-таранная</p>
<p>НЕ характерным для остеонид-остеомы является</p> <p>А. болевой синдром Б. деструктивные изменения В. выраженная периостальная реакция Г. значительный параоссальный мягкотканый компонент.</p>
<p>Скрытый перелом можно выявить на</p> <p>А. стандартных рентгенограммах Б. компьютерных томограммах В. магнитно-резонансных томограммах Г. ультразвуковых изображениях</p>
<p>Методом выбора в оценке структурных изменений костной ткани является</p> <p>А. магнитно-резонансная томография Б. рентгеновская компьютерная томография В. сцинтиграфия Г. ультразвуковое исследование</p>
<p>Для врожденного стеноза позвоночного канала на уровне поясничного отдела</p>

<p>позвоночника характерно уменьшение его сагиттального размера менее</p> <p>А. 25 мм Б. 20 мм В. 17 мм Г. 10 мм</p>
<p>Наиболее характерной локализацией для костно-хрящевого экзостоза является</p> <p>А. тела позвонков Б. метаэпифизы длинных трубчатых костей В. кости черепа Г. ребра</p>
<p>Для второй стадии сакроилеита по классификации Kellgren характерно</p> <p>А. минимальные изменения (небольшие, локальные области эрозий или склероза при отсутствии сужения суставной щели) Б. анкилоз сустава В. умеренный или значительный сакроилеит с эрозиями, склерозом, расширением, сужением или частичным анкилозом Г. отсутствие видимых изменений</p>
<p>Основной методикой в стадировании ревматоидного артрита является</p> <p>А. магнитно-резонансная томография Б. рентгеновская компьютерная томография В. конусно-лучевая компьютерная томография Г. стандартная рентгенография</p>
<p>Компрессионный вид переломов характерен для</p> <p>А. диафизов длинных трубчатых костей Б. тел позвонков В. костей лицевого черепа Г. костей таза</p>
<p>Для определения наличия нестабильности смещений позвонков методикой выбора является</p> <p>А. магнитно-резонансная томография Б. рентгеновская компьютерная томография В. стандартная рентгенография Г. рентгенография с использованием функциональных проб</p>
<p>Анатомически первый шейный позвонок не имеет</p> <p>А. передней дуги Б. тела В. отростков Г. задней дуги</p>
<p>Причиной компрессии невральных структур позвоночного канала не может стать</p> <p>А. передняя грыжа межпозвонкового диска Б. синовиальные кисты межпозвонковых суставов В. гипертрофия желтых связок Г. деформирующий спондилоартроз</p>
<p>Причиной возникновения спондилеза является</p> <p>А. оссификация задней продольной связки позвоночника Б. оссификация передней продольной связки позвоночника В. оссификация передних отделов фиброзного кольца межпозвонкового диска Г. конкреценция позвонков</p>
<p>Задняя продольная связка позвоночника плотно сращена с</p> <p>А. телами позвонков Б. ножками дужек позвонков В. желтыми связками Г. межпозвонковыми дисками</p>
<p>Наиболее эффективным методом диагностики повреждений связочного аппарата позвоночника является</p> <p>А. рентгеновская компьютерная томография</p>

<p>Б. ультразвуковое исследование В. магнитно-резонансная томография Г. рентгенография</p>
<p>Травматическая спондилопатия (болезнь Кюммеля) является следствием А. нарушения репаративных процессов после травмы позвоночника Б. метастатического поражения тела позвонка В. перелома отростков позвонка Г. повреждения связочного аппарата позвоночника</p>
<p>Перелом палача это А. перелом основания черепа Б. перелом дужек первого шейного позвонка В. взрывной перелом В шейного позвонка Г. двухсторонний перелом ножек дужки Б шейного позвонка</p>
<p>Характерным для туберкулезного спондилита является А. поражение дужки и отростков позвонка Б. отсутствие деструктивных изменений В. поражение смежных тел позвонков Г. отсутствие паравертебральных абсцессов</p>
<p>Критерием нестабильности смещений позвонков является А. изменение положения позвонков во время функциональных проб более чем на 2 мм Б. спондилоптоз В. 2 степень листеза по классификации Лямбля-Мейердинга Г. наличие спондилолиза</p>
<p>Характерным переломом первого шейного позвонка является А. перелом палача Б. перелом Джефферсона В. компрессионный перелом Г. отрывной перелом</p>
<p>Сужением подакромиального пространства является уменьшение расстояния между акромиальным отростком и головкой плечевой кости менее (мм) А. 20 Б. 17 В. 7 Г. 2</p>
<p>Наиболее ранним рентгенологическим проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является А. ухудшение видимости линии перелома Б. нежная облаковидная параоссальная тень В. сглаженность краев отломков Г. уплотнение краев отломков</p>
<p>О не срастающемся переломе наиболее убедительно свидетельствует А. отсутствие параоссальной мозоли Б. склеротическое отграничение краев отломков В. длительно прослеживающаяся линия перелома Г. выраженный регионарный остеопороз</p>
<p>Отграничение субхондрального костно-хрящевого фрагмента суставной поверхности с тенденцией к его отторжению и превращению в свободное внутрисуставное тело может соответствовать А. остеомиелиту Б. осложнению гнойного артрита В. рассекающему остеохондрозу Кенига Г. процессу малигнизации</p>
<p>Локальное утолщение в области бывшего перелома, имеющее неправильно веретенообразную форму с причудливыми шиповидными разрастаниями, характерно для А. ложного сустава</p>

<p>Б. избыточной костной мозоли В. неартроза Г. посттравматического остеомиелита</p>
<p>Линейный периостит в большинстве случаев наблюдается при А. воспалительных процессах Б. доброкачественных опухолях В. злокачественных опухолях Г. костном анкилозе</p>
<p>Игольчатые (спикулообразные) периостальные наслоения наиболее характерны для А. злокачественной опухоли Б. доброкачественной опухоли В. воспалительных процессах Г. костного анкилоза</p>
<p>Одним из признаков костного анкилоза является А. отсутствие суставной щели Б. расширение суставной щели В. деструкция костной ткани Г. линейный периостит</p>
<p>Массивные костные разрастания по краям суставной впадины характерный признак А. остеомиелита Б. деформирующего остеоартроза В. хронического артрита Г. злокачественной опухоли</p>
<p>Достоверный признак внутрисуставного перелома А. смещение костных отломков Б. расширение суставной щели В. перерыв замыкательной субхондральной пластинки Г. нарушение функции сустава</p>
<p>Вздутие кости – наиболее характерный признак А. внутрикостной доброкачественной опухоли Б. злокачественной опухоли В. остеоартроза Г. остеомиелита</p>
<p>Местом излюбленной локализации остеогенной саркомы является А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метаэпифиз длинных трубчатых костей В. тела позвончиков Г. кости свода черепа</p>
<p>Для ложного сустава НЕ характерны А. сглаженность и закругление углов отломков Б. склероз по краям отломков В. зазубренность концов отломков Г. длительно существующий (более 10 месяцев) диастаз между отломками</p>
<p>Длительность костной фазы сращения перелома составляет А. 2-3 дня Б. примерно 10 дней В. 2-3 недели Г. несколько месяцев</p>
<p>Сужение суставной щели характерный признак А. хронического артрита Б. вывиха В. острого артрита Г. костного анкилоза</p>
<p>Периостальные наслоения в виде козырька характеризуют: А. воспалительный процесс Б. доброкачественное образование</p>

<p>В. злокачественное образование Г. костный анкилоз</p>
<p>Слоистый (луковичный) периостоз наблюдается при</p> <p>А. формировании периостальной мозоли Б. доброкачественном новообразовании В. саркоме Юинга Г. костном анкилозе</p>
<p>Очаг деструкции правильной формы с четкими контурами и наличием ободка остеосклероза вокруг характерен для</p> <p>А. доброкачественной опухоли Б. остеогенной саркомы В. острого артрита Г. свежего перелома</p>
<p>Признаком остеомиелита является</p> <p>А. наличие секвестра Б. очаг деструкции В. очаговый остеопороз Г. слоистый периостит</p>
<p>Истончение и разрушение коркового слоя характерно для</p> <p>А. злокачественного новообразования Б. костного анкилоза В. остеоартроза Г. доброкачественного новообразования</p>
<p>Патологическое сращение двух смежных эпифизов и как следствие, приобретенное выключение функции соответствующего сустава называется</p> <p>А. синостоз Б. анкилоз В. конкреценция Г. ассимиляция</p>
<p>Распространенный остеопороз характеризуется</p> <p>А. поражением целой анатомической области Б. поражением всей конечности В. поражением в ограниченной зоне Г. поражением всех костей скелета</p>
<p>Эпифиз - это</p> <p>А. часть кости, расположенная между эпифизом и диафизом Б. часть кости, образующаяся из добавочных ядер окостенения В. средняя, наиболее длинная часть кости Г. концевой отдел, участвующий в формировании сустава</p>
<p>Апофиз - это</p> <p>А. часть кости, расположенная между эпифизом и диафизом Б. часть кости, образующая из добавочных ядер окостенения В. средняя, наиболее длинная часть кости Г. концевой отрезок, суставная поверхность которого покрыта хрящом</p>
<p>Физиологическое сращение эпифиза с диафизом называется</p> <p>А. синостоз Б. анкилоз В. конкреценция Г. ассимиляции</p>
<p>Единственный вид нестабильного повреждения таза, при котором разрывается только переднее полукольцо</p> <p>А. перелом «наездника» в виде «бабочки» Б. перелом «всадника» В. перелом в виде «птицы» Г. перелом по типу «кроны дерева»</p>
<p>На полный разрыв передних крестцово-подвздошных, межкостных и крестцово-</p>

<p>остистой связок указывает ширина диастаза между лонными костями более:</p> <p>А. 2,5 см Б. 1 см В. 2 мм Г. 5,0 см</p>
<p>В алгоритм диагностики минно-взрывной травмы конечностей НЕ входит</p> <p>А. КТ Б. УЗИ В. КТ с болюсным контрастированием Г. МРТ</p>
<p>Следствие постепенного перехода гнойного воспаления из мягких тканей конечности на ее скелет</p> <p>А. травматический остеомиелит Б. гематогенный остеомиелит В. контактный остеомиелит Г. реактивный остеомиелит</p>

Раздел 1.6 Рентгенология. Сердечно-сосудистая система

<p>Базовым (начальным) рентгенологическим исследованием сердца является</p> <p>А. полипозиционная рентгеноскопия грудной клетки Б. рентгенография в прямой проекции В. рентгенография грудной клетки в трех стандартных проекциях с контрастированием пищевода Г. рентгенография грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях с контрастированием пищевода</p>
<p>Поперечный размер сердца в прямой проекции представляет собой</p> <p>А. расстояние от верхушки сердца до правого атрио-вазального угла Б. сумму перпендикуляров к срединной линии от наиболее выступающих точек краеобразующих дуг правого предсердия и левого желудочка В. расстояние от правого кардио-диафрагмального угла до «тали» сердца Г. отрезок линии, соединяющей правый предсердно-сосудистый угол и правый сердечно-диафрагмальный угол</p>
<p>Кардиоторакальный индекс - это соотношение</p> <p>А. поперечного размера сердца к внутреннему размеру грудной клетки Б. длинного размера сердечной тени к диаметру грудной клетки В. высоты сердечной тени к диаметру грудной клетки Г. поперечного размера сердца к половине диаметра грудной клетки</p>

<p>Кардиоторакальный индекс в норме составляет не более (пороговое значение в %)</p> <p>А. 25 Б. 30 В. 50 Г. 60</p>
<p>Вторая дуга правого контура сердечно-сосудистой тени в норме образована</p> <p>А. правым предсердием Б. правым желудочком В. легочной артерией Г. восходящим отделом аорты</p>
<p>Давление в легочной артерии лучше всего отражает</p> <p>А. расстояние от срединной линии к наиболее выступающей точке дуги легочной артерии Б. ширина сосудистого пучка В. отношение перпендикуляра от срединной линии до наиболее выступающей точки дуги легочной артерии к половине диаметра грудной клетки Г. отношение перпендикуляра от срединной линии до наиболее выступающей точки дуги легочной артерии к диаметру грудной клетки</p>
<p>Для нарушения функции левого желудочка характерны следующие изменения легочной гемодинамики</p> <p>А. венозный застой Б. нормальный легочный кровоток В. артериальная гипертензия Г. обедненный легочный кровоток</p>
<p>Нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения при затруднении оттока из легочных вен характеризуется</p> <p>А. венозным застоем (венозной легочной гипертензией) Б. гиперволемией В. гиповолемией Г. нормальным легочным кровотоком</p>
<p>Увеличение какой дуги левого контура сердечно-сосудистой тени происходит при "легочном" сердце?</p> <p>А. первой Б. второй В. третьей Г. четвертой</p>
<p>Повышение прекапиллярного давления в малом круге отмечается при</p> <p>А. дефекте межпредсердной перегородки Б. дилатационной кардиомиопатии В. недостаточности митрального клапана Г. тетраде Фалло</p>
<p>Для расчета фракции выброса левого желудочка используют</p> <p>А. конечный диастолический и конечно-систолический объемы левого желудочка Б. сердечно-легочный коэффициент В. коэффициент Мура Г. общий объем сердца</p>
<p>Кальциноз створок клапана наблюдается при</p> <p>А. миокардите Б. экссудативном перикардите В. слипчатом перикардите Г. аортальном стенозе</p>
<p>«Аортальная» форма сердца наблюдается при</p> <p>А. митральном стенозе Б. трикуспидальном стенозе В. митральной недостаточности Г. стенозе устья аорты</p>
<p>Подчеркнутость талии сердца, смещение вниз правого атриовазального угла,</p>

<p>увеличение дуг аорты и левого желудочка характерно для (формы сердца)</p> <p>А. аортальной Б. митральной В. в форме «сапожка» Г. трапециевидной</p>
<p>Исчезновение талии сердца, удлинение 2 и 3 дуг левого контура, смещение вверх правого атриовазального угла характерно для (формы сердца)</p> <p>А. аортальной Б. митральной В. в форме «сапожка» Г. трапециевидной</p>
<p>Смещение правого атриовазального угла кверху характерно для</p> <p>А. стеноза устья аорты Б. митрального стеноза В. недостаточности аортального клапана Г. атеросклеротического аортокардиосклероза</p>
<p>Увеличение размеров левого предсердия является обязательным признаком</p> <p>А. стеноза правого атрио-вентрикулярного отверстия Б. недостаточности митрального клапана В. недостаточности аортального клапана Г. стеноза устья аорты</p>
<p>При стенозе устья аорты обычно имеет место</p> <p>А. диффузное расширение всех сегментов аорты Б. удлинение аорты В. локальное расширение восходящего отдела аорты Г. гипоплазия аорты</p>
<p>Быстрая динамика в виде увеличения размеров тени сердца наблюдается при</p> <p>А. миокардите Б. легочном сердце В. экссудативном перикардите Г. кардиомиопатии</p>
<p>Врожденный порок, для которого характерно наличие узураций ребер</p> <p>А. Стеноз легочной артерии Б. Открытый артериальный проток В. Коарктация аорты Г. Стеноз аортального клапана</p>
<p>Для аномалии Эбштейна характерно</p> <p>А. увеличение размеров левого предсердия Б. гипертрофия миокарда левого желудочка В. расширение выносящего тракта правого желудочка Г. дилатация правых камер сердца</p>
<p>Сердце в форме «сапожка» характерно для</p> <p>А. аномалии Эбштейна Б. тетрады Фалло В. аортального стеноза Г. коарктации аорты</p>
<p>При выпотном перикардите тень средостения:</p> <p>А. приобретает форму «сапожка» Б. приобретает трапециевидную форму В. приобретает митральную форму Г. приобретает аортальную форму</p>
<p>Обызвествление по контурам сердечной тени характерно для</p> <p>А. атеросклеротического аортокардиосклероза Б. констриктивного перикардита В. миокардита Г. митрального стеноза</p>

<p>Для хронического "легочного" сердца характерны выбухания дуги</p> <p>А. левого желудочка Б. левого предсердия В. правого предсердия Г. легочной артерии</p>
<p>Больной с острым инфарктом миокарда находится в реанимации. На рентгенограмме органов грудной полости выявляются двухсторонние инфильтраты в форме «крыльев бабочки», расположенные в прикорневых зонах, расширена сосудистая ножка сердца, в проекции междолевой щели справа видно небольшое количество жидкости. Эти изменения характерны для</p> <p>А. острой пневмонии Б. альвеолярного отека легких В. легочной артериальной гипертензии Г. тромбоэмболии легочной артерии</p>
<p>Какой неинвазивный метод лучевой диагностики целесообразнее применить для исследования грудного отдела аорты при подозрении на расслаивающую аневризму?</p> <p>А. рентгенография Б. эхокардиография В. мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием Г. чреспищеводная эхокардиография</p>
<p>Основные показания к проведению мультиспиральной компьютерной томографии в режиме коронарографии при ишемической болезни сердца (ИБС)</p> <p>А. предполагаемый или сомнительный диагноз ИБС Б. определение степени стеноза при установленном диагнозе ИБС В. оценка функциональной значимости стенозов коронарных артерий Г. острый инфаркт миокарда</p>
<p>При проведении мультиспиральной компьютерной томографии в режиме коронарографии гемодинамически значимым считается стеноз более (пороговое значение в %)</p> <p>А. 20 Б. 40 В. 50 Г. 85</p>
<p>Правая коронарная артерия в норме отходит от</p> <p>А. левого коронарного синуса Б. правого коронарного синуса В. некоронарного синуса Г. левой коронарной артерии</p>
<p>Для оценки проходимости шунтов коронарных артерий выполняется</p> <p>А. рентгенография органов грудной клетки Б. КТ-ангиография В. эхокардиография Г. магнитно-резонансная томография сердца</p>
<p>Снижение лучевой нагрузки при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии в режиме коронарографии возможно с помощью:</p> <p>А. выполнения исследования с проспективной синхронизацией ЭКГ Б. выполнения исследования с ретроспективной синхронизацией ЭКГ В. выполнения исследования без синхронизации с ЭКГ Г. выполнения исследования при синхронизации с дыханием</p>
<p>Противопоказанием для выполнения мультиспиральной компьютерной томографии в режиме коронарографии является</p> <p>А. дыхательная аритмия Б. мерцательная аритмия В. наличие кардиостимулятора Г. непереносимость йодсодержащих контрастных препаратов</p>
<p>Оценка функции левого желудочка при мультиспиральной компьютерной томографии</p>

