001. Каким приказом ведомства регламентируется деятельность службы лучевой диагностики:

приказом Минздрава СССР N448 от 1949 г

приказом Минздрава СССР N1104 от 1987 г

приказом Минздрава РФ N132 от 1991 г

приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ N67 от 1994 г.

002. Занятость врача-рентгенолога при выполнении прямых функциональных обязанностей составляет:

40% времени рабочей смены

50% времени рабочей смены

80% времени рабочей смены

100% времени рабочей смены

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

2 года, 5 лет, 10 лет

1 год, 3 года, 5 лет

3 года, 6 лет, 8 лет

5 лет, 10 лет, 15 лет

004. Емкость лоханки у новорожденного:

0,5-1 см3

около 10 см3

5-7 см3

около 20 см3

005. Аттестация врача-рентгенолога на присвоение второй квалификационной категории проводится при наличии у него стажа работы по специальности (в должности) не менее:

3 лет

5 лет

7 лет

10 лет

006. Аттестация врача-рентгенолога на присвоение первой квалификационной категории проводится при наличии у него стажа работы по специальности (в должности) не менее:

3 лет

5 лет

7 лет

10 лет

007. Аттестация врача-рентгенолога на присвоение высшей квалификационной категории проводится при наличии у него стажа работы по специальности (в должности) не менее:

3 лет

5 лет

7 лет

10 лет

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

щитовидная железа

молочная железа

костный мозг, гонады

кожа

009. Периодичность флюорографических обследований для лиц от 15 до 40 лет, не входящих в группы повышенного риска и не относящиеся к обязательным контингентам, в территориях с заболеваемостью населения туберкулезом менее 30 случаев на 100 тысяч населения:

один раз в 3 года

один раз в 2 года

один раз в год

два раза в год

010. Периодичность флюорографических обследований для лиц от 15 до 40 лет, не входящих в группы повышенного риска и не относящиеся к обязательным контингентам, в территориях с заболеваемостью населения туберкулезом более 30 случаев на 100 тысяч населения:

один раз в 3 года

один раз в 2 года

один раз в год

два раза в год

011. Запрещено проведение:

массовых профилактических рентгенологических и флюорографических исследований детям

флюорографии молочных желез женщинам

рентгеноскопии различных органов с профилактической целью

012. Срок действия сертификата на территории Российской Федерации:

3 года

5 лет

бессрочен

10 лет

013. Могут ли врачи, не выдержавшие квалификационный экзамен, допускаться к профессиональной деятельности:

да

нет

на усмотрение администрации.

014. Соответствие рентгеновского кабинета действующим нормативам определяет:

администрация

технический паспорт

санитарный паспорт

заведующий рентгеновским отделением (кабинетом)

015. Разрешение на право эксплуатации рентгеновского кабинета дает:

администрация

технический паспорт

санитарный паспорт

заведующий рентгеновским отделением (кабинетом)

016. Персонал рентгеновского отделения (кабинета) относятся к группе «А»:

приказом администрации

техническим паспортом

санитарным паспортом

заведующим рентгеновским отделением (кабинетом)

017. Кем принимается оборудованный и подготовленный к эксплуатации рентгеновский кабинет:

рентгено-радиологическим отделением (группой радиационного контроля) и центром Роспотребнадзора

рентгено-радиологическим отделением (группа радиационного контроля)

центром Росздравнадзора

центром Роспотребнадзора, Росатомнадзором

018. Каковы требования к приточно-вытяжной вентиляции рентгенодиагностического кабинета:

+4, -3 объема в час

+3, -4 объема в час

+2, -4 объема в час

+3, -3 объема в час

019. Можно ли размещать рентгеновские кабинеты в жилых домах:

да

нет

можно в полуподвальном помещении

можно при хорошо оборудованной защите

020. Заведующий рентгеновским отделением (кабинетом):

осуществляет полную рабочую нагрузку врача-рентгенолога (должность не является освобожденной)

не осуществляет рабочую нагрузку врача-рентгенолога

осуществляет 50% рабочей нагрузки врача-рентгенолога

объем работы определяется администрацией

021. Какова периодичность медицинского обследования лиц, работающих в сфере действия ионизирующего излучения (врачей-рентгенологов и рентгенлаборантов):

1 раз в год в лечебно-профилактическом учреждении

2 раза в год в лечебно-профилактическом учреждении

1 раз в год в лечебно-профилактическом учреждении и 1 раз в 3 года в центре профпатологии

ежегодно в центре профпатологии

022. Минимально допустимые площади процедурной рентгеновского кабинета общего назначения (для размещения РДК с ПСШ, стойки снимков), штатива снимков с использованием каталки, комнаты управления и фотолаборатории (для крупноформатных снимков) равны соответственно:

24 кв. м., 6 кв. м., 8 кв. м

34 кв. м., 10 кв. м., 10 кв. м

45 кв. м., 10 кв. м., 10 кв. м

49 кв. м., 12 кв. м., 15 кв. м

023. Каким приказом ведомства определяются порядок и сроки прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории:

приказом Минздравсоцразвития России № 541н от 23 июля 2010 г.

приказом Минздравсоцразвития России N 342н от 26 апреля 2011 г.

приказом Минздрава РФ N132 от 1991 г.

приказом Минздрава России N 240-н от 23 апреля 2013 г.

024. Какая наиболее частая локализация остеогенной саркомы:

дистальный метадиафиз бедренной кости

проксимальный метадиафиз бедренной кости

дистальный метадиафиз большеберцовой кости

проксимальный метадиафиз большеберцовой кости

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

в 1890 году

в 1895 году

в 1900 году

в 1905 году

026. Многопроекционное исследование может быть произведено при:

ортопозиции

трохопозиции

латеропозиции

027. Геометрическая нерезкость рентгенограммы зависит от:

размеров фокусного пятна

расстояния фокус - пленка

расстояния объект - пленка

движения объекта во время съемки

028. Прямое увеличение изображения достигается:

увеличением расстояния фокус - объект

увеличением расстояния фокус - пленка

увеличением размеров фокусного пятна

увеличением расстояния объект - пленка

029. Область рентгеновского излучения лежит между:

радиоволнами и магнитным полем

инфракрасным и ультрафиолетовым излучениями

ультрафиолетовым излучением и гамма излучением

радиоволнами и инфракрасным излучением

030. Какое свойство рентгеновского излучения является определяющим в его биологическом действии:

проникающая способность

преломление в биологических тканях

скорость распространения излучения

способность к ионизации атомов

031. Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:

мышечная ткань

миокард

эпителиальная ткань

кроветворная ткань

032. Единицы эквивалентной дозы в системе СИ является:

Грей

Рад

Бэр

Зиверт

033. Единицей поглощенной дозы в системе СИ является:

Рентген (Р)

Рад (рад)

Грей (Гр)

Зиверт (Зв)

034. Какая доза измеряется в кл/кг:

эквивалентная

поглощенная

биологическая

экспозиционная

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

4 раза

1,42 раза

2 раза

в 16 раз

036. Каким прибором измеряют величину сетевого напряжения в рентгеновском кабинете:

киловольтметром

миллиамперметром

вольтметром

037. Какой электрический ток используют в рентгеновских трубках:

переменный

выпрямленный

постоянный

038. Колба рентгеновской трубки заполнена:

криптоном

вакуумом

водородом

воздухом

039. При обрыве в цепи трубки стрелка мА-метра:

сохраняет последнее положение

пульсирует

отклоняется к нулю

зашкаливает

040. Энергия (жесткость) рентгеновского излучения, испускаемого трубкой зависит от:

силы тока в цепи накала катода

материала анода

системы охлаждения трубки

величины высокого напряжения

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

перед любым включением аппарата в электрическую сеть

заземление не обязательно

в случаях выполнения рентгенографии

в случае производства с его помощью рентгеноскопии

042. Как изменяется доля рассеянного излучения при рентгенографии при увеличении поля исследования с 30х30 см до 50х50 см:

уменьшается

не меняется

увеличивается

043. С уменьшением оптического фокуса рентгеновской трубки изображение:

уменьшается и приближается к истинному размеру

не изменяется

становится более резким

увеличивается

044. Геометрическая нерезкость:

прямо пропорциональна величине оптического фокуса рентгеновской трубки

прямо пропорциональна толщине объекта

не зависит от размеров оптического фокуса рентгеновской трубки

обратно пропорциональна величине оптического фокуса рентгеновской трубки

045. При каком угле качания движущейся системы томографа выделяется более тонкий слой:

60 град

45 град

30 град

15 град

046. Чем определяется толщина выделяемого слоя при линейной томографии:

величиной напряжения генерирования рентгеновского излучения

скоростью движения штанги

заданным углом движения рентгеновского излучения

047. В какой период менструального цикла рентгенологическое исследование и, в частности, маммография наиболее безопасны:

во вторую неделю после окончания менструации

в любой период

в первую неделю после окончания менструации

перед очередной менструацией

048. Плоскость физиологической горизонтали черепа:

перпендикулярна сагиттальной и фронтальной плоскостям, проходит через наружное слуховое отверстие и нижний край входа в глазницу

делит голову на передний и задний отделы

перпендикулярна сагиттальной и параллельна фронтальной плоскостям

все указанное неверно

049. Как должна располагаться плоскость физиологической горизонтали при рентгенографии черепа в прямой задней проекции:

под углом 45 градусов к плоскости стола

перпендикулярно плоскости стола

параллельно плоскости стола

под углом 20 градусов к плоскости стола

050. Каковы основные стандартные проекции при рентгенографии сердца:

прямая передняя и левая боковая

прямая передняя, первая и вторая передние косые

прямая передняя, первая и вторая передние косые, боковая

прямая передняя и любая боковая

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

на 9-й грудной позвонок

на 12-й грудной позвонок

на мечевидный отросток грудины

на 1-2 см выше линии, соединяющей гребни подвздошных костей

052. К какой категории облучаемых лиц относится персонал рентгеновского кабинета:

Г

Б

В

А

053. Где должны храниться экземпляры акта приемки кабинета в эксплуатацию:

в кабинете

в органах санитарно-эпидемиологической службы

в территориальном рентгенорадиологическом отделении

во всех перечисленных органах

054. С какой частотой должны проводиться периодические проверки рентгенодиагностических кабинетов:

не реже одного раза в год

не реже одного раза в 6 мес.

не реже одного раза в два года

ежеквартально

055. Кем и с какой частотой должен проводиться периодический контроль за содержанием в воздухе кабинета вредных веществ, уровнем шумовых нагрузок, кратностью воздухообмена, температурой в помещении, искусственным освещением:

органами санитарно-эпидемиологической службы не реже одного раза в год

сотрудниками соответствующих подразделений учреждения не реже одного раза в год

представителями территориального рентгенорадиологического отделения не реже одного раза в два года

органами санитарно-эпидемиологической службы не реже одного раза в два года

056. Какие детекторы используют в компьютерных томографах:

только полупроводниковые элементы

полупроводниковые элементы и ксеноновые детекторы

только ксеноновые детекторы

усиливающие рентгеновские экраны

057. Для какой группы заболеваний скелета типичен симптом спикулообразного периостита:

остеомиелит

злокачественные опухоли

доброкачественные опухоли

фиброзная остеодисплазия

058. Если контрастное вещество попало на кожу больного необходимо:

наложить стерильную повязку

протереть спиртом

протереть влажной салфеткой

наложить повязку с противовоспалительной мазью

059. Каковы мероприятия доврачебной помощи при обмороке:

придать больному горизонтальное положение

обеспечить доступ свежего воздуха

применить нашатырный спирт

все перечисленное

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

приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию, вызвать реанимационную бригаду

вызвать реанимационную бригаду, приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию

внутрисердечно ввести адреналин, вызвать реанимационную бригаду

все перечисленное неверно

061. В каком органе (ткани) происходит наименьшее поглощение рентгеновского излучения:

кость

печень

жировая клетчатка

мышца

062. В чем смысл рентгенографии с прямым увеличением рентгеновского изображения:

в большей наглядности изображения из-за его крупных размеров

в выявлении деталей, невидимых на обычных рентгенограммах

в уменьшении лучевой нагрузки на исследуемого

в повышении геометрической резкости изображения

063. Каковы преимущества цифровой (дигитальной) флюорографии перед обычной флюорографией:

уменьшение лучевой нагрузки на исследуемого

отсутствие фотопроцесса

отсутствие потребности в рентгеновской (флюорографической) пленке

все перечисленные факторы

064. Какие виды рентгенографии относятся к цифровой (дигитальной) рентгенографии:

рентгенография, основанная на использовании аналого-цифровых и цифро-аналоговых преобразователей

основанная на использовании запоминающего изображения люминесцентного экрана

основанная на снятии электрических сигналов с экспонированной селеновой пластины

все указанные выше способы рентгенографии

065. В чем заключается методика «усиления» при рентгеновской компьютерной томографии:

томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгеновского контрастного вещества

в повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения

в получении изображения очень тонких слоев объекта

в ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта

066. Единица измерения мощности дозы рентгеновского излучения:

Грэй

Зиверт

кл/кг

мкГр/ч

067. Не являются электромагнитными:

инфракрасные лучи

звуковые волны

радиоволны

рентгеновские лучи

068. Показания индивидуального рентгеновского дозиметра зависят от:

мощности излучения

жесткости излучения

продолжительности облучения

все ответы правильны

069. В классическом случае рассеянное излучение имеет:

более высокую энергию, чем исходное излучение

меньшую энергию, чем исходное излучение

ту же энергию, что и исходное излучение

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

увеличивается в 2 раза

уменьшается на 50%

уменьшается в 4 раза

не изменяется

071. Чем меньше используемый фокус трубки, тем:

меньше разрешение на снимке

больше геометрические искажения

меньше полутень

меньше четкость деталей

072. Использование отсеивающего растра приводит:

к уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения

к уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка

к получению снимка большей плотности и контраста

к снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка

073. Рассеянное излучение становится меньше при увеличении:

напряжения генерирования рентгеновского излучения

отношения рентгеновского растра

толщины пациента

поля облучения

074. Излучение рентгеновской трубки стационарного аппарата:

является моноэнергетическим

имеет широкий спектр

зависит от формы питающего напряжения

075. Малым фокусом рентгеновской трубки считается фокус размером приблизительно:

0.2х 0.2 мм

1х1 мм

2х2 мм

4х4 мм

076. Источником электронов для получения рентгеновских лучей в трубке служит:

вращающийся анод

нить накала

фокусирующая чашечка

вольфрамовая мишень

077. Процент энергии электронов, соударяющихся с анодом рентгеновской трубки и преобразующийся в рентгеновское излучение, составляет:

1%

5%

10%

50%

98%

078. Отношение рентгеновского отсеивающего растра представляет собой:

количество свинцовых ламелей на 1 см растра

отношение ширины растра к его длине

отношение толщины свинцовой ламели в поперечном к лучу направлении к толщине прокладки между ламелями

отношение промежутка между свинцовыми ламелями к их высоте

079. Отсеивающей решеткой называется:

кассетодержатель вместе с неподвижным растром

мелкоструктурный растр

растр с приводом и кассетодержателем

наложенные друг на друга перекрещивающиеся растры

080. На резкость рентгеновских снимков не влияет:

толщина

размер кристаллов (зерен) люминофора флюоресцентного слоя усиливающих экранов

толщина подложки усиливающего экрана

контакт экрана с рентгеновской пленкой

081. Рентгеновский экспонометр с ионизационной камерой работает наиболее точно:

при очень коротких экспозициях

при «жесткой» технике съемки

при безэкранной съемке

при достаточно длинных экспозициях

082. Минимально допустимая суммарная фильтрация при 100 кВ составляет:

1 мм AI

5 мм AI

3 мм AI

5 мм AI

083. Глубинные диафрагмы применяют для:

ограничения афокального излучения

ограничения рассеянного излучения

защиты от неиспользуемого излучения

084. На качество снимка влияют следующие параметры рентгеновской кассеты:

материал корпуса

конструкция замка

упругий материал прижима экранов

масса кассеты

085. Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является:

укорочение времени экспозиции

ограничение рентгеновского луча

уменьшение времени проявления

фильтрация мягкого излучения

086. Применение усиливающих экранов позволяет уменьшить экспозицию по крайней мере:

в 1,5 раза

в 3 раза

в 10 раз

в 100 раз

087. Наибольшую лучевую нагрузку дает:

рентгенография

флюорография

рентгеноскопия с люминесцентным экраном

рентгеноскопия с УРИ

088. Признаком высоковольтного пробоя в трубке является:

отсутствие показаний миллиамперметра во время экспозиции

треск и разряды в пульте управления

бросок стрелки миллиамперметра во время съемки

089. Какой из перечисленных симптомов не типичен для остеоид-остеомы:

окружающий склероз кости вокруг "гнезда"

кальцификация остеоида

гигантские клетки при гистологических исследованиях

обызвествление мягких парооссальных тканей

090. Повышенную вуаль на рентгенограмме могут вызывать:

слишком длительное проявление

некачественная пленка

повышенная мощность ламп в неактиничных фонарях

091. Все следующие характеристики снимка связаны с условиями фотообработки, кроме:

контрастности

разрешения

размера изображения

плотности почернения

092. Чувствительность рентгеновских экранных пленок не зависит от:

условий фотообработки

типа применяемых экранов

длительности и условий хранения

093. Защита от излучения рентгеновского аппарата необходима:

круглосуточно

в течение рабочего дня

только во время рентгеноскопических исследований

только во время генерирования рентгеновского излучения

094. Поглощенной дозе 1 Грей рентгеновского излучения соответствует эквивалентная доза, равная:

0,1 Зиверт

1 Зиверт

10 Зиверт

100 Зиверт

095. Входная доза на поверхности тела пациента меняется следующим образом:

увеличивается пропорционально времени исследования и силе тока

увеличивается пропорционально квадрату напряжения

уменьшается обратно пропорционально квадрату расстояния

096. При выборе дозиметрического прибора для измерения мощности дозы рентгеновского излучения учитываются, главным образом, следующие параметры:

энергия измеряемого излучения

класс точности прибора

вес прибора

097. В соответствии с НРБ-99/2009 для лиц, работающих с источниками излучения (персонал группы А, установлены следующие основные дозовые пределы:

эффективная доза 20 мЗв в год в среднем за любые последовательные 5 лет

эквивалентная доза в хрусталике 150 мЗв в год

эквивалентная доза в коже, кистях и стопах 500 мЗв в год

098. В соответствии с НРБ-99/2009 для лиц, непосредственно не работающих с источниками излучения, но находящихся по условиям работы в сфере их воздействия (персонал группы Б), основные дозовые пределы установлены на уровне:

равном дозовым пределам для персонала группы А

равны 1/4 значений для персонала группы А

на уровне предела дозы для населения

099. В соответствии с НРБ-99/2009 для населения основные дозовые пределы установлены на уровне:

эффективная доза 1 мЗв в год в среднем за любые последовательные 5 лет

эквивалентная доза в хрусталике 15 мЗв в год

эквивалентная доза в коже, кистях и стопах 50 мЗв в год

100. В соответствии с НРБ-99/2009 при проведении профилактических ренгенологических исследований предел годовой эффективной дозы установлен на уровне:

1 мЗв

3 мЗв

5 мЗв

30 мЗв

300 мЗв

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

рентгеноскопия при вертикальном положении стола

рентгеноскопия при горизонтальном положении стола

прицельная рентгенография грудной клетки за экраном

прицельная рентгенография желудочно-кишечного тракта за экраном

рентгенография на втором рабочем месте

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

врачи-рентгенологи в кабинетах общего профиля

врачи-рентгенологи в кабинетах ангиографического профиля

врачи-рентгенологи флюорографических кабинетов

рентгенолаборанты кабинетов общего профиля

рентгенолаборанты ангиографических кабинетов

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

правильным выбором режима работы аппарата

диафрагмированием пучка

размещением рук за пределами светящегося поля

применением защитных перчаток

104. Окончательное решение о проведении рентгенологического исследования принимают:

врач-клиницист

врач-рентгенолог

пациент или опекающие его лица

105. При подготовке пациента к рентгенологическому исследованию врач-рентгенолог обязан:

оценить целесообразность проведения исследования

информировать пациента о пользе и риске проведения исследования и получить его согласие

в случае необходимости составить мотивированный отказ от проведения исследования

все ответы верны

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

рентгеноскопии без УРИ

рентгеноскопии с УРИ

рентгенографии

флюорографии

107. Наиболее удачное сочетание использования технических возможностей рентгеновского аппарата с точки зрения уменьшения дозы облучения больного:

увеличение силы тока, уменьшение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР

увеличение силы тока, уменьшение напряжения, увеличение поля облучения, увеличение КФР

уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, уменьшение КФР

уменьшение силы тока, увеличение напряжения, уменьшение поля облучения, увеличение КФР

все сочетания равноценны

108. Поглощенная доза – это:

доза, полученная за время, прошедшее после поступления радиоактивных веществ в организм

сумма произведений эквивалентной дозы в органе с учетом взвешивающего коэффициента для данного органа

отношение приращения эффективной дозы за интервал времени к этому интервалу времени

средняя энергия, переданная ионизирующим излучением массе вещества в элементарном объеме

109. Доза на поверхности тела пациента, обращенной к источнику излучения, называется:

поверхностная (входная)

выходная

эквивалентная

поглощенная

110. Для определения мощности дозы на рабочих местах персонала наиболее широко используются следующий метод:

ионизационный

фотохимический

люминесцентный

химический

биологический

111. Приборы, используемые для контроля мощности дозы в рентгеновском кабинете, должны быть:

внесены в Государственный Реестр измерительных приборов

отградуированы и проверены учреждением Госстандарта

допущены к применению Минздравом РФ

112. Для измерения дозы внешнего облучения используется следующий метод:

измерение активности тела человека на СИЧ

измерение удельной активности воздуха

индивидуальный дозиметрический контроль

контроль радиоактивного загрязнения одежды и кожи

контроль загрязнения почвы населенных пунктов радионуклидами

113. Вероятность возникновения острых лучевых поражений зависит от накопленной:

поглощенной дозы общего и локального облучения за первые сутки

эффективной дозы за первые два дня облучения

эффективной дозы за первый год облучения

поглощенной дозы общего и локального облучения за первые двое суток

114. Какие из видов радиационной патологии относятся к стохастическим:

острые и хронические лейкозы

аутоиммунный тиреоидит

врожденные аномалии развития

лучевая катаракта

115. Стохастические эффекты могут развиться при следующих дозах:

15-30 сГр

более 100 сГр

5-100 сЗв

нет порога дозы облучения

116. Поражение плода наиболее часто возникает при следующих сроках беременности:

до 4 недель

4-25 недель

25-40 недель

117. Не превышение допустимых пределов индивидуальных доз облучения граждан от всех источников ионизирующего излучения, в соответствии с НРБ-99/2009 называется:

принцип обоснования

принцип нормирования

принцип оптимизации

118. Запрещение всех видов деятельности по использованию источников ионизирующего излучения, при которых полученная для человека и общества польза не превышает риск возможного вреда, причиненного дополнительным облучением, в соответствии с НРБ-99/2009 называется:

принцип обоснования

принцип оптимизации

принцип нормирования

119. Поддержание на возможно низком и достижимом уровне с учетом экономических и социальных факторов индивидуальных доз облучения и числа облучаемых лиц при использовании любого источника облучения, в соответствии с НРБ-99/2009 называется:

принцип обоснования

принцип оптимизации

принцип нормирования

120. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009) не распространяются на следующие источники ионизирующего излучения:

техногенные за счет их нормальной эксплуатации

природные

медицинские

космическое излучение на поверхности Земли и внутреннее облучение человека, создаваемое природным калием

121. Требования НРБ-99/2009 не распространяются на ИИИ, создающие годовую эффективную дозу не более (минимальное значение):

1 мкЗв

5 мкЗВ

10 мкЗв

15 мкЗв

122. Доза облучения врача-рентгенолога определяется:

общим количеством выполненных исследований

количеством коек в стационаре

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

количеством участков в поликлинике

123. Доза планируемого повышенного облучения персонала, допускаемая с разрешения территориальных органов Госсанэпиднадзора, составляет не более:

50 мЗв в год

100 мЗв в год

200 мЗв в год

250 мЗв в год

500 мЗв в год

124. По просьбе пациента врач-рентгенолог обязан предоставить ему следующую информацию:

о радиационном выходе рентгеновского аппарата

об эффективной дозе, полученной пациентом при исследовании

о риске возникновения стохастических эффектов в результате этого исследования

125. Радиационная безопасность пациента обеспечивается за счет:

исключения необоснованных исследований

снижения дозы облучения до величины, достаточной для получения диагностически приемлемого изображения

не превышения дозового предела для населения 1 мЗв в год

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

производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла

производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

127. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано больным:

при дозах облучения менее 3 Гр

у которых не было первичной реакции

с легкой степенью лучевой болезни

получившим летальные дозы облучения

128. Главными принципами принятия решений о проведении защитных мероприятий на ранней фазе радиационной аварии являются:

принцип нормирования

принцип обоснования вмешательства

принцип оптимизации вмешательства

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

центральной нервной системе

сердечно-сосудистой системе

системе органов кроветворения

пищеварительной системе

иммунной системе

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

тошнота и рвота

лейкопения

эритема кожи

выпадение волос

жидкий стул

131. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет:

0.5 Гр

1 Гр

2 Гр

3 Гр

4 Гр

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

эритроцитов

лейкоцитов

нейтрофилов

лимфоцитов

тромбоцитов

133. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет:

5 Гр

1 Гр

0.5 Гр

0.1 Гр

любая

134. Наибольшую информацию о состоянии канала зрительного нерва дает рентгенограмма черепа в проекции:

носо-подбородочной

носо-лобной

прямой задней

косой по Резе

135. Наибольшую информацию о соотношении костей краниовертебральной области дает рентгенограмма в проекции:

прямой передней

боковой

прямой задней

носо-подбородочной

136. Наиболее информативной в диагностике линейного и вдавленного переломов костей свода черепа являются:

обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы

прицельные касательные рентгенограммы

прицельные контактные рентгенограммы

прямые томограммы

137. Наиболее точную информацию при вдавленном переломе костей свода черепа дает:

обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции

томограммы в прямой и боковой проекции

прицельные контактные рентгенограммы

прицельные касательные рентгенограммы

138. В какой проекции рекомендуется произвести обзорную рентгенограмму для выявления перелома костей основания черепа:

боковой

аксиальной

прямой

лобно-носовой

139. В какой проекции применяется рентгенография черепа для выявления переломов лицевого скелета:

задняя обзорная

боковая обзорная

аксиальная

носо-подбородочная

140. Предлежание венозного сигмовидного синуса лучше всего определяется в проекции:

обзорной боковой черепа

по Стенверсу

по Майеру

по Шюллеру

141. Продольный перелом пирамиды височной кости определяется на рентгенограммах черепа в проекциях:

носо-лобной

по Стенверсу

по Шюллеру и Майеру

обзорной прямой задней

142. Наиболее информативной для исследования турецкого седла является рентгенограмма черепа в проекции:

боковой

затылочной

лобно-носовой

прицельной боковой

143. Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют:

3-6 мм

7-9 мм

9-14 мм

7-16 мм

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

5-7 мм

4-10 мм

7-12 мм

6-14 мм

145. К обызвествлениям нормальных анатомических образований черепа относятся все перечисленные ниже, кроме:

шишковидной железы

серповидного отростка

диафрагмы турецкого седла

сосудистых сплетений

146. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является:

увеличение размеров турецкого седла

остеопороз деталей седла

повышенная пневматизация основной пазухи

понижение пневматизации основной пазухи

147. Под термином «рельеф костей свода черепа» понимают:

рисунок венозных синусов

рисунок артериальных борозд

рисунок пальцевых вдавлений

рисунок всех перечисленных выше образований

148. Наиболее информативной методикой исследования при черепной травме является:

краниография

томография

ангиография

компьютерная томография

149. Характерными особенностями очагов деструкции черепа при миеломной болезни являются:

размытые контуры

способность к слиянию

отсутствие слияния

мягкотканный компонент

150. Чаще всего метастазирует в кости черепа рак:

желудка

молочной железы

легкого

толстой кишки

151. Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается при:

остеосаркоме

остеомиелите

остеоме

фиброзной дисплазии

152. Вздутие нижней челюсти характерно для:

одонтогенного остеомиелита

остеосаркомы

амелобластомы

одонтомы

153. Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является:

трабекулярный рисунок структуры костей

множественные, округлой формы и различной величины очаги деструкции

утолщение костей свода

очаги склероза

154. К рентгеновским признакам синдрома Моргани относятся:

утолщение наружной пластинки лобной кости

утолщение диплоического слоя лобной кости

утолщение внутренней костной пластинки лобной кости

склероз всех слоев лобной кости

155. Изменения в костях свода черепа при фиброзной деформирующей остеодистрофии сводятся к:

диффузному утолщению костей

ограниченному утолщению костей

очагам уплотнения структуры в сочетании с утолщением костей

округлым очагам деструкции

156. Для гемангиомы костей свода черепа характерны:

ограниченный остеосклероз

гиперостоз

локальный остеопороз с грубоячеистой структурой

распространенная ячеистость

157. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является:

углубление пальцевых вдавлений

остеопороз структуры, уплощение турецкого седла

расширение каналов диплоических вен

расхождение швов

158. Обызвествление является наиболее характерным для:

эозинофильной аденомы

глиомы дна III желудочка

краниофарингиомы

хромофобной аденомы

159. Очаг деструкции в костях свода может самопроизвольно исчезнуть при:

метастазе опухоли

миеломе

эозинофильной гранулеме

остеомиелите

160. Основным симптомом полного краниостеноза является:

деформация черепа

истончение костей свода черепа

усиление пальцевых вдавлений

раннее закрытие швов

161. Рентгенологическая картина метастазов в череп характеризуется чаще:

множественными очагами деструкции

единичными очагами деструкции

очагами склероза

очагами гиперостоза

162. Повышение внутричерепного давления сопровождается:

утолщением костей

истончением костей свода черепа

ранним закрытием швов

поздним закрытием швов

163. Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает рентгенография черепа в проекции:

Шюллера

Майера

Стенверса

обзорная в прямой передней

164. Наиболее частым осложнением хронического гнойного отита является:

синусит

холестеатома

невринома

евстахиит

165. Рентгеносемиотика опухоли внутреннего уха (невриномы) включает:

склероз пирамиды

расширение внутреннего слухового прохода

пороз пирамиды

сужение внутреннего слухового прохода

166. Рентгенологическая картина оперированного уха (после радикальной операции) выявляет:

отсутствие части пирамиды

дефект верхней части «пещеры»

дефект кости в аттико-антральной области

дефект части ушной раковины

167. Наиболее быстрая динамика рентгенологической картины отека слизистой верхнечелюстных пазух наблюдается при:

вазомоторной риносинусопатии

остром гайморите

подостром гайморите

обострении хронического гайморита

168. Наиболее достоверным симптомом злокачественной опухоли пазухи является:

затемнение пазухи

изменение величины и формы пазухи

дополнительная тень на фоне пазухи

костная деструкция

169. Характерным симптомом острого синуита является:

гомогенное затемнение пазухи

интенсивное пристеночное затемнение пазухи

изменение формы пазухи

горизонтальный уровень жидкости в пазухе

170. Характерным симптомом хронического синусита является:

гомогенное затемнение пазухи

пристеночное затемнение пазухи

изменение величины и формы пазухи

слоистость пристеночного затемнения пазухи

171. Малодоступными при ларингоскопии, но хорошо выявляемыми при рентгенологическом исследовании, отделами гортани являются:

преддверье

голосовые и желудочковые складки

гортанные желудочки

подскладочное пространство

172. Характерными симптомами рака гортани является все, кроме:

наличия дополнительной тени

нарушения подвижности элементов гортани

ограниченности процесса

расширения гортанных желудочков

173. Рентгенологическими симптомами ларингита являются:

утолщение надгортанника

увеличение гортанных желудочков

неподвижность элементов гортани

утолщение складок гортани при сохранении подвижности

174. Характерным рентгенологическим признаком для заглоточного абсцесса является:

выпрямление лордоза шейного отдела позвоночника

утолщение слизистой оболочки задней стенки глотки

расширение мягких тканей превертебрального пространства на уровне шейных позвонков с «пузырьками» и «прослойками» газа

деформация гортани

175. Анатомическим субстратом легочного рисунка в норме является:

бронхиальное дерево

разветвление бронхиальных артерий

разветвление легочных артерий и вен

лимфатические сосуды

176. Сегментарные легочные вены разветвляются:

вместе с артериями

вместе с бронхами

по границам сегментов

в плащевом слое

177. Основой сегментарного строения легкого является разветвление:

бронхов

легочных вен и бронхов

легочных артерий, бронхов и легочных вен

легочных артерий и бронхов

178. Легочная связка видна на обзорной рентгенограмме в проекциях:

прямой

прямой и боковой

прямой, боковой и косой

косой и боковой

179. Какой рентгенологический симптом является решающим при дифференциальной диагностике опухоли Юинга и диафизарного остеомиелита:

линейный периостит

увеличение интенсивности тени мягких тканей

симптом кортикального секвестра

«луковичный» периостоз

180. На внутрилегочное расположение пристеночного образования указывает:

округлая форма

изменение формы в разных проекциях

смещаемость с легким при дыхании

прямые углы с грудной стенкой в разных проекциях

181. Наиболее частой аномалией развития легких является:

обратное расположение легких

добавочная доля непарной вены

трахеальный бронх

четырехдолевое строение легкого

182. Наиболее часто встречающийся порок развития легких – это:

трахеобронхомегалия

легочная секвестрация

пищеводно-бронхиальный свищ

кистозная гипоплазия

183. При подозрении на легочную секвестрацию необходимо выполнить:

томографию

бронхографию

контрастирование пищевода

аортографию

184. Наиболее частая причина бронхолитиаза:

саркоидоз

туберкулез

хронический бронхит

инородные тела

185. Средняя доля правого легкого чаще поражается:

туберкулезом

раком

воспалительным процессом

врожденными бронхоэктазами

186. Основным скиалогическим признаком легочного секвестра в полости абсцесса является:

неровность внутренней стенки полости

дополнительная тень в полости

большое количество жидкого содержимого

уровень с ровной горизонтальной линией

187. Наиболее характерный признак диффузного пневмосклероза:

диффузное усиление и деформация легочного рисунка

неструктурные корни

признаки легочной гипертензии

снижение подвижности диафрагмы

188. Наиболее характерно для эмфиземы легких:

усиление и деформация легочного рисунка

расширение легочных корней

изменение легочного рисунка и корней легких

повышение прозрачности легочных полей и обеднение легочного рисунка

189. Легочная гипертензия характеризуется в первую очередь:

усилением и деформацией легочного рисунка

пульсацией корневых сосудов

расширением корневых сосудов и ствола легочной артерии

застойными изменениями в легких

190. Для первичного туберкулезного комплекса характерно:

долевое затемнение

двустороннее поражение

расширение тени корня с одной стороны в сочетании с фокусом в легком

жидкость в плевральной полости

191. Дифференциальная диагностика туберкулемы легкого и периферического рака основывается на:

анализе характера контура

локализации опухоли

размерах образования

изменении плевры

192. Для туберкулемы в фазе прогрессирования характерно:

слоистое строение

четкие наружные контуры

наличие участков деструкции и очаги отсева

высокая интенсивность

193. Для центрального эндобронхиального рака легкого наиболее характерным является:

нарушение бронхиальной проходимости

нарушение подвижности диафрагмы

затемнение в области корня

усиление и деформация легочного рисунка в прикорневой зоне

194. Корень при центральном раке легкого:

не изменен

расширен, бесструктурен

не виден (закрыт средостением)

смещен в здоровую сторону

195. Периферический рак исходит из эпителия бронхов:

сегментарных

субсегментарных

дольковых

альвеолярного эпителия

196. При периферическом раке легкого контуры затемнения:

четкие и ровные

нечеткие и ровные

фестончатые и четкие

фестончатые и нечеткие

197. Наиболее характерным признаком метастазов в корне легкого является:

выпуклость наружных очертаний

расширение корня

бесструктурность корня

198. «Полостной» рак – это:

прорастание опухоли в любую полость

полностью распавшийся периферический рак

полость в раковом ателектазе

нет такой формы

199. Высокое положение и неподвижность диафрагмы на стороне злокачественной опухоли легкого свидетельствуют о:

релаксации купола диафрагмы

базальном выпоте

релаксации диафрагмы и базальном выпоте

поражении диафрагмального нерва

200. Наиболее важным симптомом в дифференциальной диагностике периферического рака легкого и периферической аденомы является:

форма

размеры и форма

структура и контуры

форма и контуры

201. Наличие шаровидного образования внутри полости указывает на:

криптококкоз

аспергиллез

кокцидиоидомикоз

гистоплазмоз

202. К характерным рентгенологическим признакам погибшего эхинококка относятся:

уменьшение размеров

изменение формы

уменьшение размеров и формы

обызвествление капсулы

203. Обызвествления и костные включения внутри средостенного образования характерны для:

целомических кист перикарда

терато-дермоидных образований

злокачественных опухолей

доброкачественных опухолей

204. В дифференциальной рентгенодиагностике опухолей и опухолевидных образований средостения наибольшее значение имеет:

размеры

характер наружных контуров

локализация

наличие или отсутствие известковых включений

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

туберкулеза

лимфогранулематоза

саркоидоза

метастазов

206. Какой из видов осумкованного плеврита чаще всего виден на обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции и не виден в боковой проекции:

верхушечный

паракостальный

парамедиастинальный

наддиафрагмальный

207. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

подкожная эмфизема

пневмоторакс

пневмомедиастинум

пневмоперитонеум

208. Для тромбоэмболии крупной ветви легочной артерии в ранние сроки характерно:

повышение прозрачности участка легочного поля

понижение прозрачности участка легкого

локальное обогащение легочного рисунка

прозрачность легочного поля сохранена

209. В каких единицах измеряется количество информации:

в битах

в мегагерцах

в дюймах

в количестве операций в единицу времени

210. Что такое алгоритм:

способ хранения данных в компьютере

картинка на экране монитора

правило решения задачи

устройство вывода информации

211. Сколько времени требуется для передачи на большие расстояния рентгеновских изображений (полноформатного снимка грудной клетки) при использовании волоконно-оптических линий связи:

несколько часов

несколько минут

более 30 мин

несколько секунд

212. Что такое телемедицина:

вид передачи по телевидению

научные и технические аспекты передачи медицинской информации (включая медицинские изображения) на расстояние

отображение медицинской информации на экране телевизоров

визуализация медицинской информации, записанной на магнитном носителе.