<p>возможна при соблюдении следующих условий</p> <p>А. увеличение объема контрастного препарата</p> <p>Б. измерение левого желудочка в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях</p> <p>В. выполнение исследования с ретроспективной синхронизацией и последующей мультифазной реконструкцией</p> <p>Г. применение бета-блокаторов перед исследованием</p>
<p>Прямой признак острой тромбоэмболии легочной артерии при проведении КТ-ангиопульмонографии</p> <p>А. дефект наполнения в просвете сосуда или отсутствие контрастного усиления легочной артерии</p> <p>Б. мозаичная перфузия легкого</p> <p>В. инфаркт легкого</p> <p>Г. увеличение размеров легочного ствола</p>
<p>Для оценки перфузии миокарда с помощью сцинтиграфии используют радиофармпрепараты</p> <p>А. ^{99m}Tc - МИБИ</p> <p>Б. ^{131}I - МИБГ</p> <p>В. ^{111}In - октреотид</p> <p>Г. ^{68}Ge</p>
<p>С целью оценки перфузии миокарда методом сцинтиграфии применяют</p> <p>А. радиофармпрепараты на основе макроагрегатов альбумина</p> <p>Б. препараты, тропные к неповрежденным кардиомиоцитам</p> <p>В. радионуклидную метку пула крови</p> <p>Г. ^{18}F – фтордезоксиглюкозу</p>
<p>Проведение радионуклидного исследования сердца с использованием радионуклидной метки пула крови и ЭКГ–синхронизации позволяет оценивать</p> <p>А. перфузию миокарда</p> <p>Б. метаболизм миокарда</p> <p>В. диастолическую функцию предсердий</p> <p>Г. сократительную функцию желудочков</p>
<p>При проведении однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда в сочетании с нагрузочным тестом радиофармпрепарат</p> <p>А. вводят до проведения нагрузки</p> <p>Б. вводят через 1 час после проведения нагрузки</p> <p>В. вводят в момент выполнения субмаксимальной нагрузки или при появлении других критериев прекращения</p> <p>Г. в этой ситуации введение радиофармпрепарата не требуется</p>
<p>Выявить небольшое количество жидкости в полости перикарда позволяет</p> <p>А. эхокардиография</p> <p>Б. рентгенография</p> <p>В. рентгеноскопия</p> <p>Г. сцинтиграфия</p>

<p>Фракция выброса левого желудочка определяется по данным</p> <p>А. рентгенокардиографии Б. эхокардиографии В. электрокардиографии Г. радиографии</p>
<p>О состоянии клапанного аппарата сердца оптимальную информацию можно получить при</p> <p>А. рентгеноскопии Б. рентгенографии В. эхокардиографии Г. сцинтиграфии</p>
<p>Для определения скорости кровотока в сосудах используют</p> <p>А. доплерографию Б. ангиографию В. сонографию Г. флебографию</p>
<p>Абсолютное противопоказание к проведению магнитно-резонансного исследования сердца</p> <p>А. протез одного из клапанов сердца Б. искусственный водитель ритма В. сосудистый протез восходящей аорты Г. шовные скрепки в грудине</p>
<p>Фазово-контрастная магнитно-резонансная томография используется для оценки</p> <p>А. внутрисердечного сброса крови Б. контрастирования миокарда В. сократимости миокарда Г. гипертрофии миокарда</p>
<p>Методика магнитно-резонансной томографии, которая используется для исследования функции сердца</p> <p>А. спин-эхо Б. магнитно-резонансная спектроскопия В. фазово-контрастная магнитно-резонансная томография Г. магнитно-резонансная томография в кино-режиме</p>
<p>Метод выбора для диагностики аритмогенной дисплазии правого желудочка</p> <p>А. эхокардиография Б. мультиспиральная компьютерная томография В. магнитно-резонансная томография Г. рентгенография</p>

Раздел 1.7 Рентгенология. Общие вопросы

<p>Единица измерения мощности дозы рентгеновского излучения</p> <p>А. Рентген Б. Рад В. Рентген/мин Г. Грей</p>
<p>Не являются электромагнитными</p> <p>А. инфракрасные лучи Б. звуковые волны В. радиоволны Г. рентгеновские лучи</p>
<p>Чем меньше используемый фокус трубки, тем</p> <p>А. меньше разрешение на снимке Б. больше геометрические искажения В. меньше полутень Г. меньше четкость деталей</p>

<p>Использование отсеивающего растра приводит</p> <p>А. к уменьшению воздействия вторичного излучения и повышению уровней контрастности и разрешения</p> <p>Б. к уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка</p> <p>В. к получению снимка большей плотности и контрастности</p> <p>Г. к снижению вторичного излучения при том же уровне контрастности снимка</p>
<p>Малым фокусом рентгеновской трубки считается фокус размером приблизительно</p> <p>А. 0.2 x 0.2 мм</p> <p>Б. 1 x 1 мм</p> <p>В. 2 x 2 мм</p> <p>Г. 4 x 4мм</p>
<p>Отсеивающей решеткой называется</p> <p>А. кассетодержатель вместе с неподвижным растром</p> <p>Б. мелкоструктурный растр</p> <p>В. растр с приводом и кассетодержателем</p> <p>Г. наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры</p>
<p>Рентгеновский экспонометр с ионизационной камерой работает наиболее точно</p> <p>А. при очень коротких экспозициях</p> <p>Б. при "жесткой" технике съемки</p> <p>В. при безэкранной съемке</p> <p>Г. при достаточно длинных экспозициях</p>
<p>При управлении рентгеновским реле экспозиции необходимо учитывать все перечисленное, кроме</p> <p>А. расстояния фокус-пленка</p> <p>Б. жесткости излучения</p> <p>В. типа рентгеновской пленки</p> <p>Г. размера кассеты</p>
<p>На качество снимка влияют следующие особенности рентгеновской кассеты</p> <p>А. материал корпуса</p> <p>Б. конструкция замка</p> <p>В. упругий материал прижима экранов</p> <p>Г. масса кассеты</p>
<p>Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является</p> <p>А. укорочение времени экспозиции</p> <p>Б. ограничение поля облучения</p> <p>В. уменьшение времени проявления</p> <p>Г. отсечение мягкого излучения</p>
<p>Применение усиливающих экранов позволяет уменьшить экспозицию по крайней мере</p> <p>А. в 5 раз</p> <p>Б. в 3 раза</p> <p>В. в 10 раз</p> <p>Г. в 100 раз</p>
<p>Наибольшую лучевую нагрузку дает</p> <p>А. рентгенография классическая</p> <p>Б. рентгенография цифровая</p> <p>В. рентгеноскопия с люминесцентным экраном</p> <p>Г. рентгеноскопия с УРИ</p>
<p>Признаком высоковольтного пробоя в трубке является</p> <p>А. отсутствие показаний миллиамперметра во время экспозиции</p> <p>Б. треск и разряды в пульте управления</p> <p>В. бросок стрелки миллиамперметра во время съемки</p> <p>Г. все перечисленное верно</p>
<p>Раствор фиксажа подлежит регенерации</p> <p>А. один раз в неделю</p> <p>Б. через 48 ч непрерывного фиксирования</p> <p>В. при двукратном увеличении продолжительности фиксирования</p>

Г. в конце рабочего дня
С условиями фотообработки связана А. контрастность Б. разрешение В. размеры изображения Г. плотность почернения снимка
Проявление рентгенограмм "на глаз" не имеет одного из перечисленных недостатков А. не полностью используемого проявителя Б. заниженной контрастности снимка В. завышенной степени почернения снимка Г. частичное устранение неточности установки режимов рентгенографии
Пространственное разрешение обычной рентгенографии А. идентично рентгеноскопии Б. идентично цифровой флюорографии В. выше цифровой флюорографии Г. ниже цифровой флюорографии
Легочной рисунок при пробе Вальсальвы А. не изменяется Б. усиливается В. обедняется Г. обогащается
Легочной рисунок при пробе Мюллера А. усиливается Б. обедняется В. не изменяется Г. обогащается
Рентгенограммы на выдохе делаются для выявления А. выраженного пневмоторакса Б. подвижности диафрагмы В. выпота в плевральной полости в малом количестве Г. перикардита
Наименьшая доза облучения во время исследования грудной клетки А. рентгеноскопии Б. рентгенографии В. крупнокадровой флюорографии Г. цифровой флюорографии
Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии А. паренхимы легкого Б. сосудов малого круга кровообращения В. паренхимы легкого и сосудов малого круга кровообращения Г. сосудов малого круга кровообращения и бронхиальных артерий
Рентгеновская компьютерная томография предпочтительнее при изучении А. грудной стенки Б. диафрагмы В. лимфатических узлов корней легких Г. пищевода

Раздел 1.8. Рентгенология. Педиатрия

Рентгенологическое исследование органов дыхания необходимо А. недоношенному ребенку с синдромом дыхательных расстройств Б. ребенку с высокой температурой В. ребенку с изменениями в крови Г. ребенку с шумами в сердце
--

<p>Положение ребер у детей раннего возраста зависит</p> <p>А. от формы грудной клетки Б. от возраста ребенка В. от качества рентгеновской пленки Г. от направления центрального рентгеновского луча</p>
<p>Расправление легких у новорожденных детей наступает</p> <p>А. в первые сутки Б. в течение 48 ч В. в течение недели Г. в течение месяца</p>
<p>Трахея у детей первых 2 лет жизни расположена</p> <p>А. с отклонением влево от основной оси человека Б. с отклонением вправо В. срединно Г. изогнутый ход трахеи</p>
<p>Сосудистый рисунок можно определить у детей на рентгенограмме грудной клетки</p> <p>А. с момента рождения Б. с первого месяца жизни В. с 1 года Г. после 3 лет</p>
<p>Деформация грудной клетки возможна</p> <p>А. при пневмонии Б. при рахите В. при бронхите Г. при бронхиолите</p>
<p>На рентгенограмме грудной клетки у недоношенных детей изменения могут отсутствовать</p> <p>А. при ателектазах Б. при абсцессе В. при пневмоцистной пневмонии Г. при микоплазменной пневмонии</p>
<p>При воспалительном процессе в легких у новорожденного ребенка в возрасте 2 суток наиболее вероятная природа заболевания</p> <p>А. внутриутробная Б. интранатальная В. постнатальная Г. после рождения</p>
<p>Самой частой причиной образования жидкости в плевральной полости у новорожденных является</p> <p>А. хилоторакс Б. сердечная недостаточность В. гемоторакс травматического происхождения Г. экссудативный плеврит воспалительного характера</p>
<p>Развитие верхнечелюстных пазух заканчивается</p> <p>А. к 5 годам Б. к 20 годам В. к 25 годам Г. ко второму прорезыванию зубов</p>
<p>Наиболее достоверным рентгенологическим признаком внутричерепной гипертензии у ребенка является</p> <p>А. истончение костей свода Б. расхождение швов В. углубление пальцевых вдавлений Г. расширение каналов диплоических вен</p>

<p>Туберкулез внутригрудных лимфоузлов чаще наблюдается</p> <p>А. в детском и юношеском возрасте Б. в пожилом и среднем возрасте В. в молодом возрасте Г. в детском, молодом и пожилом возрасте</p>
<p>Преимущества энтероклизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она</p> <p>А. не дает осложнений, не имеет противопоказаний Б. позволяет изучить функциональные нарушения В. позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке Г. позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования</p>
<p>Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 24 часа после приема бариевой взвеси применяется для</p> <p>А. изучения патологии толстой кишки Б. исследования илеоцекальной области В. контроля сроков пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения толстой кишки Г. изучения патологии тонкой кишки</p>
<p>У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается</p> <p>А. выше Б. ниже В. на том же уровне Г. нет определенной закономерности</p>
<p>Врожденный мегаколон (болезнь Гиршпрунга) обусловлена</p> <p>А. недоразвитием мышечного слоя Б. избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки В. отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки Г. сегментарной атрезией кишки</p>
<p>Первые рентгенологические симптомы кишечной непроходимости появляются через</p> <p>А. 1-1.5 часа Б. 1.5-2.5 часа В. 2.5-3 часа Г. 4-5 часа</p>
<p>Какой рентгенологический симптом является решающим при постановке диагноза - болезнь Шинца?</p> <p>А. уплотнение ядра окостенения апофиза пяточной кости Б. утолщение мягких тканей в области бугра пяточной кости В. появление кистовидных просветлений в апофизе бугра пяточной кости Г. фрагментация ядра окостенения апофиза пяточной кости</p>
<p>Какой рентгенологический симптом является решающим при дифференциальной диагностике опухоли Юинга и диафизарного остеомиелита?</p> <p>А. Линейный периостит Б. Увеличение интенсивности тени мягких тканей В. Симптом кортикального секвестра Г. "Луковичный" периостоз</p>
<p>Основной отличительный признак врожденного пилоростеноза от пилороспазма</p> <p>А. сужение пилорического отдела желудка Б. удлинение пилорического отдела желудка В. большое количество газов в петлях кишечника Г. эвакуация основной массы контрастного вещества из желудка в кишечник через 2 ч после его приема</p>

Специализация "Рентгеновская компьютерная томография"

Раздел 2.1 КТ. Голова и шея

<p>Элементом нормальной картины мозга взрослого человека на КТ является</p> <p>А. расширение боковых желудочков Б. обызвествления в мозговых оболочках В. кистовидная перестройка гипофиза Г. отложение кальция в стволе мозга</p>
<p>Расширенные периваскулярные пространства Вирхова-Робина являются элементом нормальной картины мозга взрослого человека при локализации</p> <p>А. в сублентиккулярной зоне Б. в таламусах В. в головках хвостатых ядер Г. в белом веществе височных долей</p>
<p>Острый ишемический инсульт на КТ в период 1-2 сутки заболевания - это</p> <p>А. низкоплотный очаг с сужением прилежащих ликворных пространств Б. высокоплотный очаг с сужением прилежащих ликворных пространств В. имеет изоденсивный характер на нативных изображениях Г. низкоплотный очаг с расширением прилежащих ликворных пространств</p>
<p>Выявление на КТ или МРТ фокусов острого ишемического инсульта в симметричных зонах двух полушарий свидетельствует о</p> <p>А. лакунарном типе ишемического инсульта Б. гемодинамическом типе ишемического инсульта В. атеротромботическом типе ишемического инсульта Г. кардиоэмболическом типе ишемического инсульта</p>
<p>Появление зоны высокой плотности в структуре низкоплотного очага острого ишемического инсульта на КТ это</p> <p>А. повторный ишемический инсульт Б. нормальная стадия эволюции очага инсульта В. формирование глио-мезодермального рубца Г. геморрагическая трансформация очага инсульта</p>
<p>Для субдуральной гематомы по данным КТ или МРТ свойственно</p> <p>А. форма двояковыпуклой линзы Б. переход через большой серповидный отросток твердой мозговой оболочки В. переход через намет мозжечка Г. серповидная форма</p>
<p>Объемное образование четверохолмной цистерны с признаками скоплений жира, мягкотканых элементов и крупных кальцинатов по данным КТ - это</p> <p>А. паракаллозальная липома Б. пинеалома В. пинеалосаркома Г. тератоидная киста (тератома)</p>
<p>Утолщенные и уплотненные верхние и медиальные прямые мышцы глаз по данным КТ являются симптомами</p> <p>А. эндокринной офтальмопатии Б. рабдомиосаркомы В. лимфомы орбиты Г. ретробульбарной гематомы</p>

Дополнительное образование в глазном яблоке с крупными кальцинатами по данным КТ является симптомом

- А. метастаза
- Б. меланомы
- В. ретинобластомы
- Г. гемангиомы глаза

При подозрении на эндокринную офтальмопатию наиболее информативной последовательностью в МРТ выступает

- А. аксиальные T2 взвешенные изображения
- Б. аксиальные T2 взвешенные изображения с подавлением сигнала от жира
- В. корональные T1 взвешенные изображения с подавлением сигнала от жира
- Г. корональные T2 взвешенные изображения с подавлением сигнала от жира

Расширенные и извитые сосудистые элементы в полости орбиты по данным КТ или МРТ, пульсирующий болезненный экзофтальм являются симптомами

- А. эндокринной офтальмопатии
- Б. ретробульбарного неврита
- В. венозной ангиомы
- Г. каротидно-кавернозного соустья

Выявление скоплений мелких кальцинатов в структуре мягкотканного образования в полости верхнечелюстного синуса по данным КТ наиболее типично для

- А. плоскоклеточного рака околоносового синуса
- Б. инвертированного полипа
- В. грибкового синусита с формированием друзы
- Г. хронической кисты верхнечелюстной пазухи

Выявленный верхнечелюстной гемосинус при КТ-исследовании является косвенным признаком

- А. острого синусита
- Б. травматического повреждения стенки пазухи
- В. хронического синусита
- Г. полипов околоносовых пазух

Наиболее ранним признаком острого ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии при бесконтрастной КТ является

- А. Снижение плотности вещества мозга в зоне инсульта
- Б. Повышение плотности вещества мозга в зоне инсульта
- В. Смещение срединных структур мозга
- Г. Повышение плотности пораженной средней мозговой артерии - симптом «точки»

Участок умеренно повышенной плотности в области обширного острого ишемического инсульта, который выявляется на бесконтрастной КТ как зона снижения рентгеновской плотности указывает на

- А. Острейшую стадию инсульта
- Б. Начало формирования глиомездермального рубца
- В. Наличие геморрагической трансформации острого ишемического инсульта
- Г. Является нормальным отображением неоднородности вовлечения мозговой ткани в зоне инфаркта

Бесконтрастная КТ околоносовых пазух позволяет

- А. Провести дифференциальную диагностику между пролиферативным и экссудативным синуситами если патологическое содержимое не выполняет полость пазухи тотально
- Б. Провести дифференциальную диагностику между пролиферативным и экссудативным синуситами во всех случаях
- В. Выявить плоскоклеточный рак слизистой пазухи на ранних стадиях
- Г. Провести дифференциальную диагностику формирующейся ретенционной кисты и одиночного полипа

Показаниями к проведению КТ гортани являются все, кроме

- А. воспалительные заболевания гортани
- Б. подозрение на опухолевое поражение при неясной рентгенологической и ультразвуковой картине
- В. оценка распространенности патологических процессов
- Г. сильный болевой синдром

Основные симптомы поражения хрящей гортани, определяемые при КТ

- А. склероз, эрозия, лизис
- Б. эрозия, лизис
- В. экстрагортанное распространение опухоли, склероз, эрозия, лизис
- Г. экстрагортанное распространение опухоли, эрозия, лизис

Характерным КТ-признаком рака гортани является

- А. наличие дополнительного образования;
- Б. нечеткая дифференциация элементов гортани;
- В. расширение гортанных желудочков;
- Г. патологическая структурная перестройка хрящевых структур

КТ придаточных пазух носа противопоказана

- А. при беременности
- Б. при хроническом синусите
- В. при хроническом фронтите
- Г. в детском возрасте

КТ придаточных пазух носа с внутривенным контрастированием выполняют при

- А. инородном теле
- Б. врожденной атрезии хоан
- В. подозрении или наличии опухоли
- Г. полипозном синусите

Требуется ли подготовка перед проведением КТ придаточных пазух носа взрослым и детям (в том числе до 3-х летнего возраста)?

- А. исследование проводят натощак
- Б. не требуется ни взрослым, ни детям
- В. не требуется, детям младше 3-х лет проводят в состоянии медикаментозного сна
- Г. взрослым не требуется, детям проводят в состоянии медикаментозного сна

Чем характеризуются воспалительные изменения придаточных пазух носа при КТ?

- А. наличием содержимого и утолщением слизистой различной степени выраженности
- Б. наличием образования мягкотканной плотности
- В. наличием костного шипа перегородки носа
- Г. деструктивными изменениями кости

На компьютерных томограммах полипозный синусит выглядит как

- А. образование мягкотканной плотности с четкими ровными контурами, расположенное в пазухе или исходящее из нее
- Б. образование жидкостной плотности с ровными контурами
- В. образования мягкотканной плотности с бугристыми контурами
- Г. образование костной плотности с четкими ровными контурами

На компьютерных томограммах солитарный полип выглядит как

- А. образования мягкотканной плотности с бугристыми контурами
- Б. образование мягкотканной плотности с четкими ровными контурами, расположенное в пазухе или исходящее из нее
- В. образование костной плотности с четкими ровными контурами
- Г. образование жидкостной плотности с ровными контурами

КТ-признаками грибкового синусита являются

- А. наличие в пазухе содержимого мягкотканной плотности
- Б. наличие в пазухе содержимого жидкостной плотности
- В. наличие в пазухе содержимого мягкотканной плотности, на фоне которого определяются включения высокой плотности
- Г. наличие в пазухе содержимого жидкостной плотности, на фоне которого определяются включения высокой плотности

При проведении КТ придаточных пазух носа при подозрении на инородное тело одной их пазух необходимо определить все, кроме

- А. структуру инородного тела
- Б. наличие и плотность инородного тела
- В. локализацию инородного тела
- Г. сопутствующие изменения костей и мягких тканей (переломы, свищевые ходы, остеомиелитические очаги, воспалительные изменения в пазухах)

Опухоли при КТ будут характеризоваться

- А. образованием жидкостной плотности с ровными четкими контурами, не накапливающим контрастный препарат
- Б. образованием жидкостной плотности с неровными нечеткими контурами, накапливающим контрастный препарат
- В. образованием мягкотканной плотности с неровными нечеткими контурами, накапливающим контрастный препарат
- Г. образованием мягкотканной плотности с ровными четкими контурами, не накапливающим контрастный препарат

Раздел 2.2 КТ. Легкие средостение**Если пациент на КТ не может поднять руки для проведения КТ грудной клетки, то**

- А. отменяют исследование
- Б. заменять исследование на другой метод
- В. выполняют КТ с опущенными руками вдоль тела
- Г. выполняют КТ, в то время как пациент обхватывает себя руками на уровне груди.

Пациента направили на КТ с в/в контрастированием. Перед исследованием пациент информирует Вас об эпизодах бронхиальной астмы в детстве и аллергии на осьминогов. Какие Ваши действия?

- А. отправить к аллергологу
- Б. провести исследование
- В. отказать в исследовании с в/в контрастированием
- Г. отправить пациента на премедикацию

Какое утверждение верно в отношении Десквамативной интерстициальной пневмонией (DIP)?

- А. КТ высокого разрешения характерно показывает диффузные изменения по типу «матового стекла».

<p>Б. Большинство пациентов являются некурящими.</p> <p>В. КТ высокого разрешения характерно показывает «сотовое легкое» в периферических отделах легких.</p> <p>Г. Если не лечить, то она (DIP) часто прогрессирует и приводит к обычной интерстициальной пневмонии (UIP).</p>
<p>Скрининговое КТ-исследование легких. Какие из следующих находок будут наиболее подозрительными в отношении рака легких?</p> <p>А. 7 мм солидный очаг</p> <p>Б. 10 мм «матовое стекло»</p> <p>В. 9 мм полусолидный очаг</p> <p>Г. 8 мм очаг многоугольной формы по типу «матового стекла»</p>
<p>Какая толщина срезов выбирается при КТ высокого разрешения?</p> <p>А. до 1,5 мм</p> <p>Б. до 3 мм.</p> <p>В. до 5 мм</p> <p>Г. более 3 мм</p>
<p>Что необходимо выполнить при наличии гравитационных эффектов на КТ легких для дифференцировки с воспалительными изменениями?</p> <p>А. Перевернуть пациента на живот и просканировать еще раз</p> <p>Б. Просканировать пациента еще раз на глубине выдоха</p> <p>В. Перевернуть пациента на живот и просканировать еще раз на глубине выдоха</p> <p>Г. Посоветовать пациенту КТ с внутривенным контрастированием</p>
<p>Каким образом удается минимизировать дыхательные артефакты при КТ грудной клетки?</p> <p>А. Сканировать грудную клетку в каудо-краниальном направлении на глубине вдоха.</p> <p>Б. Сканировать грудную клетку в кранио-каудальном направлении на глубине вдоха.</p> <p>В. Сканировать грудную клетку при синхронизации с ЭКГ.</p> <p>Г. Сканировать грудную клетку в каудо-краниальном направлении при свободном дыхании.</p>
<p>«Воздушные ловушки» при КТ легких на глубине выдоха</p> <p>А. могут уменьшать или увеличивать свою плотность</p> <p>Б. снижают свою плотность</p> <p>В. почти не меняют своей плотности</p> <p>Г. повышают свою плотность.</p>
<p>Метастазы какой из представленных опухолей часто на КТ легких имеют малые (миллиарные) размеры и значительное количество?</p> <p>А. Колоректральный рак.</p> <p>Б. Карцинома щитовидной железы.</p> <p>В. Холангиокарцинома.</p> <p>Г. Рак мочевого пузыря.</p>
<p>Самым достоверным признаком тромбоэмболии легочных артерий по данным КТ является</p> <p>А. наличие плотных участков в просветах легочных артерий или легочного ствола при бесконтрастном КТ-исследовании</p> <p>Б. симптом «хвоста кометы» (признак инфарктной пневмонии).</p> <p>В. симптом «парашюта» (признак инфарктной пневмонии).</p> <p>Г. наличие дефектов контрастирования в просветах легочных артерий или легочного ствола на фоне внутривенного контрастирования.</p>
<p>При объемных образованиях в средостении КТ позволяет</p> <p>А. определить структуру и морфологию образования</p> <p>Б. определить структуру, размеры, оценить прорастание в соседние органы</p> <p>В. установить наличие или отсутствие прорастания в соседние органы</p> <p>Г. КТ в данной ситуации малоинформативна</p>
<p>Для диагностики каких заболеваний органов грудной клетки методом выбора является КТ высокого разрешения</p> <p>А. диффузные интерстициальные заболевания легких и хроническая обструктивная болезнь легких</p>

<p>Б. метастатические поражения легких</p> <p>В. лимфома средостения</p> <p>Г. КТ высокого разрешения при этих заболеваниях мало информативна</p>
<p>КТ высокого разрешения по сравнению с традиционной КТ</p> <p>А. не обладает преимуществами при исследовании органов грудной клетки</p> <p>Б. позволяет визуализировать мелкие анатомические структуры органов средостения</p> <p>В. позволяет визуализировать мелкие анатомические структуры легочной ткани</p> <p>Г. позволяет визуализировать крупные сосуды</p>

Раздел 2.3 КТ. Органы брюшной полости

<p>Четкие контуры, лакунарный и центрипитальный характер контрастирования очагового образования печени типичны для</p> <p>А. гепатоцеллюлярной карциномы</p> <p>Б. гемангиомы</p> <p>В. простой кисты печени</p> <p>Г. фокальной нодулярной гиперплазии</p>
<p>Очаговое образование печени жидкостной плотности с четкими, ровными контурами, не накапливающее контрастный препарат – это</p> <p>А. гепатоцеллюлярная карцинома</p> <p>Б. гемангиома</p> <p>В. простая киста печени</p> <p>Г. холангиокарцинома</p>
<p>Паренхиме печени в норме более всего соответствуют значения плотности (ед. НУ)</p> <p>А. 200</p> <p>Б. – 60</p> <p>В. 50</p> <p>Г. 10</p>
<p>При болюсном контрастном усилении для кавернозной гемангиомы печени является характерным</p> <p>А. кольцевидное повышение плотности в периферических отделах в артериальную фазу</p> <p>Б. интенсивное лакунарное повышение плотности в периферических отделах в артериальную фазу</p> <p>В. повышение плотности от центра к периферии</p> <p>Г. равномерное повышение плотности во всех отделах образования</p>
<p>Четкие контуры, лакунарный и центрипитальный (от периферии к центру) характер контрастирования очагового образования печени типичны для</p> <p>А. гепатоцеллюлярной карциномы</p> <p>Б. гемангиомы</p> <p>В. простой кисты печени</p> <p>Г. фокальной нодулярной гиперплазии</p>
<p>Очаговое образование печени жидкостной плотности с четкими, ровными контурами, не накапливающее контрастный препарат, это</p> <p>А. гепатоцеллюлярная карцинома</p> <p>Б. гемангиома</p> <p>В. простая киста печени</p> <p>Г. холангиокарцинома</p>
<p>Активное неомогенное накопление контрастного вещества в артериальную фазу контрастирования и быстрое вымывание его в венозную фазу, это признаки, наиболее характерные для</p> <p>А. гепатоцеллюлярной карциномы</p> <p>Б. гемангиомы</p> <p>В. простой кисты печени</p> <p>Г. холангиокарциномы</p>
<p>Какие из перечисленных признаков болюсного контрастного усиления являются характерными для кавернозной гемангиомы печени?</p>

<p>А. Кольцевидное повышение плотности в периферических отделах в артериальную фазу</p> <p>Б. Интенсивное лакунарное повышение плотности в периферических отделах в артериальную фазу</p> <p>В. Повышение плотности от центра к периферии</p> <p>Г. Точечное накопление контраста в артериальную фазу и постепенное вовлечение всей гемангиомы к паренхиматозной и отсроченной фазе контрастирования</p>
<p>Какая фаза внутривенного контрастирования позволяет видеть обратный заброс контрастного вещества в печеночные вены?</p> <p>А. Артериальная фаза</p> <p>Б. Портальная фаза</p> <p>В. Печеночная фаза</p> <p>Г. Отсроченная фаза</p>
<p>Выберите верное продолжение высказывания: Повышение плотности печени выше 70 НУ на КТ</p> <p>А. при нативном исследовании говорит о жировой инфильтрации печени</p> <p>Б. при нативном исследовании говорит, например о гемохроматозе/гемосидерозе, и других состояниях накопления</p> <p>В. в венозную фазу контрастирования говорит, например о гемохроматозе/гемосидерозе и других состояниях накопления</p> <p>Г. в артериальную фазу контрастирования говорит например о гемохроматозе/гемосидерозе и других состояниях накопления</p>
<p>Если в нативном КТ-исследовании плотность всех сосудов печени выше самой печени, то это</p> <p>А. жировая инфильтрация печени</p> <p>Б. тромбоз всех сосудов печени</p> <p>В. норма</p> <p>Г. последствие проведения МР исследования с внутривенным контрастированием</p>
<p>Изменяете ли Вы временные задержки при КТ в в/в КВ в зависимости от веса пациента, если Вашей целью является оценка изменений печени?</p> <p>А. Меняю: большой вес – прибавляю время</p> <p>Б. Меняю: большой вес – отнимаю время</p> <p>В. Меняю: меньший вес – прибавляю время</p> <p>Г. Нет не меняю</p>
<p>Изменили бы Вы временные задержки для наилучшей (наиплотной) печеночной фазы контрастирования при планировании КТ с в/в КВ в зависимости при увеличении объема КВ 75 мл/125 мл/175мл?</p> <p>А. Увеличение объема КВ – увеличить время</p> <p>Б. Увеличение объема КВ – уменьшить время</p> <p>В. Нет</p>
<p>Если вашей целью является повторение качества предыдущего КТ-исследования (повторение печеночной фазы) и при настоящем исследовании Вы располагаете только КВ с большей концентрацией йода, чем предыдущее исследование, то</p> <p>А. Увеличение концентрации йода – увеличить объем КВ</p> <p>Б. Увеличение концентрации йода – уменьшить объем КВ</p> <p>В. Нет</p>

Раздел 2.4 КТ. Органы мочевыводящей и репродуктивной систем

<p>Экскреторная (пиелографическая) фаза контрастирования при КТ позволяет оценить все, кроме</p> <p>А. оценки своевременности и симметричности выведения контрастного препарата почками</p> <p>Б. возможности дифференцировать перипельвикальную кисту и расширенную лоханку почки</p> <p>В. дифференцированной оценки коркового и мозгового вещества почек</p> <p>Г. выявления аномалии строения чашечно-лоханочной системы и мочеточников</p>
<p>При КТ в верхнем полюсе почки определяется дополнительное образование с четкими, ровными контурами размером 3,0 x 3,0 см, оттесняющая книзу верхние чашечки без</p>

<p>признаков контрастного усиления. Это</p> <p>А. рак почки Б. лимфома почки В. камень почки Г. киста почки</p>
<p>К КТ-признакам, свидетельствующим о злокачественной кисте, НЕ относятся</p> <p>А. сдавление и деформация чашечек Б. плотность содержимого кисты более 20 ед. НУ В. неровный, бугристый внутренний контур кисты Г. неравномерной толщины стенка кисты</p>
<p>Какое утверждение является верным относительно риска нефротоксичности КВ при внутривенном введении?</p> <p>А. Внутривенное контрастирование йодсодержащими КВ является наиболее частой причиной острой почечной недостаточности. Б. Пациенты, принимающие метформин имеют наибольший риск развития контраст-индуцированной нефропатии В. Важным мероприятием для предотвращения контраст индуцированной нефротоксичности является адекватная гидратация пациента до и после исследования. Г. Самым важным мероприятием для предотвращения контраст индуцированной нефротоксичности является запрет на внутривенного введения йодсодержащего КВ пациентам с скоростью клубочковой фильтрации до 60 мл/мин/1,73 мБ.</p>
<p>По классификации Босняк к какой будет относиться киста с септами и кальцинатами</p> <p>А. I Б. II В. III Г. IV</p>
<p>Какой из признаков наилучшим образом характеризует аденому надпочечника</p> <p>А. Плотность менее 20 НУ на бесконтрастной КТ Б. невысокая нативная плотность с последующим активным накоплением контраста и быстрым и полноценным его вымыванием из опухоли В. Накопление КВ на 5 НУ Г. Вымывание больше, чем 15 НУ на отсроченной фазе КТ</p>
<p>Какой субстрат наилучшим образом характеризует ангиомиолипому в почке</p> <p>А. Жидкость Б. Жир В. Однородная мягкая ткань Г. Мелкие кальцинаты с хорошо контрастированными сосудами</p>
<p>Методом лучевой диагностики для исключения рака предстательной железы при повышении ПСА является</p> <p>А. КТ без контрастирования Б. КТ с контрастированием В. МРТ Г. УЗИ</p>
<p>Что из перечисленной семиотики характеризует первичный мегауретер?</p> <p>А. Нижняя треть мочеточника расширена Б. Существует препятствие в верхней трети мочеточника В. Оба мочеточника в 75% случаев вовлечены в процесс Г. Чашечки всегда вовлечены в процесс</p>
<p>При КТ диагностике аденомы надпочечника оценивают параметры, кроме:</p> <p>А. нативная плотность в НУ Б. размеры и контуры В. отношение к соседним структурам Г. скорость вымывания КВ из опухоли</p>

<p>Отличительные КТ-признаки при туберкулезном спондилите</p> <p>А. деструкция тела позвонка, мягкотканый компонент</p> <p>Б. снижение высоты межпозвонкового диска, дегенеративные изменения субхондральных пластинок, компрессия позвоночного канала</p> <p>В. поражение межпозвонкового диска, прилежащих отделов выше- и нижележащих позвонков, реакция паравертебральных тканей на протяжении 3-4 позвонков</p> <p>Г. поражение межпозвонкового диска, прилежащих отделов выше- и нижележащих позвонков</p>
<p>При КТ выявлены изменения в позвонках и межпозвонковых дисках, характерные для спондилодисцита. О чем может свидетельствовать отсутствие изменений в паравертебральных тканях?</p> <p>А. О туберкулезной природе процесса</p> <p>Б. Об остром воспалительном процессе</p> <p>В. О перенесенном ранее спондилодисците</p> <p>Г.</p>
<p>Более характерным КТ-признаком метастатического поражения костей является</p> <p>А. периостальная реакция</p> <p>Б. мягкотканый компонент</p> <p>В. локализация поражения (плоские кости, позвоночник)</p> <p>Г. возраст старше 50 лет</p>
<p>Характерные КТ-признаки очагов деструкции при миеломной болезни</p> <p>А. нечеткие контуры</p> <p>Б. способность к слиянию</p> <p>В. отсутствие слияния, четкие контуры</p> <p>Г. мягкотканый компонент</p>
<p>Какой показатель плотности (единицы Хаунсфилда) более всего соответствует костной ткани?</p> <p>А. 0</p> <p>Б. 100</p> <p>В. 1000</p> <p>Г. – 1000</p>
<p>КТ-картину, сходную с остеобластическими метастазами рака имеет</p> <p>А. остеопойкилия</p> <p>Б. фиброзная дисплазия</p> <p>В. диафизарные гиперостозы</p> <p>Г. эпифизарная дисплазия</p>
<p>Патологическим костеобразованием, напоминающим КТ-картину сарком, осложняется</p> <p>А. фиброзная дисплазия</p> <p>Б. хондроматоз костей</p> <p>В. несовершенный остеогенез</p> <p>Г. мраморная болезнь</p>
<p>Наиболее ранним КТ-признаком гематогенного остеомиелита является</p> <p>А. мелкоочаговая деструкция коркового слоя</p> <p>Б. остеосклероз</p> <p>В. периостальная реакция</p> <p>Г. изменения в прилежащих мягких тканях</p>
<p>Для доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований внутрикостной локализации наиболее типичны следующие КТ-признаки</p> <p>А. нечеткие контуры</p> <p>Б. четкие контуры</p> <p>В. склеротический ободок</p> <p>Г. широкий склеротический вал</p>
<p>КТ-картина краевой деструкции смежных костей наиболее характерна для</p> <p>А. доброкачественных опухолей</p> <p>Б. первично злокачественных опухолей</p> <p>В. метастатических опухолей</p> <p>Г. прорастания злокачественной опухоли из соседних органов или тканей в кости</p>

<p>Какой из предложенных методов исследования сочетает высокую информативность и воспроизводимость с низкой операторозависимостью для диагностики патологии межпозвоноковых дисков и связочного аппарата позвоночника?</p> <p>А. Радионуклидная диагностика Б. МРТ В. КТ Г. УЗИ</p>
<p>Частая локализация остеокластических фокусов при гиперпаратиреонидной остеодистрофии наблюдается в</p> <p>А. телах шейных позвонков Б. костях таза В. костях кистей Г. сесамовидных костях</p>
<p>Гемангиома позвонка на КТ представляет собой</p> <p>А. гомогенное округлое образование, которое имеет плотность компактной кости Б. разреженные и утолщенные костные трабекулы, которые создают типичную картину вертикальных линий (в аксиальной плоскости – «узора в горошек») В. гомогенное отграниченное образование, которое имеет отрицательные значения плотности Г.</p>
<p>Необходимо ли снимать гипсовую повязку перед КТ- сканированием?</p> <p>А. Да, необходимо Б. Нет, не нужно В. Г.</p>
<p>Периартикулярные фиксирующие винты должны быть введены</p> <p>А. до уровня субхондральной костной ткани, не затрагивая хрящ Б. должны проецироваться за контуром кости в хряще В. Г.</p>
<p>Транспедикулярные винты должны</p> <p>А. проходить через ножки дуги позвонка и находиться вне позвоночного канала Б. частично захватывать позвоночный канал В. выходить за вентральные границы тела позвонка Г.</p>

Раздел 2.6 КТ. Сердечно-сосудистая система

<p>Патогномоничный КТ-признак расслоения аорты при нативном исследовании?</p> <p>А. Очаг кальциноза в просвете аорты Б. Утолщение, дезорганизованность стенки аорты В. Неоднородная плотность просвета аорты Г. Резкое увеличение диаметра аорты</p>
<p>Какие артефакты нельзя устранить при спиральной компьютерной томографии?</p> <p>А. Дыхательные Б. Перистальтические В. Сердцебиения Г. Артефакт от границы сред</p>
<p>Пациент с острым инфарктом миокарда, сопровождающимся тяжелой брадикардией. Питание какого сосуда вероятнее всего нарушено?</p> <p>А. Диагональной ветви Б.левой передней нисходящей коронарной артерии В. Правой коронарной артерии Г. Огибающей артерии</p>
<p>Свыше какого процента сужение просвета коронарных артерий при КТ-коронарграфии считается гемодинамически значимым?</p> <p>А. 30%</p>

<p>Б. 40%</p> <p>В. 50%</p> <p>Г. 90%</p>
<p>Свыше какого значения в единицах Хаунсфилда принято оценивать коронарный кальций по индексу Агатстона?</p> <p>А. 80 HU</p> <p>Б. 100 HU</p> <p>В. 130 HU</p> <p>Г. 150 HU</p>
<p>Самым достоверным признаком тромбоэмболии легочных артерий по данным КТ является</p> <p>А. Наличие плотных участков в просветах легочных артерий или легочного ствола при бесконтрастном КТ-исследовании</p> <p>Б. Симптом «хвоста кометы» (признак инфаркта легкого)</p> <p>В. Симптом «парашюта» (признак инфаркта легкого)</p> <p>Г. Наличие дефектов контрастирования в просветах легочных артерий или легочного ствола на фоне внутривенного контрастирования</p>
<p>Какое утверждение верно в отношении травматического повреждения аорты (TAI Traumatic aortic Injury)?</p> <p>А. Эксцентричный тромб может быть проявлением минимальной травмы интимы аорты</p> <p>Б. На КТ чаще всего обнаруживается в восходящей части аорты</p> <p>В. Медиастинальные кровоизлияния в переднем средостении часто ассоциируются с TAI</p> <p>Г. Псевдоаневризмы редко встречаются с TAI</p>
<p>Характеристика дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) при МРТ:</p> <p>А. виден во всех плоскостях сканирования</p> <p>Б. наличие у дефекта грубых, утолщённых краёв</p> <p>В. виден сброс крови слева направо</p> <p>Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Правая коронарная артерия в норме отходит от:</p> <p>А. Левого коронарного синуса</p> <p>Б. Правого коронарного синуса</p> <p>В. Заднего синуса</p> <p>Г.левой коронарной артерии</p>
<p>Укажите прямой признак острой ТЭЛА при проведении КТ-ангиопульмонографии</p> <p>А. Дефект наполнения в просвете сосуда или отсутствие контрастного усиления легочной артерии</p> <p>Б. Мозаичная перфузия</p> <p>В. Инфаркт легкого</p> <p>Г. Увеличение размеров легочного ствола</p>
<p>К ложноотрицательным результатам при острой ТЭЛА во время КТ-ангиопульмонографии приводит все, кроме</p> <p>А. Артефакты от дыхания и пульсации</p> <p>Б. Артефакты от высокой концентрации контрастного вещества</p> <p>В. Плохое контрастное усиление сосудов</p> <p>Г. внешние артефакты</p>

Раздел 2.7 КТ. Общие вопросы

<p>Аналого-цифровой преобразователь</p> <p>А. трансформирует цифровые данные в непрерывный электрический сигнал</p> <p>Б. используется для архивации изображений</p> <p>В. трансформирует непрерывно изменяющийся электрический сигнал в двоичный формат</p> <p>Г. используется для коррекции интенсивности электрического сигнала</p>
<p>Пространственное разрешение изображения определяется, главным образом</p> <p>А. расстоянием от детектора до детектора</p> <p>Б. размером матрицы</p>

<p>В. временем сканирования Г. размером фокусного пятна трубки</p>
<p>Как определяется размер пиксела на изображении? А. Устанавливается производителем аппаратуры Б. Определяется в зависимости от размеров тела пациента В. Задается каждый раз при калибровке аппарата Г. Определяется размером матрицы и полем зрения, устанавливаемым исследователем</p>
<p>Толщина слоя при сканировании определяется А. размером поля зрения Б. размером пиксела В. общей толщиной сканируемого объекта Г. размерами пучка излучения</p>
<p>Матрица изображения состоит А. из рядов и колонок показателей коэффициентов поглощения в вокселях слоя Б. из показателей силы электрического тока в детекторах В. из показателей размеров пучка излучения Г. все перечисленное верно</p>
<p>Индивидуальный дозиметр следует носить А. только в момент сканирования Б. в течение всего времени работы В. только внутри процедурной Г. исключая время нахождения в лаборатории</p>
<p>Доза облучения персонала кабинета КТ увеличивается при А. увеличении скорости вращения трубки Б. уменьшении времени экспозиции В. при увеличении эффективной дозы пациента Г. ничто из вышесказанного</p>
<p>Толщина сканируемого слоя в КТ определяется: А. толщиной коллимации пучка Б. количеством элементов детектора В. размером фокуса и временем экспозиции трубки Г. алгоритмом реконструкции изображения</p>
<p>На правильность денситометрических измерений влияет А. форма зоны интереса (ROI) Б. гомогенность избранной зоны интереса В. толщина исследуемого слоя Г. размер матрицы</p>
<p>После завершения сканирования следует А. провести сагиттальную и фронтальную реконструкцию изображения Б. просмотреть изображения при различных ширине и уровне окна В. применить электронное увеличение изображения Г. реконструировать изображения в других доступных алгоритмах</p>
<p>Установка ширины окна определяет А. пространственное разрешение изображения Б. диапазон плотностей ткани, которые будут визуализированы В. степень рассеяния излучения Г. величину коллимации (диафрагмирования) пучка излучения</p>
<p>Для улучшения визуализации структур головного мозга, следует использовать “ширину окна” W и «центр окна» C единицы Хаунсфилда) А. W70 C 30 Б. W2000 C 800 В. W 1600 C -600 Г. Все перечисленное не верно</p>
<p>Основными преимуществами неионных контрастных препаратов являются А. высокое содержание йода Б. снижение частоты реакций на введение контрастного препарата</p>

<p>В. более высокая степень контрастности изображения Г. все три указанных фактора</p>
<p>Болюсное введение контрастного препарата имеет преимущество перед мануальным («от руки») вследствие А. более медленного и длительного повышения концентрации йода в ткани Б. меньших реакций на болюсную инъекцию йодистого препарата В. резкого подъема концентрации вводимого препарата в сосудах и ткани Г. уменьшения плотности тканей в единицах Хаунсфила (HU) после введения</p>
<p>Информация в персональном компьютере хранится А. в мониторе Б. на жестком диске В. в принтере Г. с помощью мыши и клавиатуры.</p>
<p>Что такое алгоритм? А. Способ хранения данных в компьютере Б. Картинка на экране монитора В. Правило решения задачи Г. Устройство вывода информации</p>
<p>Исследования на томографе не рекомендуется записывать и хранить на FLASH карты из соображений А. Информационной безопасности Б. Малого объема FLASH накопителя В. Малой скорости записи FLASH накопителя Г. Все перечисленное выше не верно</p>
<p>Изначальные КТ-срезы ориентированы к оси тела А. сагиттально Б. фронтально В. продольно Г. аксиально</p>
<p>Укажите несуществующее «окно» при компьютерной томографии А. мягкотканое «окно» Б. динамическое «окно» В. легочное «окно» Г. костное «окно»</p>
<p>Какие препараты применяются рутинно для внутривенного контрастного усиления при компьютерной томографии? А. Препараты гадолиния Б. Соединения железа В. Йодсодержащие контрастные препараты Г. Сульфат бария</p>
<p>Что имеет плотность -1000 по шкале Хаунсфилда? А. костная ткань Б. жир В. воздух Г. паренхиматозные органы</p>
<p>Полученное изображение при КТ является А. аналоговым изображением Б. аналого – цифровым. В. фотоотпечатком. Г. цифровым реконструированным изображением</p>
<p>Что является основой визуализации органов на КТ А. построение изображения на основе значения плотности Хаунсфилда Б. фотооптическая плотность органов В. суммационный эффект Г. естественная контрастность</p>

<p>Какие параметры окна («центр окна» С «ширина окна» W), из приведенных ниже, могут подходить для визуализации органов брюшной полости?</p> <p>А. С40/W400 или С60/W360 Б. С(-500) /W1500 В. С600/W4000 Г. Не одно из перечисленных значений не верно</p>
<p>Что не относится к преимуществам мультисрезовой компьютерной томографии?</p> <p>А. Возможность многоплоскостной реконструкции Б. Хорошая визуализация костных структур В. Быстрота обследования Г. Низкое пространственное разрешение</p>
<p>Что имеет плотность 0 по шкале Хаунсфилда?</p> <p>А. Воздух Б. Жир В. Кровь Г. Вода</p>
<p>Укажите основные составляющие современного мультиспирального компьютерного томографа.</p> <p>А. Рентгеновская трубка Б. Мультисекционная приемная катушка и рентгеновская трубка В. Ряд детекторов и рентгеновская трубка Г. Радиочастотный излучатель и ряд детекторов</p>
<p>Каковы условия проведения мультисрезовой компьютерной томографии</p> <p>А. Удаление металлических предметов с кожи и одежды Б. В ряде исследований информирование пациента о необходимости задержки дыхания В. Возможность остановки или прекращения исследования в случае непредвиденной ситуации Г. Верно все перечисленное</p>
<p>Что не относится к аллергоподобным реакциям на введение рентгеноконтрастных препаратов?</p> <p>А. крапивница Б. отек Квинке и отек гортани В. бронхоспазм Г. металлический привкус во рту</p>
<p>При проведении компьютерной томографии каких анатомических областей возможна пероральная предварительная подготовка?</p> <p>А. Сердца Б. Головы В. Брюшной полости, таза Г. Конечностей</p>
<p>Каковы противопоказания к проведению компьютерной томографии?</p> <p>А. Беременность Б. Младший детский возраст В. Клаустрофобия Г. Множественные травмы</p>
<p>Что не является противопоказанием к проведению компьютерной томографии с внутривенным контрастным контрастированием?</p> <p>А. Эпилепсия Б. Беременность В. Предполагаемые в ближайшее время исследования с радиоактивным йодом. Г. Непереносимость йодсодержащих препаратов</p>
<p>Если понизить напряжение (киловольты) при КТ-сканировании, то отображение плотности по шкале Хаунсфилда йодсодержащего контрастного препарата</p> <p>А. увеличится Б. уменьшится В. не изменится Г. поведет себя непредсказуемо</p>

<p>К КТ НЕ относится</p> <p>А. KV, CTDI</p> <p>Б. mAs, Time rotation</p> <p>В. частота Лармора, BD TOF ангиография</p> <p>Г. DLP, DICOM</p>
<p>К автоматическим системам обработки КТ-данных (CAD) не относится</p> <p>А. поиск очагов в легких</p> <p>Б. трассировка сонных артерий</p> <p>В. поиск полипа в толстой кишке при КТ-колонографии</p> <p>Г. визуальный поиск конкрементов в желчном пузыре</p>
<p>Какое утверждение является корректным?</p> <p>А. Прогрев трубки перед МРТ исследованием</p> <p>Б. Поддержание уровня гелия не менее 30% в гентри на КТ</p> <p>В. Калибровка КТ, когда внутри апертуры пустой стол</p> <p>Г. Проведение КТ-коронарографии с ЭКГ- синхронизацией</p>
<p>Сколько реконструкций можно сделать из 50 аксиальных срезов КТ головного мозга</p> <p>А. до 100</p> <p>Б. до 1000</p> <p>В. ни одной - это невозможно</p> <p>Г. бесконечное количество</p>
<p>После сканирования разных анатомических областей у всех получились одинаковые DLP, где будет наивысшая доза (мЗв)?</p> <p>А. Голове</p> <p>Б. Шее</p> <p>В. Грудной клетке</p> <p>Г. Малый таз</p>
<p>Анкета для пациента перед исследованием КТ должна</p> <p>А. повторять анкету перед МРТ</p> <p>Б. снижать риск опасности для родственников пациента</p> <p>В. помочь рентгенолаборанту выбрать нужную катушку</p> <p>Г. помочь врачу исключить противопоказания</p>
<p>Кто принимает окончательное решение о выполнении КТ-исследования с внутривенным контрастированием</p> <p>А. Рентгенолаборант</p> <p>Б. Направляющий врач</p> <p>В. Рентгенолог</p> <p>Г. Аллерголог</p>
<p>Не рекомендуется проводить в один день (из-за снижения информативности)</p> <p>А. КТ с в/в контрастированием после МРТ с в/в контрастированием</p> <p>Б. МРТ с в/в контрастированием после КТ с в/в контрастированием</p> <p>В. УЗИ с доплерографией после КТ с внутривенным контрастированием</p> <p>Г. МРТ с внутривенным контрастированием после ПЭТ/КТ</p>
<p>В случае превышения уровня креатинина в плазме крови у пациента, которому необходимо выполнить КТ с внутривенным контрастным контрастированием необходимо</p> <p>А. отменить исследование</p> <p>Б. рассчитать скорость клубочковой фильтрации и принять решение о возможности проведения данного исследования</p> <p>В. провести расчеты по шкале Глазго</p> <p>Г. провести исследование в любом случае</p>

Специализация "Магнитно-резонансная томография"

Раздел 3.1 МРТ. Голова и шея

<p>Каким методом можно диагностировать микроаденому гипофиза?</p> <p>А. КТ Б. МРТ В. МРТ с контрастированием Г. МРТ с болюсным контрастированием</p>
<p>Наиболее информативная последовательность при подозрении на острый ишемический инсульт</p> <p>А. T2-взвешенные томограммы Б. FLAIR В. диффузионно-взвешенные изображения Г. T1-взвешенные томограммы</p>
<p>Наиболее информативная последовательность при подозрении на острое внутримозговое кровоизлияние</p> <p>А. T2-взвешенные томограммы Б. FLAIR В. диффузионно-взвешенные изображения Г. T2-градиентное эхо</p>
<p>Контрастное усиление при рассеянном склерозе применяется для</p> <p>А. выявления дополнительных очагов, не видных при других последовательностях Б. оценки динамики на фоне лечения В. оценки активности воспалительного процесса Г. всего вышеперечисленного</p>
<p>Отсутствие накопления контрастного препарата при МРТ головного мозга характерно для</p> <p>А. кальцинированной менингиомы Б. доброкачественной глиомы В. аденомы гипофиза Г. некальцинированной менингиомы</p>
<p>Для исследования сосудов головного мозга на МРТ чаще всего используют</p> <p>А. времяпролетную МР-ангиографию Б. фазовоконтрастную МР-ангиографию В. МР-ангиографию с болюсным введением контрастного препарата Г. трехмерные реконструкции томограмм с сильной T2-взвешенностью</p>
<p>Какая МР-методика позволяет определить остроту ишемического инсульта?</p> <p>А. T1 ВИ с контрастированием Б. Диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ) В. T2 ВИ в динамике Г. STIR</p>
<p>Для рассеянного склероза при выполнении МРТ головного мозга характерно</p> <p>А. наличие очагов в белом веществе Б. смещение срединных структур В. окклюзионная гидроцефалия Г. наличие очагов в белом веществе, смещение срединных структур, окклюзионная гидроцефалия</p>
<p>Достоверно высказаться о фазе обострения рассеянного склероза по данным МРТ возможно при</p> <p>А. прогрессирующем расширении субарахноидальных пространств Б. сдавлении базальных цистерн В. контрастном усилении очагов при внутривенном введении парамагнетиков Г. прогрессирующем расширении субарахноидальных пространств, сдавлении базальных цистерн, контрастном усилении очагов при внутривенном введении парамагнетиков</p>

<p>При подозрении на рассеянный склероз обязательной проекцией при выполнении МРТ является</p> <p>А. фронтальная (Т1 – ВИ) Б. сагиттальная (Т2 – ВИ) В. аксиальная (Т1 – ВИ) Г. обязательных проекций не существует</p>
<p>Очаги при рассеянном склерозе чаще всего встречаются в</p> <p>А. Гемиовальных центрах Б. мозолистом теле В. перивентрикулярном белом веществе Г. семиовальных центрах, мозолистом теле, перивентрикулярном белом веществе</p>
<p>Низкая интенсивность сигнала на Т1-ВИ характерна для</p> <p>А. арахноидальной кисты Б. дермоидной кисты В. липомы Г. арахноидальной кисты, дермоидной кисты, липомы</p>
<p>Высокая интенсивность сигнала на Т1-ВИ характерна для</p> <p>А. перифокального отека Б. некроза в опухоли В. кисты в толще краниофарингиомы Г. перифокального отека, некроза в опухоли, кисты в толще краниофарингиомы</p>
<p>Низкая интенсивность сигнала на Т2-ВИ характерна для</p> <p>А. зоны острого кровоизлияния Б. менингиомы В. меланомы Г. зоны острого и хронического кровоизлияния, менингиомы, меланомы</p>
<p>Высокая интенсивность сигнала на Т2-ВИ характерна для</p> <p>А. большинства опухолей Б. перифокального отека В. жидкости с высоким содержанием белка Г. большинства опухолей, перифокального отека, жидкости с высоким содержанием белка</p>
<p>Включения низкой интенсивности сигнала на Т1- и Т2-ВИ характерны для</p> <p>А. краниофарингиомы Б. субарахноидальной кисты В. хронической гематомы Г. краниофарингиомы, субарахноидальной кисты, хронической гематомы</p>
<p>При подозрении на микроаденому гипофиза следует выполнять</p> <p>А. КТ Б. МРТ В. каротидную ангиографию Г. КТ, МРТ, каротидную ангиографию</p>
<p>Эпендимома – это опухоль</p> <p>А. интрамедуллярной зоны Б. экстрамедуллярной зоны В. экстрадурального пространства Г. в вышеперечисленных зонах не встречается</p>
<p>Для дифференциальной диагностики ишемического и геморрагического инсульта в первые сутки необходимо проведение</p> <p>А. МРТ Б. КТ В. каротидной ангиографии Г. МРТ, КТ, каротидной ангиографии</p>
<p>Разрыв артериальной аневризмы может вызвать кровоизлияние</p> <p>А. субарахноидальное</p>

<p>Б. внутримозговое В. и то, и другое Г. ни то, ни другое</p>
<p>При выполнении КТ и МРТ для острой эпидуральной гематомы характерно А. Ликворная плотность содержимого Б. Смещение срединных структур В. Накопление контрастного вещества содержимым гематомы после внутривенного контрастного усиления Г. Ликворная плотность содержимого, смещение срединных структур, накопление контрастного вещества содержимым гематомы после внутривенного контрастного усиления</p>
<p>При выполнении КТ и МРТ для хронической эпидуральной гематомы характерно А. Двояковыпуклая форма Б. Низкая плотность содержимого В. «Масс-эффект» Г. Двояковыпуклая форма, низкая плотность содержимого, «масс-эффект»</p>
<p>Диффузная астроцитома при МРТ А. Гипоинтенсивна на T1-ВИ Б. Гиперинтенсивна на T2-ВИ В. Контрастное усиление хелатами гадолиния наблюдается нечасто Г. Гипоинтенсивна на T1-ВИ, гиперинтенсивна на T2-ВИ, контрастное усиление хелатами гадолиния наблюдается не часто</p>
<p>Олигодендроглиома при выполнении КТ и МРТ А. Сходна с менингиомой Б. Сходна с астроцитомой, за исключением высокой частоты обызвествлений В. Имеет характерную семиотику, позволяющую дифференцировать ее от других видов опухолей Г. Никогда не вызывает смещения срединных структур</p>
<p>Для невриномы восьмого нерва при выполнении КТ и МРТ характерно А. Расширение внутреннего слухового прохода Б. Отсутствие «масс-эффекта» на IV желудочек В. Отсутствие контрастного усиления образования Г. Расширение внутреннего слухового прохода, отсутствие «масс-эффекта» на IV желудочек, отсутствие контрастного усиления образования</p>
<p>Для эпидермоида при выполнении КТ и МРТ характерно А. Локализация в районе мосто-мозжечкового угла Б. Отсутствие контрастного усиления образования В. Сигнал высокой интенсивности на T1-ВИ при МРТ Г. все вышеперечисленное</p>
<p>Для липомы характерно А. Отрицательная плотность при выполнении КТ Б. Гиперинтенсивность на T1-ВИ при выполнении МРТ В. Локализация в области четверохолмия и цистерн среднего мозга Г. Отрицательная плотность при выполнении КТ, гиперинтенсивность на T1-ВИ при выполнении МРТ, локализация в области четверохолмия и цистерн среднего мозга</p>
<p>Для выявления опухолей ствола головного мозга следует проводить А. КТ Б. Каротидную ангиографию В. МРТ Г. Радиоизотопное исследование</p>
<p>Проявлениями бактериального поражения мозга являются А. Абсцесс Б. Менингит В. Эмпиема (субдуральная или эпидуральная) Г. Абсцесс, менингит, эмпиема (субдуральная или эпидуральная)</p>
<p>При выполнении КТ и МРТ абсцесс мозга выглядит как А. Округлое или овальное образование</p>

<p>Б. Пониженной плотности содержимое</p> <p>В. Капсула усиливается после внутривенного контрастного усиления</p> <p>Г. Округлое или овальное образование, пониженной плотности содержимое, капсула усиливается после внутривенного контрастного усиления</p>
<p>Для выявления петрификатов в опухоли целесообразно применять</p> <p>А. МРТ</p> <p>Б. Радиоизотопное исследование</p> <p>В. КТ</p> <p>Г. МРТ, радиоизотопное исследование, КТ</p>
<p>Наиболее информативным для исследования хиазмально-селлярной области является:</p> <p>А. стандартные протоколы компьютерной томографии</p> <p>Б. дополнительные программы спиральной томографии при нативном исследовании</p> <p>В. дополнительные программы спиральной томографии с контрастным контрастированием</p> <p>Г. магнитно-резонансная томография</p>
<p>Один из основных МРТ-признаков вазогенного отека мозга</p> <p>А. форма лучей в белом веществе, расходящаяся от области первичного поражения</p> <p>Б. масс-эффект с вовлечением в процесс белого и серого вещества</p> <p>В. перивентрикулярная зона высокой ИС</p> <p>Г. окклюзионная гидроцефалия</p>
<p>При использовании контрастных агентов при магнитно-резонансном исследовании целесообразней анализировать использовать следующую последовательность</p> <p>А. T1 взвешенные изображения</p> <p>Б. T2 взвешенные изображения</p> <p>В. Flair - последовательности</p> <p>Г. Fatsuppressor- программы с подавлением жира.</p>
<p>Внутричерепная гематома на 2-ой день после кровоизлияния, когда в ней содержится диоксигемоглобин, на МРТ выглядит следующим образом:</p> <p>А. Гиперинтенсивна на T1 и изоинтенсивна серому веществу на T2 ВИ</p> <p>Б. Изоинтенсивна серому веществу на T1 ВИ и гиперинтенсивна на T2</p> <p>В. Гипоинтенсивна на T1 ВИ и T2 ВИ</p> <p>Г. Гиперинтенсивна на T2 ВИ и на T1 ВИ</p>
<p>К внечерепным опухолям относятся</p> <p>А. Глиобластома</p> <p>Б. Менингиома</p> <p>В. Астроцитомы</p> <p>Г. Олигодендроглиома</p>
<p>Какая МРТ- последовательность используется наиболее часто для выявления аденом гипофиза?</p> <p>А. Спин-эхо</p> <p>Б. МР-ангиография</p> <p>В. Turbo-Flash</p> <p>Г. Инверсия-восстановления</p>
<p>Судить о процессах метаболизма в головном мозге позволяет:</p> <p>А. МРТ-ангиография</p> <p>Б. КТ</p> <p>В. МРТ-спектроскопия</p> <p>Г. МРТ с контрастированием</p>
<p>Для исследования внутричерепных опухолей с повреждением гематоэнцефалического барьера целесообразней использовать:</p> <p>А. Нативное КТ</p> <p>Б. МРТ с контрастированием</p> <p>В. Рентгенография черепа в 2-х проекциях</p> <p>Г. Интракраниальное ультразвуковое исследование</p>
<p>Для диагностики опухолей головного мозга наиболее информативным исследованием является</p> <p>А. краниография</p>

<p>Б. УЗИ головного мозга В. МРТ Г. ОФЭКТ</p>
<p>Наиболее информативный метод лучевой диагностики для определения объема остаточной опухоли головного мозга после оперативного лечения А. ОФЭКТ Б. КТ с контрастированием В. нативная МРТ Г. МРТ с контрастированием</p>
<p>Какая МР-последовательность используется наиболее часто для выявления аденом гипофиза? А. спин-эхо Б. МР ангиография В. инверсия восстановление Г. МРТ без контрастирования</p>
<p>Какой метод наиболее эффективен для выявления синдрома «пустого» турецкого седла А. Каротидная ангиография Б. МРТ В. ОФЭКТ Г. рентгеномография турецкого седла</p>
<p>Наиболее достоверная информация при переломах основания черепа может быть получена при: А. КТ Б. МРТ В. рентгенографии основания черепа Г. рентгеномография основания черепа</p>
<p>У больной Т., 20 лет на МРТ сканах шейного отдела позвоночника определяется оскольчатый перелом тела С5 позвонка со смещением С4 позвонка кзади, С6 позвонка кпереди и полным разрывом спинного мозга. Ваше заключение А. гемангиома тела С5 позвонка Б. травматическое повреждение С5 позвонка с разрывом спинного мозга В. туберкулез тела С5 позвонка Г. шейный остеохондроз</p>
<p>Больной А., 50 лет На МРТ головного мозга в лобной доле определяется неоднородная зона пониженной интенсивности с рассеянными зонами гиперинтенсивности А. невринома Б. глиобластома В. липома Г. ушиб головного мозга</p>
<p>При исследовании головного мозга введение контрастного агента («усиление») применяется А. Всегда. Б. Не применяется из-за малой информативности В. Не применяется из-за опасности аллергической реакции Г. При объемных образованиях</p>
<p>Пациент поступил в приемное отделение с черепно-мозговой травмой. В первую очередь необходимо применить А. Рентгенографию в 2-х проекциях и в специальных укладках Б. Магнитно-резонансную томографию В. Допплерографию сосудов шеи и основания мозга Г. Компьютерную томографию</p>
<p>Интенсивность МР-сигнала при остром ишемическом инсульте имеет тенденцию к А. повышению на T1- и T2-ВИ Б. снижению на T2-, повышению на T1-ВИ В. повышению на T2-, снижению на T1-ВИ Г. снижению на T1- и T2-ВИ</p>

<p>Основными признаками кровоизлияния в мозг в остром периоде являются</p> <p>А. гипоинтенсивный характер сигнала на T2-ВИ, изоинтенсивный характер сигнала на T1-ВИ Б. гипоинтенсивный характер сигнала на T2-ВИ, гиперинтенсивный характер сигнала на T1-ВИ В. гиперинтенсивный характер сигнала на T2-ВИ, гипоинтенсивный характер сигнала на T1-ВИ Г. гипоинтенсивный характер сигнала на T1 и T2-ВИ</p>
<p>Выберите признаки, характерные для очага рассеянного склероза</p> <p>А. гиперинтенсивность на T2-ВИ в острой стадии, в хронической стадии изоинтенсивность Б. на T1-ВИ в острой стадии, изоинтенсивность или умеренная гипоинтенсивность, в хронической стадии гипоинтенсивный центр с гиперинтенсивным ободком В. изоинтенсивный характер сигнала на T1-ВИ в острой стадии, гиперинтенсивный характер сигнала в хронической стадии на T2 –ВИ Г. гиперинтенсивность на T1- и T2-ВИ в острой стадии</p>
<p>Наиболее информативной методикой при выполнении церебральной магнитно-резонансной венографии является</p> <p>А. трёхмерная времяпролётная Б. двумерная времяпролётная В. трёхмерная фазоконтрастная Г. трёхмерная времяпролётная, двумерная времяпролётная, трёхмерная фазоконтрастная</p>
<p>МР-характеристика абсцесса мозга</p> <p>А. кистозная полость с толстыми стенками, не накапливающими контрастный препарат Б. кистозная полость с толстыми стенками, активно накапливающими контрастный препарат В. кистозная полость с тонкими стенками, активно накапливающими контрастный препарат Г. кистозная полость с толстыми стенками, не накапливающими контрастный препарат, кистозная полость с толстыми стенками, активно накапливающими контрастный препарат, кистозная полость с тонкими стенками, активно накапливающими контрастный препарат</p>
<p>Выберите контрастный препарат, применяющийся при МР-ангиографии</p> <p>А. контрастные йодсодержащие препараты Б. контрастные препараты на основе гадолиния В. сульфат бария Г. контрастные йодсодержащие препараты, контрастные препараты на основе гадолиния, сульфат бария</p>
<p>МР-характеристика сигнала при липомах</p> <p>А. низкоинтенсивный на T1 и T2-ВИ Б. высокоинтенсивный на T1 и T2-ВИ В. низкоинтенсивный на T1 и высокоинтенсивный на T2-ВИ Г. изоинтенсивный на T1- и T2-ВИ</p>
<p>Атеросклеротическая бляшка на МР-ангиограммах</p> <p>А. имеет высокую интенсивность сигнала Б. имеет низкую интенсивность сигнала В. не видна Г. интенсивность сигнала от бляшки зависит от скорости кровотока</p>
<p>МР-характеристика абсцесса мозга</p> <p>А. кистозная полость с толстыми стенками, не накапливающими контрастный препарат Б. кистозная полость с толстыми стенками, активно накапливающими контрастный препарат В. кистозная полость с тонкими стенками, активно накапливающими контрастный препарат Г. всё вышеперечисленное верно</p>

Раздел 3.2 МРТ. Органы брюшной полости

<p>Для МР-холангиографии используются</p> <p>А. T1-взвешенные последовательности с подавлением сигнала от жира Б. протонно-взвешенных последовательности В. T2-взвешенные последовательности с подавлением сигнала от жира</p>

Г. трехмерные реконструкции T2-взвешенных последовательностей
Назовите наиболее информативный способ контрастирования при заболеваниях печени А. болюсное введение контрастного препарата Б. пероральное введение контрастного препарата В. внутривенное введение контрастного препарата Г. ингаляционное введение контрастного препарата
Назовите наиболее предпочтительный способ визуализации кист печени А. РКТ Б. РКТ с болюсным контрастированием В. МРТ Г. УЗИ конвексным датчиком частотой В,5МГц
Назовите наиболее предпочтительный способ визуализации эхинококковых кист печени А. РКТ Б. РКТ с болюсным контрастированием В. МРТ Г. УЗИ конвексным датчиком частотой В,5МГц
Назовите наиболее предпочтительный способ визуализации опухолей печени А. РКТ Б. РКТ с болюсным контрастированием В. МРТ Г. УЗИ конвексным датчиком частотой В,5МГц
Одним из признаков холецистита является утолщение стенки желчного пузыря более А. 1мм Б. 2мм В. 3мм Г. 5мм
МР-холангиография основана на получении сигнала высокой интенсивности от А. желчи Б. жидкости В. неподвижной жидкости Г. контрастного препарата
Конкременты желчного пузыря чаще всего диагностируются при А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ Г. ЭРХПГ
Наиболее информативный метод при подозрении на рак поджелудочной железы А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ Г. РКТ с болюсным контрастированием
Наиболее информативный и безопасный метод диагностики при механической желтухе А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ Г. УЗИ конвексным датчиком частотой 1,5МГц
Первый метод исследования при подозрении на заболевание печени А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ Г. ЭРХПГ
Рак Фатерова соска чаще всего выявляется при проведении А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ

Г. ЭРХПГ
Наиболее частой причиной болевой механической желтухи служит А. опухоль головки поджелудочной железы Б. холангит В. конкремент Г. стриктура протока
Новообразование печени при МР-исследовании выглядит как А. диффузное изменение интенсивности МР-сигнала от печени Б. очаговое изменение интенсивности МР-сигнала от печени В. участок патологически измененного МР-сигнала от паренхимы печени Г. очаг изменения интенсивности МР-сигнала от печени
Склерозирующие холангиты обусловлены сужением желчных протоков. При этом А. вовлекается печеночный и общий желчный проток Б. имеет место сужение только общего желчного протока В. происходит четкообразное сужение проксимальных протоков печени Г. изменения локализуются в сегментарных протоках печени
При длительном выделении желчи из дренажа после операции на желчных путях показано проведение А. лапароскопия Б. фистулография В. пероральная холецистография Г. МРТ
Наиболее часто встречающееся осложнение механической желтухи А. холангит Б. холецистит В. панкреатит Г. Гепатит
До 80 % конкрементов желчного пузыря состоит из А. холестерина Б. углекислого кальция В. билирубината кальция Г. смешанные
Для визуализации конкрементов желчного пузыря используют А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ Г. ЭРХПГ
Рак БДС лучше всего диагностируется при А. МРТ Б. РКТ В. УЗИ Г. ЭРХПГ
МРТ гепатопанкреатодуоденальной зоны малоинформативно при А. метастатическом поражении печени Б. внутрипротоковых конкрементах В. раке БДС Г. новообразовании поджелудочной железы
Укажите МРТ методику для выявления внутрипротоковых конкрементов А. SET1 Б. SET2 В. HASTE или RARE Г. FATSAT
Основные МР-признаки холангита А. утолщение стенок протоков и перипротоковая инфильтрация Б. наличие в просвете протоков участков выпадения МР-сигнала

<p>В. расширение и извитие протоков Г. наличие перипротоковой инфильтрации</p>
<p>Стандартная МР-программа для исследования печени А. T2 AX, T1 COR, T1 AX +FAT SAT Б. T2 AX, T1 AX, T1 AX+FAT SAT В. T1 AX, T2 SAG, T1 COR, T2 COR Г. T2 AX, T1 AX, T1 AX</p>
<p>Стандартная МР-программа для исследования поджелудочной железы А. T2 AX, T1 COR, T1 AX +FAT SAT Б. T2 AX, T1 AX, T1 AX+FAT SAT В. T1 AX, T2 SAG, T1 COR, T2 COR Г. T2 AX, T1 AX, T1 AX</p>
<p>Укажите программу для наилучшей визуализации поджелудочной железы А. T1 AX +FAT SAT Б. T2 AX В. T1 AX Г. T2 AX + T1 AX</p>
<p>Укажите МРТ методику для наилучшей визуализации панкреатического протока А. T1 Б. T2 В. МРХПГ Г. T1 + T2</p>
<p>Метод выбора исследования воротной вены А. УЗИ Б. РКТ В. динамическая простатовезикулография Г. МРТ</p>
<p>МР-признаки гемангиомы печени А. участок снижения интенсивности МР-сигнала в T2 режиме Б. участок повышения интенсивности МР-сигнала в T2 режиме В. участок пониженной интенсивности МР-сигнала в T1 и T2 режимах Г. участок повышенной интенсивности МР-сигнала в T1 и T2 режимах</p>
<p>Кисты печени визуализируются на МРТ как А. округлые участки снижения сигнала на T1 и повышения T2 Б. округлые участки повышения сигнала на T1 и повышения T2 В. округлые участки повышения сигнала на T1 и снижения T2 Г. множественные участки неправильной формы с повышенной интенсивностью сигнала на T2-взвешенных изображениях и гипоинтенсивным «венчиком»</p>
<p>Хирургические клипсы после лапароскопической холецистэктомии при МРТ являются А. абсолютным противопоказанием к исследованию Б. относительным противопоказанием к исследованию В. противопоказанием не являются Г. Возможно проведение МРТ после премедикации</p>
<p>МРТ при оценке проходимости холедоха после стентирования холедоха металлосодержащим стентом неинформативно из-за А. наличия артефактов Б. отсутствия МР-сигнала от желчи В. сужения желчных протоков после декомпрессии Г. низкой разрешающей способности метода</p>
<p>В норме на МРХГ всегда визуализируются А. холедох, общий печеночный, правый и левый долевыми Б. холедох, общий печеночный, правый и левый долевыми, сегментарные протоки В. холедох, общий печеночный, правый и левый долевыми, сегментарные, протоки субсегментарные</p>

Г. холедох
Верхняя граница размера печени на уровне ворот (краниально-каудальный) А. 6,0 см Б. 12,7 см В. 17,3 см Г. 21 см
Сколько сегментов в печени? А. 4 сегмента Б. 6 сегментов В. 8 сегментов Г. 10 сегментов
Наиболее информативная МР-последовательность для выявления аномалий развития желчных протоков: А. одноимпульсное быстрое спин-эхо толстыми срезами Б. инверсия-восстановление с подавлением сигнала от жидкости В. одноимпульсное быстрое спин-эхо тонкими срезами Г. T1 быстрое спин-эхо
Укажите наиболее значимый МР-признак холангита: А. расширение желчных протоков Б. наличие внутрипротоковых включений округлой формы В. утолщение и инфильтрация стенок внутривнутрипечёночных протоков Г. сужение желчных протоков
В норме диаметр панкреатического протока составляет: А. до 3-х мм Б. до 2-х мм В. до 4-х мм Г. до 5-ти мм

Раздел 3.3 МРТ. Органы моче-половой системы

Для какой из опухолей почек характерны однородная структура, гиперинтенсивный МР-сигнал на T2-ВИ и T1-ВИ, гипоинтенсивный МР-сигнал при использовании программы жироподавления А. ангиомиолиптома Б. карцинома В. онкоцитомы Г. папиллома
Особенности МРТ - визуализации объемных образований почек при контрастном усилении А. гиперинтенсивные очаги на T1 и T2 ВИ Б. изоинтенсивные или гипоинтенсивные очаги на T1 ВИ В. дефекты наполнения на фоне контрастированной паренхимы почки Г. гипоинтенсивные на T2 и гиперинтенсивные на T1 ВИ
Установление стадии опухолей мочевого пузыря по данным МРТ А. ориентировочное Б. с завышением степени инвазии В. с занижением степени инвазии Г. не является достоверным
МРТ почек НЕ информативна при А. Доброкачественной опухоли Б. При камнях в мочеточнике и почках В. Онкологическом поражении Г. Кисте почек
Проведение МРТ с контрастным контрастированием при сосудистых поражениях почек не требует получения изображений в одну из фаз контрастирования

<p>А. в нативную Б. в артериальную В. в нефрографическую Г. в экскреторную</p>
<p>Выберите МР- признак рака предстательной железы (ПЖ) А. гипоинтенсивный участок на Т1ВИ в периферической зоне ПЖ Б. гиперинтенсивный участок на Т1ВИ в периферической зоне ПЖ В. участок с гипоинтенсивным сигналом на Т2ВИ в центральной зоне ПЖ Г. участок с гипоинтенсивным сигналом на Т2ВИ в периферической зоне ПЖ</p>
<p>Для подтверждения диагноза гломерулонефрит применяют А. УЗИ почек Б. УЗДГ сосудов почек В. Биопсию почек Г. МРТ и КТ почек</p>
<p>Кисту в почке с тонкими стенками и множественными перегородками, не накапливающую контрастный препарат, следует отнести к А. типу 1 по классификации Bosniak М.А. Б. типу 2 по классификации Bosniak М.А. В. типу 3 по классификации Bosniak М.А. Г. типу 4 по классификации Bosniak М.А.</p>
<p>Участок расширения переходной зоны эндометрия следует расценить как А. гиперплазию эндометрия Б. очаговый аденомиоз В. эндометриоз Г. гормональные изменения</p>
<p>Внематочный эндометриоз лучше всего оценивать на А. Т1-взвешенных томограммах Б. Т2-взвешенных томограммах В. Т1-взвешенных томограммах с подавлением сигнала от жировой ткани Г. Т2-взвешенных томограммах с подавлением сигнала от жировой ткани</p>
<p>Для подтверждения наличия внутриклеточного жира в надпочечнике следует получить МР изображения А. Т2(FSE) с подавлением сигнала жира Б. Т1(FSE) с подавлением сигнала жира В. STIR Г. Т1(FE, GE) «в фазе» и «противофазе»</p>
<p>Почки у здорового человека находятся на уровне А. 8 – 10 грудного позвонка Б. 11-12 грудного и 1 - 2 поясничного позвонков В. 1– 5 поясничного позвонка Г. 4 – 5 поясничного позвонка</p>
<p>У большинства людей верхний полюс правой почки по сравнению с левой располагается ниже на А. 1 – 2 см Б. 3 – 4 см В. 5 – 6 см Г. 0 см</p>
<p>Для выявления конкрементов в мочеточнике не используют А. УЗИ Б. экскреторную урографию В. статическую сцинтиграфию Г. МРТ</p>
<p>Для определения скорости почечного кровотока используют А. МРТ Б. селективную ангиографию В. сонография</p>

Г. сканирование почек
Увеличение размеров почки наблюдается при А. поликистозе Б. хроническом пиелонефрите В. нефросклерозе Г. гипоплазии почки
Определить функциональное состояние паренхимы почек позволяет А. УЗИ Б. КТ В. динамическая сцинтиграфия Г. МРТ
Соотношение паренхимы и чашечно-лоханочной системы в норме составляет А. паренхима: ЧЛС – 1:1 Б. паренхима: ЧЛС – 2:1 В. паренхима: ЧЛС – 1:2 Г. паренхима: ЧЛС – 1:3
Для изучения скорости клубочковой фильтрации применяют А. МРТ Б. доплерографию В. динамическую сцинтиграфию Г. экскреторную урографию
Для диагностики гломерулонефрита используют А. УЗИ Б. экскреторную урографию В. МРТ Г. нефросцинтиграфию
При подозрении на гломерулонефрит исследование начинают с А. УЗИ Б. КТ В. МРТ Г. динамической сцинтиграфии
Истинные размеры почек можно определить при А. УЗИ Б. нефросцинтиграфии В. МРТ Г. экскреторной урографии
При низком удельном весе мочи нецелесообразно проводить А. УЗИ почек Б. экскреторную урографию В. КТ Г. МРТ
При макрогематурии противопоказана А. ангиография Б. ретроградная пиелография В. экскреторная урография Г. УЗИ почек
Определить форму, размеры и положение чашечно-лоханочной системы почек позволяет А. нефросцинтиграфия Б. МРТ В. обзорная рентгенография органов брюшной полости Г. определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции
Кисты почек наиболее хорошо выявляются с помощью А. радиоизотопных методов исследования Б. экскреторной урографии В. МРТ

Г. ретроградной уретеропиелографии
При подозрении на ренальную природу артериальной гипертензии наиболее информативно А. УЗИ почек Б. радиоизотопные методы исследования В. МРТ Г. селективная ангиография
Уменьшение размеров почки, деформация чашечно-лоханочной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки наиболее характерны для А. туберкулеза почек Б. сморщенной почки В. гипоплазии почки Г. опухоли почки
Для доброкачественной опухоли мочевого пузыря характерно А. образование с неровной поверхностью на широком основании Б. значительная асимметрия пузыря с незначительным изменением его объема В. неоднородна внутренняя структура с участками некроза и кальцификации Г. образование с хорошо дифференцируемой ножкой без инфильтрации стенки
Объемное изображение верхних мочевых путей без инвазивного вмешательства при гидронефрозе возможно получить при А. Экскреторная урография Б. КТ В. МРТ Г. Нефросцинтиграфия
Установить наличие камня средней трети мочеточника с наибольшей точностью позволяет А. Обзорная или экскреторная урография Б. КТ В. МРТ Г. УЗИ
При МРТ почек обнаружено образование жидкостной интенсивности сигнала с четкими ровными контурами, не накапливающее контрастный препарат. Ваше заключение А. Доброкачественное образование Б. Злокачественное образование В. Камень Г. Киста
Для аденомы простаты характерно все, кроме А. доброкачественная гиперплазия предстательной железы Б. разрастание ткани предстательной железы с формированием в ней «узлов» В. затруднение мочеиспускания у мужчин молодого возраста Г. учащенное мочеиспускание, чаще у мужчин старше 40-50 лет
При подозрении на рак предстательной железы наиболее информативным методом диагностики является А. МРТ малого таза Б. КТ брюшной полости В. УЗИ органов малого таза Г. рентгенологическое исследование
В стандартный алгоритм обследования диагностики аденомы простаты входит все, кроме А. жалобы и анамнестические данные Б. ПСА В. трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) Г. МРТ малого таза

Раздел 3.4 МРТ. Скелетно-мышечная система

Для отличия рецидива грыжи межпозвоночного диска от послеоперационного рубца следует применять

- А. КТ
- Б. МРТ
- В. КТ с внутривенным контрастным контрастированием
- Г. МРТ с внутривенным контрастным контрастированием

Спондилогенный болевой синдром может быть вызван

- А. грыжей межпозвоночного диска
- Б. остеофитами, растущими в просвет корешковых отверстий
- В. гипертрофией и обызвествлением задней продольной связки
- Г. грыжей межпозвоночного диска, остеофитами, растущими в просвет корешковых отверстий, гипертрофией и обызвествлением задней продольной связки

Для воспалительных поражений позвоночника спондилитов НЕ характерны

- А. Разрушение ножки дужки позвонка
- Б. Разрушение замыкательной пластинки тела позвонка
- В. Вовлечение смежных отделов тел соседних позвонков
- Г. Разрушение ножки дужки позвонка, разрушение замыкательной пластинки тела позвонка, вовлечение смежных отделов тел соседних позвонков

Остеохондроз позвоночника может вызвать неврологическую симптоматику при локализации

- А. В шейном отделе позвоночника
- Б. В грудном отделе позвоночника
- В. В поясничном отделе позвоночника
- Г. В любом отделе позвоночника

Наиболее информативный метод лучевой диагностики для патологии позвоночника

- А. радионуклидная диагностика
- Б. МРТ
- В. КТ
- Г. УЗИ

МР-характеристика сигнала при метастазах в позвоночник

- А. низкоинтенсивный на T2-ВИ, незначительно повышен на T1-ВИ
- Б. мало или низкоинтенсивен на T2-ВИ
- В. низкоинтенсивный на T1-ВИ, незначительно повышен на T2-ВИ.
- Г. высокоинтенсивный как на T1-ВИ, так и на T2-ВИ

Дифференциальный диагноз невриномы корешкового отверстия и фрагмента диска при его экстррузии. Ваши действия при выполнении МРТ

- А. выполнение последовательности T2-быстрое спин-эхо
- Б. использование трёхмерных реконструкций
- В. введение контрастного препарата на основе хелатов гадолиния
- Г. выполнение последовательности T2-быстрое спин-эхо, использование трёхмерных реконструкций, введение контрастного препарата на основе хелатов гадолиния

<p>МР-характеристика сигнала гемангиом тел позвонков</p> <p>А. высокоинтенсивный на T1 и T2-ВИ Б. низкоинтенсивный на T1 и T2-ВИ В. низкоинтенсивный на T1 и высокоинтенсивный на T2-ВИ Г. изоинтенсивный на T1- и T2-ВИ</p>
<p>Показания для применения МРТ при патологии костно-суставной системы</p> <p>А. оценка формирования костной мозоли Б. оценка распространенности опухоли на костный мозг и мягкие ткани В. оценка интенсивности костного метаболизма Г. все вышеперечисленное верно</p>
<p>Для отличия рецидива грыжи межпозвонкового диска от послеоперационного рубца следует применять</p> <p>А. КТ Б. МРТ В. КТ с внутривенным контрастированием Г. МРТ с внутривенным контрастированием</p>
<p>Как изменяется интенсивность МР сигнала неизменного сухожилия при совпадении его хода с «магическим углом» по отношению к вектору основного магнитного поля?</p> <p>А. Снижается Б. Не изменяется В. Повышается Г.</p>
<p>При МРТ кортикальный слой кости имеет</p> <p>А. сигнал низкой интенсивности на T1 и T2ВИ Б. сигнал низкой интенсивности на T1ВИ и высокой – на T2ВИ В. изоинтенсивный сигнал костному мозгу на T1 и T2ВИ Г. изоинтенсивный сигнал на T1 и T2ВИ</p>
<p>Среди современных лучевых методов визуализации в остеологии наилучшим для оценки состояния костного мозга является</p> <p>А. УЗИ Б. МРТ В. КТ Г. МСКТ</p>
<p>Участок микроперелома эпифиза кости лучше всего определяется при</p> <p>А. рентгенографии Б. КТ В. МРТ Г. Томосинтеза</p>
<p>МР- сигнал низкоинтенсивный на T1-ВИ и незначительно повышен на T2-ВИ характерен при</p> <p>А. воспалительных заболеваниях позвоночника Б. дегенеративных изменениях В. метастазах в позвоночник Г.</p>
<p>Программы и плоскости, применяющиеся для исследования сократительной функции миокарда</p> <p>А. поперечные T1 и T2-ВИ Б. кино-МРТ по длинной и короткой оси В. сагиттальные T1 и T2-ВИ Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Признаки дегенеративных изменений межпозвонковых дисков</p> <p>А. снижение высоты межпозвонкового диска Б. деформация межпозвонкового диска В. снижение интенсивности сигнала на T2-ВИ</p>

Г. всё вышеперечисленное верно
МРТ тазобедренного сустава менее информативна при А. травматических повреждениях Б. воспалительных заболеваниях В. дегенеративных заболеваниях Г. опухолеподобных процессах
МРТ тазобедренного сустава используется для оценки перечисленного, кроме А. мягких тканей Б. связок В. кости Г. полости сустава
МР-характеристика сигнала при разрыве мениска А. высокоинтенсивный на T2-ВИ от структуры мениска Б. низкоинтенсивный на T2-ВИ от структуры мениска В. изоинтенсивный на T2-ВИ от структуры мениска Г. изоинтенсивный на T1- и T2-ВИ
Симптом удвоения задней крестовидной связки в коленном суставе характерен для разрыва А. мениска по типу ручки лейки Б. передней крестовидной связки В. задней крестовидной связки Г. переднего рога медиального мениска
Повреждение Банкарта – это разрыв в плечевом суставе А. суставной губы в задних отделах Б. суставной губы в передне-нижних отделах В. сухожилия надостной мышцы Г. сухожилия подлопаточной мышцы
Отличительной особенностью МР-изображения скелета у детей является А. хорошо дифференцируется надкостница Б. наличие зон роста и ядер окостенения В. наличие периостальных наслоений Г. отличительной особенности нет
Низкая интенсивность сигнала на T1 ВИ характерна для А. арахноидальной кисты Б. липомы В. тератомы Г. гемангиомы
Для арахноидальной кисты характерно А. высокая интенсивность сигнала на T1 ВИ Б. низкая интенсивность сигнала на T1 ВИ В. изоинтенсивный на T1-ВИ Г.
Среди современных лучевых методов визуализации в остеологии наилучшим для оценки состояния костного мозга является А. УЗИ Б. МРТ В. КТ Г. МСКТ
Участок микроперелома эпифиза кости лучше всего определяется при А. рентгенографии Б. КТ В. МРТ Г. линейной томографии
Абсолютным противопоказанием к МРТ тазобедренного сустава является А. ферромагнитные металлоконструкции

<p>Б. титановые металлоконструкции</p> <p>В. пожилой возраст</p> <p>Г.</p>
<p>Наличие у пациента инсулиновых помп, кардиостимулятора, кохлеарных имплантов является</p> <p>А. относительным противопоказанием к проведению МРТ</p> <p>Б. абсолютным противопоказанием к проведению МРТ</p> <p>В. не является противопоказанием к проведению МРТ</p> <p>Г. является показанием к проведению МРТ</p>
<p>Ранние проявления остеоартроза и остеопороза тазобедренного сустава возможно определить с помощью</p> <p>А. КТ</p> <p>Б. УЗИ</p> <p>В. МРТ</p> <p>Г. рентгенографии</p>
<p>Показаниями для проведения МРТ голеностопного сустава являются все перечисленное, кроме</p> <p>А. асептический некроз</p> <p>Б. наличие опухоли в области сустава</p> <p>В. тендиниты, тендинозы</p> <p>Г. металлические осколки в области сустава</p>
<p>Наиболее информативный метод лучевой диагностики для патологии позвоночника</p> <p>А. радионуклидная диагностика</p> <p>Б. МРТ</p> <p>В. КТ</p> <p>Г. УЗИ</p>
<p>Шваннома плечевого сплетения представляет собой на МР и КТ изображениях</p> <p>А. дополнительное образование с четкими контурами, накапливающее контрастный препарат</p> <p>Б. дополнительное образование с нечеткими контурами, накапливающее контрастный препарат</p> <p>В. дополнительное образование, не накапливающее контрастный препарат</p> <p>Г. периферический нерв нормальной толщины с накоплением в нем контрастного вещества</p>

Раздел 3.5 МРТ. Сердечно-сосудистая система

<p>Абсолютным противопоказанием к проведению МР-исследования сердца является</p> <p>А. протез одного из клапанов сердца</p> <p>Б. искусственный водитель ритма</p> <p>В. сосудистый протез восходящей аорты</p> <p>Г. шовные скрепки в грудине</p>
<p>Какая программа МРТ предпочтительнее для исследования скорости кровотока?</p> <p>А. Спин-эхо</p> <p>Б. Спектроскопия</p> <p>В. Фазово-кодирующая</p> <p>Г. Кино-МРТ</p>
<p>Какая программа МРТ предпочтительнее для исследования анатомии сердца?</p> <p>А. Спин-эхо</p> <p>Б. Спектроскопия</p> <p>В. Фазово-кодирующая</p> <p>Г. Кино-МРТ</p>
<p>Какая программа МРТ предпочтительнее для исследования функции сердца?</p> <p>А. Спин-эхо</p> <p>Б. Спектроскопия</p> <p>В. Фазово-кодирующая</p> <p>Г. Кино-МРТ</p>

<p>Брюшная часть аорты начинается на уровне</p> <p>А. Th 10 Б. Th 11 В. Th 12 Г. L 1</p>
<p>К ветвям чревного ствола не относится артерия</p> <p>А. общая печеночная Б. селезеночная В. левая желудочная Г. верхняя брыжеечная</p>
<p>Под аневризмой сосуда принято понимать увеличение его диаметра</p> <p>А. в 1,5 раза Б. в 2 раза В. в 2,5 раза Г. в 3 раза</p>
<p>Аневризма брюшной аорты чаще локализуется в</p> <p>А. супраренальном сегменте Б. инфраренальном сегменте В. брюшной аорте тотально Г. торакоабдоминальном отделе</p>
<p>Аневризма брюшной аорты чаще всего возникает вследствие</p> <p>А. травмы Б. атеросклероза В. сифилиса Г. носит врожденный характер</p>
<p>Осложнением реконструктивных операций на сосудах является</p> <p>А. ложная аневризма анастомоза Б. стеноз анастомоза В. тромбоз шунта Г. все вышеперечисленное верно</p>
<p>К недостаткам МРТ при исследовании сосудов относится</p> <p>А. отсутствие артефактов от костных тканей Б. контраст от движущейся крови В. высокий мягкотканый контраст Г. артефакты от металлических объектов</p>
<p>Симптомами расслоения стенки аорты при МРТ является</p> <p>А. визуализация отслоенной интимы Б. два канала аорты В. тромбоз ложного канала Г. все вышеперечисленное верно</p>
<p>Для выявления обызвествления стенок аорты при ее атеросклерозе более информативной является</p> <p>А. МРТ Б. КТ В. рентгенография Г. рентгеноскопия с контрастированием пищевода</p>
<p>В диагностике коронарного кальциноза наиболее достоверной методикой является</p> <p>А. селективная коронарография Б. рентгенография В. МРТ Г. МСКТ коронарография</p>
<p>В достоверной диагностике коронарного атеросклероза решающей методикой является</p> <p>А. селективная коронарография Б. рентгенография В. МРТ Г. КТ</p>

<p>О наличии аневризмы брюшной части аорты свидетельствует увеличение диаметра аорты свыше</p> <p>А. 1,5 см Б. 2,0 см В. 2,5 см Г. 3,0 см</p>
<p>Отходит непосредственно от дуги аорты</p> <p>А. брахиоцефальный ствол Б. правая общая сонная артерия В. правая подключичная артерия Г. позвоночная артерия</p>
<p>Непосредственно от брюшной аорты не начинается</p> <p>А. чревный ствол Б. верхняя брыжеечная артерия В. левая желудочная артерия Г. нижняя брыжеечная артерия</p>
<p>Причиной ложной аневризмы чаще бывает</p> <p>А. атеросклероз Б. сифилис В. травма Г. кистозный медиальный некроз</p>
<p>Причиной истинной аневризмы чаще бывает</p> <p>А. атеросклероз Б. сифилис В. травма Г. кистозный медиальный некроз</p>
<p>Для дифференциальной диагностики аневризмы грудной аорты и опухоли средостения лучше применять</p> <p>А. рентгенографию в двух проекциях Б. радиоизотопное исследование В. МРТ Г. Все вышеперечисленное неверно</p>
<p>При синдроме Марфана в первую очередь необходимо исключить расслоение стенки аорты с проксимальной фенестрацией, локализующейся в</p> <p>А. восходящем отделе аорты Б. области дуги аорты В. нисходящем отделе аорты Г. брюшной аорте</p>
<p>Место разрыва брюшной аорты чаще локализуется в области</p> <p>А. передней стенки Б. правой боковой стенки В. задней стенки Г. задне-лево-боковой стенки</p>
<p>Дифференциальная МР-диагностика негеморрагического и геморрагического экссудата в полости перикарда</p> <p>А. низкоинтенсивный сигнал T1-ВИ указывает на геморрагический характер содержимого Б. высокоинтенсивный сигнал на T1-ВИ указывает на геморрагический характер содержимого В. высокоинтенсивный сигнал T1-ВИ указывает на негеморрагический характер содержимого Г. низкоинтенсивный сигнал T1-ВИ указывает на негеморрагический характер содержимого</p>

Укажите явный признак открытого овального окна

- А. наличие у дефекта грубых, утолщённых краёв
- Б. выпадение сигнала от межпредсердной перегородки, подтвержденный как минимум в двух проекциях
- В. визуализация сброса крови слева направо
- Г. всё вышеперечисленное верно

Укажите признак расслоения стенки восходящего отдела аорты

- А. наличие второго контура внутри просвета аорты
- Б. изменение кровотока при МР-ангиографии
- В. всё вышеперечисленное неверно
- Г.

Атеросклеротическая бляшка на МР-ангиограммах

- А. имеет высокую интенсивность сигнала
- Б. имеет низкую интенсивность сигнала
- В. не видна
- Г. интенсивность сигнала от бляшки зависит от скорости кровотока

Раздел 3.6 МРТ. Общие вопросы**Что является абсолютным противопоказанием для МРТ?**

- А. Детский возраст пациента
- Б. Третий триместр беременности
- В. Наличие сердечного водителя ритма
- Г. Высокая степень близорукости

При интерпретации изображений МРТ пользуются терминами

- А. высокоинтенсивный, слабоинтенсивный, изоинтенсивный сигнал
- Б. затемнение, просветление
- В. гиподенсные, гиперденсные, изоденсные структуры
- Г. высокоинтенсивный, слабоинтенсивный, изоденсные структуры

С увеличением времени TR меняется

- А. толщина выделяемого слоя
- Б. общее время сканирования
- В. время появления эхо-сигнала
- Г. матрица изображения

От чего зависит частота прецессии протона?

- А. От температуры тела
- Б. От частоты радиоимпульса
- В. От напряженности основного магнитного поля
- Г. От угла поворота вектора продольной намагниченности

Чем определяется пространственное разрешение МР изображения?

- А. Частотой радиочастотного импульса
- Б. Размерностью матрицы
- В. Длительностью TR
- Г. Частотой повторов сбора данных

Наиболее высокую напряженность магнитного поля имеют магниты

- А. резистивные
- Б. сверхпроводящие
- В. постоянные
- Г. любой из перечисленных

<p>Какая импульсная последовательность позволяет избирательно подавлять сигнал жировой ткани?</p> <p>А. спин-эхо SE Б. быстрое (турбо)спин-эхоFSE В. короткое время инверсии восстановления STIR Г. градиентное эхоGE/FE</p>
<p>В МРТ для контрастирования тканей йодсодержащие вещества используются</p> <p>А. в определенных случаях Б. всегда В. не используются Г. при исследовании щитовидной железы</p>
<p>При выполнении времяпролетной МР ангиографии турбулентность тока крови вызывает</p> <p>А. повышение сигнала от движущейся крови Б. улучшение визуализации сосудистой стенки В. не влияет на интенсивность изображения Г. дает участки снижения интенсивности сигнала в сосудах</p>
<p>При какой силе магнитного поля томографа возможно проведение спектроскопии?</p> <p>А. 0,1 тесла Б. 0,5 тесла В. 1,5 тесла и выше Г. Сила поля не имеет значения</p>
<p>Чем выше протонная плотность, тем</p> <p>А. ярче сигнал в изображении Б. темнее сигнал в изображении В. никакого влияния не оказывает Г. все перечисленное верно</p>
<p>Низкая интенсивность сигнала на T1-ВИ характерна для</p> <p>А. арахноидальной кисты Б. липомы В. все перечисленное верно Г.</p>
<p>Для подтверждения наличия внутриклеточного жира в образовании надпочечника следует получить МР изображения</p> <p>А. T2(FSE) с подавлением сигнала жира Б. T1(FSE) с подавлением сигнала жира В. STIR Г. T1(FE, GE) «в фазе» и «противофазе»</p>
<p>Коллоидная киста имеет МР сигнал</p> <p>А. низкий на T1 и высокий на T2 Б. низкий на T2 и высокий на T1 В. изоинтенсивный на T1 и T2 Г. высокий на T1 и T2</p>
<p>Какая МР методика позволяет определить остроту ишемического инсульта?</p> <p>А. T1 ВИ с контрастированием Б. Диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ) В. T2 ВИ в динамике Г. T1 ВИ в динамике</p>
<p>Магнитно-резонансная томография основана на явлении</p> <p>А. люминесценции Б. фосфоресценции В. ядерно-магнитного резонанса Г. всё вышеперечисленное верно</p>

<p>На какие ядра «настроены» современные МР – томографы?</p> <p>А. ^1H Б. ^{12}C В. ^{19}F Г. ^{16}O</p>
<p>Магнитно-резонансными характеристиками объекта служат следующие параметры</p> <p>А. плотность протонов Б. время T1 В. время T2 Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Для искусственного контрастирования при МРТ применяют</p> <p>А. соединения технеция Б. соли кальция В. соединения гадолиния Г. неионные йодсодержащие препараты</p>
<p>Какой из перечисленных элементов чаще всего изучают при МР-спектроскопии?</p> <p>А. Углерод Б. Водород В. Фосфор Г. Технеций</p>
<p>Время T1- релаксации зависит от</p> <p>А. типа ядра Б. напряженности магнитного поля В. температуры Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Чем короче время релаксации T1, тем интенсивность сигнала</p> <p>А. выше Б. ниже В. не меняется Г. интенсивность сигнала не зависит от времени релаксации T1</p>
<p>Время релаксации зависит от</p> <p>А. частоты Б. температуры В. подвижности спинов Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Спин-эховая последовательность осуществляется возбуждением системы РЧ-импульсом</p> <p>А. 90° Б. 120° В. 270° Г. 45°</p>
<p>Месторасположение соответствующего ядра в теле пациента осуществляется путем</p> <p>А. изменения радиочастотного импульса Б. повышения напряженности магнитного поля В. наложением градиентного поля Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Толщина среза при МРТ определяется</p> <p>А. величиной градиента поля Б. длительностью РЧ-импульса В. и тем, и другим Г. ни тем, ни другим</p>
<p>Какую величину нужно вставить в формулу для определения времени сбора данных для одной МР-томограммы: $t = ? * \text{NOL} * \text{NEX}$?</p> <p>А. TR Б. TE В. SE Г. ни один из предложенных вариантов</p>

<p>Контрастность МР-изображения зависит от</p> <p>А. TR Б. TE В. величины РЧ-импульса Г. TR и TE</p>
<p>Интенсивность изображения в магнитно-резонансной томографии</p> <p>А. стандартизована Б. не стандартизована В. зависит от напряжённости магнитного поля Г. зависит от веса магнита</p>
<p>Чем выше протонная плотность, тем</p> <p>А. светлее сигнал в изображении Б. темнее сигнал в изображении В. никакого влияния не оказывается Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Наиболее информативная МР-последовательность для выявления внутрипротоковых конкрементов</p> <p>А. одноимпульсное быстрое спин-эхо толстыми срезами Б. T2 быстрое спин-эхо В. инверсия-восстановление с подавлением сигнала от жидкости Г. одноимпульсное быстрое спин-эхо тонкими срезами</p>
<p>Наиболее информативной методикой при выполнении церебральной магнитно-резонансной венографии является</p> <p>А. трёхмерная времяпролётная Б. двумерная времяпролётная В. трёхмерная фазоконтрастная Г. всё вышеперечисленное верно</p>
<p>Дайте характеристику сигнала простой кисты органа</p> <p>А. изоинтенсивный на T2-ВИ, высокоинтенсивный на T1-ВИ Б. высокоинтенсивный на T2-ВИ, низкоинтенсивный на T1-ВИ В. высокоинтенсивный на T2-ВИ, изоинтенсивный на T1-ВИ Г. высокоинтенсивный как на T1-ВИ, так и на T2-ВИ</p>
<p>Дайте характеристику сосудистой стенки при выполнении МР-ангиографии</p> <p>А. имеет высокую интенсивность сигнала Б. имеет низкую интенсивность сигнала В. не визуализируется Г. всё вышеперечисленное неверно</p>
<p>Выберите контрастный препарат, применяющийся при МР-ангиографии</p> <p>А. контрастные йодсодержащие препараты Б. контрастные препараты на основе гадолиния В. сульфат бария Г. всё вышеперечисленное неверно</p>
<p>МР-характеристика сигнала при липомах</p> <p>А. низкоинтенсивный на T1 и T2-ВИ Б. высокоинтенсивный на T1 и T2-ВИ В. низкоинтенсивный на T1 и высокоинтенсивный на T2-ВИ Г. изоинтенсивный на T1- и T2-ВИ</p>
<p>Какие группы контрастных препаратов обладают наибольшим побочным действием</p> <p>А. ионные Б. неионные В. нерастворимые Г. сульфат бария</p>
<p>Укажите недостаток трёхмерной времяпролётной МР-ангиографии</p> <p>А. короткое время сбора данных Б. высокое пространственное разрешение В. очень короткое время эхо</p>

Г. эффекты насыщения
Укажите преимущества двумерной времяпрелётной МР-ангиографии А. чувствительность к слабому кровотоку Б. короткое время сбора данных В. отсутствие эффектов насыщения Г. всё вышеперечисленное верно
По напряженности магнитного поля, высокопольный МР аппарат А. 0,1- 0,5 Тл Б. - 0,5 – 1,0 Тл В. - 1,0 – 2,0 Тл Г. > 2,0 Тл
Укажите недостатки трёхмерной фазоконтрастной МР-ангиографии А. долгое время сбора данных Б. долгое время эхо ТЕ В. техническая сложность Г. всё вышеперечисленное верно
По напряженности магнитного поля, среднепольный МР аппарат А. 0,1- 0,5 Тл Б. - 0,5 – 1,0 Тл В. - 1,0 – 2,0 Тл Г. > 2,0 Тл
Укажите, при каких состояниях целесообразно контрастирование хелатами гадолиния А. инфаркт белого вещества Б. отёк В. абсцесс Г. всё вышеперечисленное неверно
Отрицательно контрастирующие вещества содержат ионы А. гадолиния Б. диспрозия В. марганца Г. всё вышеперечисленное верно
Не является противопоказанием к проведению МРТ А. клипсы на сосудах головного мозга Б. послеоперационные клипсы на полых органах В. эндопротезы сосудов Г. всё вышеперечисленное верно
На низкопольном МР аппарате выполняются А. стандартные методики – получения T1 и T2, МРТ-ангиография Б. жироподавление и спектроскопия В. диффузная и перфузионная МРТ Г. виртуальная эндоскопия
Основной недостаток реконструкции по алгоритму «проекции максимальной интенсивности» А. ухудшение качества изображения Б. снижение разрешающей способности В. диффузии МР-сигнала от внутрисосудистых (внутрипротоковых) структур Г. «подчёркивание» краёв
Диффузную и перфузионную МРТ, жироподавление и спектроскопию возможно выполнить на А. низкопольном МР аппарате Б. на любом МР аппарате, независимо от мощности В. среднепольном МР аппарате Г. высоко- и сверхвысокопольных установках МРТ
Основной недостаток реконструкции по алгоритму «изображения отенённых поверхностей» А. ухудшение качества изображения

Б. снижение разрешающей способности В. диффузии МР-сигнала от внутрисосудистых (внутрипротоковых) структур Г. «подчёркивание» краёв
Укажите, при подозрении на какое состояние наиболее целесообразно контрастирование хелатами гадолиния: А. инфаркт Б. отёк В. абсцесс Г. инфаркт, отёк, абсцесс
Не является противопоказанием к проведению МРТ А. клипсы на сосудах головного мозга Б. послеоперационные клипсы на полых органах В. эндопротезы сосудов Г. клипсы на сосудах головного мозга, послеоперационные клипсы на полых органах, эндопротезы сосудов

Специализация "Маммология"

Раздел 4.1 Рентгенодиагностика заболеваний молочных желез

Какие виды рентгеновских маммографов бывают? А. Стереотаксические Б. Цифровые В. Низкодозовые Г. Контрастные
Стандартные проекции при проведении скрининговой маммографии А. только косая проекция Б. только боковая проекция В. прямая + боковая проекция Г. прямая + косая проекции
К критериям правильной укладки молочной железы в прямой проекции относится А. отсутствие кожных складок Б. выведенный на контур сосок В. визуализация края большой грудной мышцы Г. визуализация аксиллярной зоны
Классификация BI-RADS используется для характеристики А. плотности молочной железы Б. генетической мутации В. состояния молочных желёз Г. системы интерпретации и протоколирования результатов лучевого обследования
Оценка молочных желез по ACR - это оценка А. плотности железы Б. наличия узловой патологии В. правильности укладки Г. критериев описания
Выставлен диагноз по данным маммографии: BI-RADS 2; ACR d. Определите дальнейшую тактику лучевых исследований молочной железы А. Выполнение маммографии через 1 год Б. Дополнительное выполнение УЗИ В. ММГ+УЗИ через 6 мес. Г. ММГ +УЗИ, согласно программе диспансеризации
Выставлен диагноз по данным маммографии: BI-RADS 3; ACR d. Определите дальнейшую тактику лучевых исследований молочной железы А. ММГ через 1 год Б. ММГ через 6 мес.

В. УЗИ cito
Г. УЗИ+ ММГ через 6 мес.
Выставлен диагноз по данным маммографии: BI-RADS 4; ACR d. Определите дальнейшую тактику лучевых исследований молочной железы
А. ММГ через 1 год
Б. ММГ+УЗИ через 6 мес.
В. ПТАБ
Г. Трепан биопсия
Выставлен диагноз по данным маммографии: BI-RADS 6; ACR d. Определите дальнейшую тактику лучевых исследований молочной железы
А. ММГ через 1 год
Б. Трепан-биопсия
В. ММГ+УЗИ через 6 мес.
Г. ПТАБ
Выставлен диагноз по данным маммографии: BI-RADS 1; ACR d. Определите дальнейшую тактику лучевых исследований молочной железы
А. Контроль по назначению лечащего врача, ММГ не реже чем 1р/год
Б. Трепан-биопсия
В. ММГ+УЗИ через 6 мес.
Г. Контроль по назначению лечащего врача
У пациентки выделения из одного протока, кровянистые. По данным ММГ BI-RADS 4 ACR b, по данным цитологии: атипичные клетки, подозрение на рак. Ваша тактика
А. Назначение дуктографии
Б. Назначение дуктографии с двойным контрастированием протоков
В. Повторный мазок и эксцизионная биопсия
Г. Трепан-биопсия
Скрининговым методом обследования молочных желез, является
А. ММГ
Б. УЗИ
В. МРТ
Г. Электроимпедансная ММГ
При подозрении на разрыв имплантата не назначается
А. ММГ
Б. УЗИ
В. МРТ
Г. Радиотермометрия
У пациенток после аугментационной маммопластики скрининговая маммография проводится
А. не проводится
Б. при наличие узлового образования
В. согласно программе диспансеризации
Г. только по назначению пластического хирурга
Показанием для трепан-биопсии молочных желёз являются изменения категории
А. BI-RADS 6
Б. BI-RADS 2 и 3
В. BI-RADS 3 и 4
Г. BI-RADS 4 и 5
Какая категория (по BI-RADS), выставленная при скрининговом обследовании молочных желёз, является поводом для диагностического дообследования?
А. BI-RADS 5
Б. BI-RADS 4
В. BI-RADS 0
Г. BI-RADS 1
Какая категория по ACR, выявленная при скрининговом обследовании молочных желёз, является поводом для диагностического дообследования?

A. ACR - a
B. ACR - b
B. ACR - c
Г. все выше перечисленное
Верификация диагноза при выявленных сгруппированных микрокальцинатах (BI-RADS 5, ACR - c) выполняется
A. ПТАБ под рентгеновским контролем
Б. Трепан- биопсия под УЗ - контролем
В. Трепан- биопсия под МРТ
Г. Трепан-биопсия под рентгеновским контролем
Трепан - биопсия молочной железы производится для
A. аспирации жидкостных образований
Б. удаления опухолевых образований
В. морфологической верификации диагноза
Г. постановки меток
Во время проведения трепан-биопсии молочной железы нельзя
A. поставить рентген или УЗ контрастную метку
Б. эвакуировать жидкость
В. получить материал для ИГХ исследования
Г. получить материал для цитологического исследования
Трепан-биопсия молочной железы под рентгеновским контролем бывает
A. параллельная
Б. стереоскопическая
В. спиралевидная
Г. вертикальная
Количество биоптатов при проведении трепан-биопсии молочной железы зависит от
A. конституции пациентки
Б. размера узлового образования
В. качества полученных биоптатов
Г. расположения узлового образования
Суть метода стереотаксической биопсии молочной железы - это
A. получение стереопар, посредством отклонения рентгеновской трубки на +15 и -15 градусов
Б. получение послойного сканирования ткани молочной железы
В. разметка с использованием решетки для биопсии.
Г. получение объемного изображения, посредством отклонения трубки на -4 градуса
Что такое оккультный рак молочной железы?
A. Это скрытый рак молочной железы в сочетании с аксиллярной лимфаденопатией
Б. Рак в верхе-наружном квадранте
В. Рак в обеих молочных железах
Г. Рак с прорастанием в грудную стенку
Чаще всего рак молочной железы метастазирует в
A. кости
Б. легкие
В. головной мозг
Г. печень
Фиброаденоматоз - это
A. множественные фиброаденомы обеих молочных желёз
Б. множественные фиброаденомы одной молочной железы
В. рецидивирующие фиброаденомы
Г. фиброзно-кистозная мастопатия без кистозного компонента
К методикам рентгеновского дообследования молочных желёз НЕ относится
A. стереомаммография молочных желёз
Б. томосинтез молочных желёз
В. пневмокистография молочных желёз
Г. соноэластография компрессионная

Если узловое образование располагается у основания молочной железы, методом выбора верификации диагноза является
А. биопсия молочной железы под рентгеновским контролем - горизонтальный доступ
Б. биопсия молочной железы под УЗ - контролем
В. биопсия молочной железы под рентгеновским контролем - вертикальный доступ
Г. ПТАБ молочной железы рентгеновским - контролем
Типы деления млечных протоков все, кроме
А. центральный
Б. рассыпной
В. петлистый
Г. спиралевидный
Основное физико-техническое требование к аналоговому маммографу - разрешающая способность не менее
А. 10 пар/линий
Б. 8 пар/линий
В. 9 пар/линий
Г. 20 пар/линий
Основное средство индивидуальной защиты пациентки при проведении цифровой маммографии является
А. рентгенозащитная юбка
Б. рентгенозащитный воротник
В. рентгенозащитный фартук
Г. рентгенозащитные очки
Мультицентричное поражение молочных желез - это
А. поражение двух желез
Б. поражение одной молочной железы в одном квадранте
В. поражение одной молочной железы в нескольких квадрантах
Г. поражение всей молочной железы
Показанием для аспирационной биопсии кистозного образования молочной железы является киста
А. более 1 см в максимальном измерении
Б. без признаков воспаления, имеющая овоидную форму
В. любого размера с признаками воспаления
Г. размером менее 1 см в максимальном измерении
Ограничения для проведения трепан-биопсии непальпируемого образования системой пистолет-игла под рентгеновским наведением с вертикальным доступом является
А. расположение узлового образования в центральном квадранте
Б. расположение образования у основания молочной железы
В. расположение образования в преареолярной зоне
Г. наличие метастатически пораженных аксиллярных лимфатических узлов
Абсолютное противопоказание для проведения маммографии все, кроме
А. опухолевые образования с распадом
Б. лактирующие молочные железы
В. беременность
Г. микромастия
Относительные противопоказания для проведения маммографии
А. плотная молочная железа
Б. опухолевые образования с распадом
В. возраст моложе 35 лет
Г. микромастия
Рентгеновские признаки инфильтративно-отечной формы рака молочной железы - все, кроме
А. утолщение кожи
Б. повышение интенсивности ткани молочной железы
В. неструктурированный рисунок ткани молочной

Г. крупные рассеянные кальцинаты
Рентгеновские признаки рака молочной железы - узловое образование
А. с четкими, ровными контурами
Б. интенсивное, с лучистыми контурами
В. слабоинтенсивное, с четкими бугристыми контурами
Г. с четкими ровными контурами, с крупным кальцинатом в центре
Дисгормональные молочные железы - это
А. преобладание в структуре ткани молочной железы жирового компонента у нерожавшей женщины
Б. преобладание в структуре ткани молочной железы железистого компонента у женщины постменопаузе
В. плотный железистый фон у нерожавшей женщины
Г. преобладание в структуре ткани молочной железы жирового компонента у пациентки в постменопаузе
Критерии правильной укладки при проведении ММГ в косой проекции все из приведенных, кроме
А. визуализируется большая грудная мышца
Б. сосок на контуре
В. отсутствуют кожные складки
Г. визуализируется край большой грудной мышцы
Принцип получения изображения при проведении методики томосинтеза
А. выполнение линейной томографии
Б. выполнение спиральной компьютерной томографии
В. получение стереопары
Г. принцип микрофокуса
Нарушения работы какой системы женского организма вызывает изменения ткани молочной железы?
А. Эндокринной системы
Б. Кровеносной системы
В. Опорно-двигательного аппарата
Г. Центральной нервной системы
Чёткий критерий для оперативного лечения узловой формы фиброзно-кистозной мастопатии
А. длительная масталгия
Б. пальпируемое узловое образование
В. сецернирующая молочная железа
Г. отсутствие критериев
Основные трудности в выявлении малых форм рака при маммографии
А. склерозирующий аденоз
Б. рубцовые изменения
В. гиперплазия отдельных долек
Г. все вышеперечисленное
У пациенток с плотной тканью молочных желез показатели чувствительности и специфичности маммографии
А. снижаются
Б. повышаются
В. чувствительность повышается, а специфичность снижается
Г. специфичность повышается, а чувствительность снижается
Томосинтез молочных желез - это разновидность
А. аналоговой маммографии
Б. компьютерной томографии
В. цифровой маммографии
Г. электромаммографии
При получении объемного изображения молочной железы эффект суперпозиции тканевых

структур
А. Устраняется
Б. Усиливается
В. Остается неизменным
Г. Ничего из вышеперечисленного
Пациенткам репродуктивного возраста томосинтез выполняется
А. С 6-12 день менструального цикла
Б. С 13-18 день менструального цикла
В. 19-24 день менструального цикла
Г. 25-28 день менструального цикла
Эффективность томосинтеза повышается при выполнении его
А. В прямой проекции
Б. В косой проекции
В. В боковой проекции
Г. В прямой и косой проекции
Мультифокальное поражение молочных желез – это
А. Поражение двух желез
Б. Поражение одной молочной железы в одном квадранте
В. Поражение одной молочной железы в нескольких квадрантах
Г. Поражение всей молочной железы
При обнаружении по данным томосинтеза узловых образований не отмечается
А. Эхогенность
Б. Форма
В. Размер
Г. Локализация
Какое количество категорий включает оценка изменений по шкале Bi-RADS
А. 6
Б. 5
В. 4
Г. 7
К какой категории согласно ACR относятся эндопротезы молочных желез
А. b
Б. c
В. d
Г. Указываются отдельно
Плотные молочные железы, процент фиброзно-железистой ткани в которых составляет более 75% площади маммограмм согласно ACR относятся к
А. Тип a
Б. Тип b
В. Тип c
Г. Тип d
Показания для проведения дообследования молочных желез с использованием методики томосинтеза
А. BI-RADS 1,2+ ACR c,d
Б. BI-RADS 3,4+ ACR a,b
В. BI-RADS 3,4+ ACR c,d
Г. BI-RADS 5+ ACR a
После дообследования с применением методики томосинтеза
А. Узловые образования группы BI-RADS 4,5 должны быть морфологически верифицированы, а образованиям группы BI-RADS 3 показан короткий динамический контроль
Б. Узловые образования группы BI-RADS 2,3 должны быть морфологически верифицированы, а образованиям группы BI-RADS 4,5 показан короткий динамический контроль
В. Узловые образования группы BI-RADS 3 должны быть морфологически верифицированы, а образованиям группы BI-RADS 4 показан короткий динамический контроль
Г. Узловые образования группы BI-RADS 4 должны быть морфологически верифицированы, а

образованиям группы BI-RADS 5 показан короткий динамический контроль
К преимуществам методики томосинтеза не относится
А. Меньшая компрессия органа во время проведения исследования, что делает его более комфортным для пациентки
Б. Выявление не пальпируемых узловых образований, не определяющихся при обзорной маммографии
В. Улучшение визуализации имеющегося в действительности не пальпируемого узлового образования (контуры, структура, размер)
Г. Увеличение количества диагностических пункционных биопсий
Томосинтез в комплексной и дифференциальной диагностике не пальпируемых образований молочных желез
А. Ограничивает возможности лучевых методов обследования
Б. Улучшает качество лучевого обследования
В. Качество лучевого обследования остается неизменным
Г. Ничего из вышеперечисленного
Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего
А. овариэктомия
Б. химиотерапия
В. гормонотерапия
Г. лучевая терапия
Для визуального контроля чрезкожной биопсии опухоли молочной железы применяется
А. ММГ
Б. УЗИ
В. МРТ
Г. все вышеперечисленное
МРТ молочных желёз в плане комплексного обследования (в дополнение, или вместо ММГ, УЗИ) молочных желёз выполняется
А. женщинам с высоким риском развития РМЖ
Б. для оценки целостности силиконовых имплантов
В. женщинам с "плотными" молочными железами
Г. для оценки распространенности заболевания
Назовите наиболее часто встречающиеся аномалии развития молочных желёз
А. полителия и полимастия
Б. инверсия соска
В. гипомастия/амастия
Г. отсутствие большой и/или малой грудной мышц
Какие симптомы составляют синдром Поланда
А. отсутствие большой и/или малой грудной мышц,
Б. частичное либо полное сращение между собой пальцев, их укорочение
В. отсутствие соска и/или самой молочной железы
Г. все вышеперечисленные
Отметьте причины физиологической гинекомастии
А. циркуляция материнских эстрогенов в неонатальном периоде
Б. относительное преобладание эстрадиола над тестостероном в пубертатном периоде
В. дефицит тестостерона в пожилом возрасте
Г. все вышеперечисленное
На какой день менструального цикла показано обследование молочных желёз и инвазивные вмешательства
А. с 6-12 день м/цикла
Б. с 1-6 день м/цикла
В. с 12-18 день м/цикла
Г. день м/цикла не имеет значения
Какое оптимальное положение пациента для пальпации молочных желёз
А. стоя, руки за головой

<p>Б. лёжа на спине В. стоя, руки на поясе Г. сидя, руки за головой</p>
<p>Выделения из сосков скорее физиологичные, если А. из нескольких протоков Б. при условии отсутствия клинических и рентгенологических признаков патологических узлообразований В. белого, желтого, зеленого цвета Г. все вышеперечисленное</p>
<p>Циклическая масталгия А. ассоциирована с лютеиновой фазой менструального цикла Б. ассоциирована с фолликулярной фазой менструального цикла В. односторонняя, локальная Г. такого понятия не существует</p>
<p>Причиной возникновения нециклический масталгии может служить все, кроме А. дисгормональный дисбаланс, связанный с менструальным циклом Б. невралгии В. воспалительные процессы Г. рак молочной железы</p>
<p>Для диагностики и контроля лечения мастита предпочтительно А. маммография Б. УЗИ В. МРТ Г. диагностическая пункция</p>
<p>Адекватным методом диагностики патологии молочных желёз беременных и кормящих женщин А. маммография Б. УЗИ В. МРТ Г. диагностическая пункция</p>
<p>Следует ли рекомендовать прекращение лактации при клинически и рентгенологически установленном диагнозе мастит с формированием абсцесса А. да следует Б. нет, не следует В. следует прекращать в случае сохранения изменений при контрольном обследовании Г. ничего из выше перечисленного</p>
<p>Рак молочной железы, ассоциированный с беременностью предполагает А. возникновение злокачественной опухоли на фоне беременности Б. рак диагностируется на фоне лактации В. рак диагностируется в течение одного года после завершения беременности Г. все выше перечисленное</p>
<p>Обследование молочных желёз у женщин до 45 лет включает А. УЗИ, клинический осмотр и пальпация Б. Маммография, клинический осмотр и пальпация В. МРТ, клинический осмотр и пальпация Г. онкомаркер СА-15,3</p>
<p>Какое из нижеперечисленных состояний не повышают риск развития РМЖ А. гамартома Б. радиальный рубец В. протоковая гиперплазия с атипией Г. дольковая гиперплазия с атипией</p>
<p>К факторам риска развития рака молочной железы не относят А. возраст от 40-70 лет Б. раннее менархе В. поздняя менопауза Г. "плотные" молочные железы по данным маммографии</p>

<p>Специальными методиками исследования молочных желез являются</p> <p>А. пневмоцистография Б. МРТ В. дуктография Г. пневмоцистография и дуктография</p>
<p>Какие факторы позволяют предположить наследственную природу РМЖ</p> <p>А. возраст до 45 лет Б. двустороннее поражение В. РМЖ у мужчин Г. базальноподобный фенотип опухоли</p>
<p>Проекция применяемая при наличии у пациентки имплантов</p> <p>А. Аксилярная Б. каудокраниальная В. проекция Cleavage Г. проекция Eklund</p>
<p>Для верификации патологических состояний молочных желёз, определяемых при ММГ, предпочтительно</p> <p>А. стереотаксическая биопсия Б. core - биопсия под УЗ-контролем В. тонкоигольная пункция под УЗ-контролем Г. открытая биопсия</p>
<p>Отказ от тонкоигольной диагностической пункции с целью верификации патологических состояний молочных желёз обусловлен</p> <p>А. недостаточным объемом клеточного материала Б. болезненность В. высоким уровнем осложнений Г. гипердиагностика</p>
<p>Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы</p> <p>А. умбиликация Б. лимонная корка В. втяжение соска Г. гиперпигментация соска и ареолы</p>
<p>Больная 22 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 39°C, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно - боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?</p> <p>А. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия Б. Узловая форма мастопатии В. Инфильтративно-отечная форма рака молочной железы Г. Острый мастит</p>
<p>При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 5 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?</p> <p>А. Внутрипротоковая папиллома Б. Узловая форма фиброзно-кистозной болезни В. Фиброаденома Г. Узловой рак</p>
<p>Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. Справа пальпируются увеличенные, плотные подмышечные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено. Диагноз?</p> <p>А. Диффузная мастопатия</p>

Б. Рак Педжета
В. Панцирный рак
Г. Маститоподобный рак
При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями. Язва имеет подрытые края, серовато-гнойное не свертывающееся в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?
А. Экзема соска
Б. Первичный шанкр
В. Туберкулез молочной железы в стадии язвы
Г. Рак Педжета
Больная 60 лет жалуется на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?
А. Рак
Б. Внутрипротоковая папиллома
В. Саркома
Г. Мастопатия
Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и его утолщение. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При слущивании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен, плотный на ощупь. Диагноз?
А. Экзема соска
Б. Болезнь Педжета
В. Скирр молочной железы
Г. Маститоподобный рак
У больной в верхне-наружном квадранте молочной железы определяется одиночный безболезненный узел диаметром 5 см плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?
А. Рак молочной железы
Б. Узловая форма мастопатии
В. Фиброаденома молочной железы
Г. Мастит
У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфатические узлы - не увеличены. Диагноз?
А. диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия
Б. Фиброаденома молочной железы
В. Инфильтративно-отечная форма рака молочной железы
Г. Диффузный двухсторонний мастит

4.2 Основы УЗИ в маммологии

Ультразвуковое исследование молочных желёз проводится с применением
А. линейного датчика
Б. конвексного датчика
В. вагинального датчика
Г. кардиологического датчика
Недостаток ультразвукового исследования молочных желёз
А. операторозависимость
Б. противопоказания проведения УЗИ у беременных и кормящих женщин
В. высокая пропускная способность
Г. радиационная безопасность

При проведении трепан-биопсии под УЗ-наведением неверным утверждением является
А. узловое образование отчетливо определяется методом ультразвука
Б. игла визуализируется на всём протяжении
В. ход иглы должен был строго параллелен грудной стенке
Г. пациент лежит на животе или на боку с отведённой за голову рукой
К преимуществам ПТАБ под УЗ-наведением не относится
А. меньшее количество осложнений
Б. простота и время выполнения
В. диагностическая точность ПТАБ
Г. быстрота получения морфологического ответа
Ультразвуковое исследование молочных желез применяется для
А. уточнения изменений, обнаруженных при маммографии
Б. уточнения изменений, выявленных при пальпации
В. метода выбора при "плотных" молочных железах
Г. все вышеперечисленное
Применение ультразвукового исследования ограничено
А. при выявлении микрокальцинатов
Б. при рентгенологически установленных плотных молочных железах
В. при исследовании инволютивных молочных желез
Г. при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей
Дистальное «усиление» эхо-сигнала при УЗИ молочных желез характерно для
А. фиброаденомы
Б. кисты
В. узловой мастопатии
Г. абсцесса молочной железы
УЗИ-признаки фиброаденом
А. четкие ровные контуры, однородная или дольчатая структура, отсутствие изменения формы при компрессии датчиком
Б. четкие ровные контуры, неоднородная структура
В. четкие ровные контуры, неоднородная структура с включениями микрокальцинатов, отсутствие изменения формы при компрессии датчиком
Г. четкие ровные контуры, однородная или дольчатая структура, изменение формы при компрессии датчиком