213. Имеется ли возможность изменять параметры изображения на экране монитора автоматизированного рабочего места (АРМ) врача-рентгенолога:

такой возможности нет

такая возможность существует лишь в редких случаях

такая возможность имеется практически всегда

такая возможность существует, но при условии подключения к АРМ сложной дополнительной электронной аппаратуры

214. В дифференциальной диагностике липом с целомами переднего кардио-диафрагмального синуса лучше применить:

многопроекционную рентгеноскопию

томографию

рентгенографию

УЗИ и КТ

215. Краевые обызвествления капсулы чаще характерны для кист средостения:

дермоидных

целомических

энтерогенных

тимусных

216. Отличить загрудинный зоб от шейно-медиастинальной липомы возможно по:

локализации

контурам

структуре

смещаемости при глотании

217. Неврогенные опухоли чаще всего локализуются в:

паравертебральном пространстве

пространстве Гольцкнехта

нижне-заднем отделе средостения

кардио-диафрагмальном синусе

218. При трахеобронхомегалии рентгенологически трахея и бронхи изменены:

незначительно расширены и деформированы

резко расширены с увеличением угла бифуркации

резко расширены с уменьшением угла бифуркации

умеренно расширены с обычным углом бифуркации

219. Напряженная гигантская киста легкого рентгенологически отличается от спонтанного пневмоторакса:

отсутствием легочного рисунка и стенок

отсутствием легочного рисунка и наличием стенок

отсутствием стенок и обеднением легочного рисунка

наличием стенок и обеднением легочного рисунка

220. Напряженный пневмоторакс и пневмомедиастинум, рентгенологически выявляемый, наблюдается при разрывах:

только трахеи

трахеи и главных бронхов

только пищевода

трахеи, главных бронхов и пищевода

221. Ведущим рентгенологическим симптомом атрезии пищевода является:

сужение пищевода

наличие слепого мешка

деформация пищевода

расширение пищевода

222. При праволежащей аорте контрастированный пищевод смещается аортой:

кпереди и влево

кпереди и вправо

кзади и влево

кзади и вправо

223. Выраженное расширение и удлинение дистальных отделов толстой кишки над участком локального сужения с гладкими контурами и плавными переходами у молодого пациента наблюдаются при:

болезни Крона

туберкулезе

мегаколон

неспецифическом язвенном колите

224. Методика Ивановой - Подобед заключается в:

исследовании с бариевой пастой

двойном контрастировании пищевода

приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды

даче ваты, смоченной бариевой взвесью

225. Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью и добавлением вяжущих средств может оказаться полезным при:

раке ретрокардиального отдела

варикозном расширении вен

дивертикулах

ахалазии кардии

226. Пищевод в виде бус, четкообразный, штопорообразный, эти названия отражают одни и те же изменения пищевода, а именно:

множественные дивертикулы

эзофагоспазм

вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита

варикозное расширение вен

227. Газовый пузырь желудка при ахалазии III-IV степени:

не изменен

деформирован

увеличен

уменьшен или отсутствует

228. Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 24 часа после приема бариевой взвеси применяется для изучения:

патологии толстой кишки

илеоцекальной области

пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения ободочной кишки

патологии тонкой кишки

229. Наиболее информативной методикой исследования билиарной системы при желчекаменной болезни является:

ЭРХПГ

УЗИ

внутривенная холецистохолангиография

инфузионная холеграфия

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

организовавшейся гематомы

злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта

паразитарной кисты

тератодермоидной опухоли

231. Компактно расположенная группа однородных известковых глыбок над лонным сочленением обусловлена:

камнями мочевого пузыря

флеболитами

тератодермоидной кистой

фибромой матки или аденомой предстательной железы

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

обызвествление стенок магистральных сосудов

паразиты

обызвествленные лимфоузлы

организовавшийся натечник

233. Одиночная известковой плотности тень неправильной формы до 1 см в правой верхней половине живота, располагающаяся в боковой проекции кпереди от позвоночника, обусловлена:

камнем желчного пузыря или общего желчного протока

почечным камнем

обызвествленным лимфоузлом

обызвествлением в головке поджелудочной железы

234. Желудок по отношению к брюшине располагается:

интраперитонеально

экстраперитонеально

мезоперитонеально

235. Верхний полюс глотки находится на уровне:

основания черепа

хоан

корня языка

подъязычной кости

236. При перегибах желудка его свод смещается:

кпереди

кзади

кнутри

кнаружи

237. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки:

двенадцатиперстная кишка

тощая кишка

подвздошная кишка

червеобразный отросток слепой кишки

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

эндофитном раке

рубцовом сужении после ожога

эзофагоспазме

склерозирующем медиастините

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

эзофагоспазма

рубцовой стриктуры

эндофитного рака

вторичных изменений пищевода при хроническом медиастините

240. Варикоз вен пищевода выражается:

"разлохмаченным" контуром в средней и нижней трети грудного отдела пищевода, могут наблюдаться изъязвления

дефекты имеют вид серпантина, меняют величину и форму в зависимости от положения больного, фазы дыхания и локализуются в средней и нижней трети пищевода

наиболее частой локализацией в нижней трети пищевода и обычно сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

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

острой язвы

пенетрирующей язвы

озлокачественной язвы

инфильтративно-язвенного рака

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

эндофитного рака

рубцово-язвенного стеноза привратника

антрального ригидного гастрита

врожденного пилоростеноза

243. Определяющими симптомами эндофитного (инфильтративного) рака желудка являются:

уменьшение размеров желудочного пузыря, отсутствие перистальтики, нарушение эвакуации из желудка

центральный дефект наполнения, дефект на рельефе, дополнительная тень на фоне газового пузыря желудка

укорочение малой кривизны желудка, ригидность его стенок, отсутствие складок, микрогастрия

дефект наполнения, атипичный рельеф, нарушение перистальтики

244. Множественные дефекты на рельефе верхнего отдела желудка и дистального отрезка пищевода размерами 1-2 см в сочетании с расширенными складками и сохраненной эластичностью стенок характерны для:

варикозно расширенных вен

избыточной слизистой

полипов

универсального гастрита

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

полипа

неэпителиальной опухоли

полипозного рака

безоара

246. Пептическая язва анастомоза наиболее часто локализуется в:

крае желудочной культи

приводящей кишке

отводящей кишке

любом из указанных отделов анастомоза

247. Снижение тонуса двенадцатиперстной кишки со стазом бария в нижнем горизонтальном отделе при сохраненной проходимости, гиперсекреция, расширение складок слизистой - рентгенологические симптомы:

дуоденита

панкреатита

кольцевидной поджелудочной железы

хронической артерио-мезентериальной непроходимости

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

энтерита

рака

болезни Крона

лимфогранулематоза

249. Утолщение стенки кишки в результате фиброза, отека слизистой различной степени выраженности и изъязвлений описывают как морфологический субстрат при:

язвенных колитах

энтеропатиях

сегментарных энтеритах

лучевых энтеритах

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

панкреатит

рак головки поджелудочной железы

дуоденит

перидуоденит

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

токсического мегаколон

дивертикулеза

язвенного колита

злокачественной лимфомы

252. Краевой дефект наполнения диаметром 4-5 см с гладкими очертаниями выявлен в нижнемедиальном отделе слепой кишки, подвижность которой ограничена. После опорожнения кишки прослеживаются складки слизистой, смещенные опухолевым образованием. Кишка раздражена. Субфебрилитет. Это проявления:

экзофитного рака с прорастанием стенки кишки

аппендикулярного инфильтрата

злокачественной лимфомы

неэпителиальной подслизистой опухоли

253. Многочисленные округлые дефекты наполнения ободочной кишки с четкими контурами на фоне неизмененной слизистой характерны для:

рака

дивертикулеза

множественных (групповых) полипов

болезни Крона

254. Стойкое циркулярное сужение толстой кишки с подрытыми краями и неровными контурами наблюдается при:

дивертикулезе

стенозирующем раке

язвенном колите

болезни Гиршпрунга

255. Частичная релаксация диафрагмы обычно определяется:

справа в задних отделах

справа в передних отделах

слева в задних отделах

слева в передних отделах

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

параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия

аксиальной кардио-фундальной нефиксированной грыжи пищеводного отверстия

релаксации диафрагмы

парастернальной грыжи

257. Определяющим симптомом параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

короткий пищевод

удлиненный пищевод

перемещение кардиального отдела желудка в средостение

обычное расположение пищевода и кардии

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

целомической кисты перикарда

грыжи пищеводного отверстия

грыжи Ларрея

грыжи Богдалеха

259. К прямым рентгенологическим признакам абсцесса брюшной полости относят:

ограниченное затемнение брюшной полости

смещение органов, окружающих участок затемнения

ограниченный парез соседних кишечных петель

горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости

260. Достоверным симптомом перфорации полого органа является:

нарушение положения и функции диафрагмы

свободный газ в брюшной полости

свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости

метеоризм

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

бесконтрастное исследование брюшной полости

двойное контрастирование желудка

исследование желудка с водорастворимыми контрастными препаратами

исследование желудка и 12-перстной кишки с дополнительным введением газа

262. Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются:

свободный газ в брюшной полости

свободная жидкость в брюшной полости

арки и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике

нарушение топографии желудочно-кишечного тракта

263. При остром желудочно-кишечном кровотечении рентгенологическое исследование можно проводить при отсутствии коллапса:

сразу же при поступлении больного в клинику

через 3-4 ч

через сутки

спустя 3-4 дня

264. При закрытой травме живота основным симптомом разрыва нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки является:

смещение диафрагмы, желудка и толстой кишки

затемнение левой поддиафрагмальной области

свободный газ в брюшной полости

забрюшинная эмфизема

265. У больного с тупой травмой живота при обзорном рентгенологическом исследовании определяется затемнение правой половины брюшной полости, высокое положение правого купола диафрагмы, нижний край печени не определяется, желудок и толстая кишка смещены, раздуты газом. Ваше заключение:

гематома двенадцатиперстной кишки

разрыв толстой кишки

разрыв печени

подкапсулярное повреждение селезенки

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

холангита

абсцесса печени

правостороннего поддиафрагмального абсцесса

опухоли печени

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

разрыва селезенки

тромбофлебитической спленомегалии

левостороннего поддиафрагмального абсцесса

рака хвоста поджелудочной железы с распадом

268. Важнейшим рентгенологическим признаком травматического разрыва почки следует считать:

исчезновение тени поясничной мышцы

деформация форникальных отделов

сколиоз позвоночника

выход контрастного вещества за пределы почки

269 Маммографию при массовых проверочных осмотрах предпочтительнее производить в проекции:

прямой или боковой

прямой и боковой

прямой и косой

косой

270. Маммография с прямым увеличением изображения применяется для:

уточнения характера контуров патологического образования

уточнения наличия микрокальцинатов

выявления патологического образования при плотном фоне, полученном на обзорных маммограммах

выявления патологического образования в инволютивных молочных железах

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

любого характера

серозного характера

кровянистого характера

серозного и кровянистого характера

272. Наиболее информативно ультразвуковое исследование молочных желез при:

выявлении рака молочной железы

дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы

дифференциальной диагностике кистозных и солидных патологических образований

дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных новообразований

273. В какой период менструального цикла предпочтительнее проведение маммографии?

с 1-го по 5-й день

с 6-го по 12-й день

во второй половине

не имеет значения

274. Оптимальной проекцией при маммографии для оценки состояния ретромаммарного пространства и аксиллярного отростка молочной железы является:

прямая

косая

боковая

прямая и косая

275. Какая из приведенных контрастных методик рентгенологического исследования молочной железы имеет терапевтический эффект:

пневмомаммография

дуктография

пневмокистография

двойное контрастирование протоков

276. В каком квадранте молочной железы наиболее часто возникают патологические процессы:

верхне-наружном

верхне-внутреннем

нижне-наружном

нижне-внутреннем

четкой закономерности нет

277. Связки Купера лучше всего определяются на маммограммах в возрастных группах:

31-40 лет

41-50 лет

51-60 лет

в любых

278. Контрольные рентгенологические исследования при выраженной степени смешанной формы мастопатии необходимо проводить в сроки через:

6 месяцев

1 год

1,5-2 года

3 года

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

нечеткость контуров

симптом гиперваскуляризации

изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла

наличие глыбчатых кальцинатов

280. В молочной железе наиболее часто встречается:

рассыпной тип ветвления протоков

магистральный тип ветвления протоков

раздвоенный тип ветвления протоков

петлистый тип ветвления протоков

281. Диаметр основного выводного млечного протока составляет в среднем:

1-1,5 мм

2-2,5 мм

3-3,5 мм

от 1 до 3,5 мм

282. После проведения пневмокистографии оперативное вмешательство не показано, если:

внутренние стенки кисты ровные, геморрагическое содержимое

наличие пристеночных разрастаний, серозное содержимое

полное опорожнение кисты, наличие в пунктате пролиферирующих клеток

ровные внутренние стенки кисты, серозное содержимое

283. Какие из перечисленных гистологических форм фиброаденом чаще имеют капсулу:

периканаликулярные

интраканаликулярные

смешанные

листовидные

284. Провести дифференциальную диагностику между кистой и фиброаденомой позволяет:

наличие крупноглыбчатых обызвествлений

тонкий ободок просветления по периферии

полицикличность контуров

наличие капсулы

285. На фоне железистой ткани липома выявляется в виде:

затемнения с четкими и ровными контурами

просветления с четкими и ровными контурами

на фоне железистой ткани липома не выделяется

затемнения с четкими и ровными контурами и ободком просветления по периферии

286. В инволютивных молочных железах липома может быть выявлена:

при размерах образования до 2 см

при размерах образования более 2 см

при наличии капсулы

на инволютивном фоне липома не выявляется

287. При прогрессирующем росте инфильтративных форм рака размеры пораженной молочной железы:

увеличиваются

уменьшаются

могут, как увеличиваться, так и уменьшаться

не изменяются

288. Пальпаторно определяемая злокачественная опухоль скиррозного типа по размерам:

соответствует ее рентгенологическому изображению

меньше ее рентгенологического изображения

больше ее рентгенологического изображения

может быть как больше, так и меньше ее рентгенологического изображения

289. Для выявления мельчайших пристеночных образований в протоках предпочтительнее использовать:

пневмомаммографию

обзорную рентгенографию молочной железы с последующим производством прицельных рентгенограмм

дуктографию

двойное контрастирование протоков

290. При проведении ультразвукового исследования молочных желез предпочтительнее использование датчиков с частотой:

1,5 МГц

3,5 МГц

5 МГц

от 7 до 10 МГц

291. Применение ультразвукового исследования ограничено при:

рентгенологически установленных плотных молочных железах

исследовании инволютивных молочных желез

дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей

выявлении микрокальцинатов

292. Дифференциальную диагностику между листовидной и обычной фиброаденомой при размерах образования до 3 см определяют:

характер контуров

характер структуры

интенсивность тени

проведение дифференциальной диагностики ограничено

293. Дифференциальную рентгенодиагностику между саркомой и местно-инфильтрирующим раком молочной железы определяют:

четкость контуров

гиперваскуляризация

деформация органа

дифференциальная диагностика ограничена

294. Проведение дуктографии противопоказано при:

гнойных выделениях из соска

серозных выделениях из соска

остром воспалительном процессе в молочной железе

нет противопоказаний

295. Дифференциальная диагностика между инфильтративно-отечной формой рака молочной железы и воспалительным процессом основана:

на изменении размеров молочной железы

на диффузной перестройке структуры молочной железы

на утолщении кожи молочной железы

дифференциальная диагностика ограничена

296. Дифференциальную диагностику между узловой формой мастопатии и раком молочной железы позволяет провести:

изменение размеров образования в зависимости от фазы менструального цикла

интенсивность тени образования

наличие кальцинатов

характер контуров образования

297. Для истинной гинекомастии характерно:

увеличение размеров грудной клетки

наличие на маммограммах железисто-соединительнотканного комплекса

наличие выделений из соска

наличие признаков гиперваскуляризации грудной клетки

298. Гиперваскуляризация при раке молочной железы проявляется:

увеличением калибра сосудов

увеличением количества сосудистых ветвей

извитостью сосудов

увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью

299. Симптом «асимметрии» корней наблюдается при:

аномалии Эбштейна

стенозе легочной артерии

дефекте межпредсердной перегородки

дефекте межжелудочковой перегородки

300. Для митрального стеноза характерны нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения:

гиповолемия

гиперволемия

сочетание венозного застоя и артериальной гипертензии

нормальный кровоток

301. Уменьшение диаметра аорты характерно для:

недостаточности аортального клапана

недостаточности митрального клапана

атероматоза аорты

стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

302. «Перегородочные» линии Керли свидетельствуют о:

нормальном легочном кровотоке

лимфостазе

гиповолемии

гиперволемии

303. Обеднение сосудистого рисунка легких характерно для:

недостаточности митрального клапана

тетрады Фалло

дефекта межжелудочковой перегородки

открытого артериального протока

304. «Узуры» ребер характерны для:

праволежащей аорты

двойной дуги аорты

коарктации аорты

стеноза устья аорты

305. Увеличение левого предсердия (изометрическая гиперфункция) является обязательным признаком:

стеноза правого атриовентрикулярного отверстия

стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

недостаточности аортального клапана

стеноза устья аорты

306. При дилатации (диастолической перегрузке) левого предсердия радиус отклонения контрастированного пищевода:

малый

большой

средний

отклонения пищевода нет

307. При стенозе устья аорты имеет место:

диффузное расширение всех сегментов аорты

удлинение аорты

локальное расширение восходящей аорты

«гипоплазия» аорты

308. Изометрическая гипертрофия левого желудочка характерна:

для стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

для стеноза легочной артерии

для стеноза устья аорты

для стеноза правого атриовентрикулярного отверстия

309. В норме правое предсердие не является краеобразующим в проекции:

прямой

правой передней косой

левой передней косой

левой боковой

310. Быстрая динамика размеров тени сердца наблюдается при:

миокардите

легочном сердце

экссудативном перикардите

миокардиопатии

311. Пищевод на уровне дуги аорты (прямая проекция) отклоняется влево при:

коарктации аорты

гипертонической болезни

правосторонней дуге аорты

недостаточности аортального клапана

312. Обязательным увеличением левого предсердия сопровождается:

коарктация аорты

триада Фалло

митральная недостаточность

аневризма аорты

313. Расширение аорты обычно наблюдается при:

дефекте межпредсердной перегородки

дефекте межжелудочковой перегородки

аномалии Эбштейна

аортальной недостаточности

314. Уменьшение диаметра аорты обычно наблюдается при:

коарктации аорты

аортальной недостаточности

митральном стенозе

тетраде Фалло

315. Контрастирование легочной артерии при введении контрастного вещества в аорту характерно для:

дефекта межпредсердной перегородки

тетрады Фалло

открытого артериального протока

дефекта межжелудочковой перегородки

316. Левое предсердие контрастируется одновременно с аортой при введении контрастного вещества в левый желудочек при:

дефекте межпредсердной перегородки

митральном стенозе

митральной недостаточности

аортальной недостаточности

317. Узуры ребер характерны для:

праволежащей аорты

двойной дуги аорты

коарктации аорты

стеноза устья аорты

318. Градиент артериального давления на верхних и нижних конечностях (на верхних - гипертония, на нижних - сниженное или не определяется) - симптом, характерный для:

аортального стеноза

коарктации аорты

тетрады Фалло

миокардита

319. Симптом «ампутации» корней легких может наблюдаться при:

стенозе устья аорты

недостаточности аортального клапана

митральном стенозе с высокой легочной гипертензией

коарктации аорты

320. Локальное выпячивание в области четвертой дуги по левому контуру сердечно-сосудистой тени может иметь место при:

стенозе устья аорты

митральной недостаточности

коарктации аорты

аневризме левого желудочка

321. Если при введении контрастного вещества в левый желудочек контрастируется левое предсердие, то это:

аортальная недостаточность

открытый артериальный проток

тетрада Фалло

митральная недостаточность

322. Правый желудочек в норме не является краеобразующим в проекции:

прямой

правой косой

левой косой

левой боковой

323. В прямой проекции увеличенный правый желудочек может выходить на левый контур сердца при:

гипертонической болезни

коарктации аорты

тетраде Фалло

сдавливающем перикардите

324. На снимке сердца в левой боковой проекции степень прилежания правого желудочка к грудине больше, чем левого к диафрагме в случае:

гипертонической болезни

коарктации аорты

атеросклеротического аортокардиосклероза

межпредсердного дефекта

325. Цианоз - ведущий симптом:

стеноза устья аорты

тетрады Фалло

митральной недостаточности

целомической кисты перикарда

326. Градиент давления между левым желудочком и аортой при катетеризации сердца обнаруживается в случае:

аномального дренажа легочных вен

трикуспидального стеноза

митрального стеноза

стеноза устья аорты

327. Выпуклая тень в области правого кардиодиафрагмального угла характерна для:

митральной недостаточности

стеноза устья аорты

целомической кисты перикарда

коарктации аорты

328. Обызвествление по контурам сердечной тени характерно для:

атеросклеротического аортокардиосклероза

сдавливающего перикардита

миокардита

митрального стеноза

329. Усиленный атипичный легочный рисунок (возросший коллатеральный кровоток) может наблюдаться при:

недостаточности аортального клапана

дефекте межжелудочковой перегородки

открытом артериальном протоке

тетраде Фалло

330. Атриомегалия правого предсердия может иметь место при:

митральном стенозе

синдроме Лютембаше

открытом артериальном протоке

аномалии Эбштейна

331. Общим для миокардита и выпотного перикардита следует считать выявление на рентгенограмме:

острых кардиодиафрагмальных углов

тупых кардиодиафрагмальных углов

сглаживание дуг сердца

выпуклых контуров сердечной тени

332. Для «легочного» сердца характерно увеличение:

левого желудочка

правого желудочка

левого предсердия

левого предсердия и левого желудочка

333. Для хронического «легочного» сердца характерны выбухания дуг:

левого желудочка

легочной артерии

левого предсердия

правого предсердия

334. Для выявления небольшого количества жидкости в полости перикарда наиболее информативной является:

рентгеноскопия

рентгенография

эхокардиография

томография

335. При атеросклерозе аорты ранним признаком ее поражения является:

сужение

ротация

расширение

удлинение

336. Для синдрома Лериша характерно:

аневризма брюшной аорты

аневризма подвздошных артерий

сужение почечных артерий

окклюзия подвздошных артерий и терминального отдела аорты

337. При аневризме дуги аорты контрастированный пищевод отклоняется:

кпереди и влево

кпереди и вправо

кзади и влево

вправо и кзади

338. Конфигурацией сердечной тени на снимке сердца в прямой проекции при тетраде Фалло является:

отсутствие «талии»

подчеркнутая «талия»

сглаженные дуги

обычная форма

339. Правая граница сердца на снимке сердца в прямой проекции в норме располагается кнаружи от края позвоночника на:

4-5 см

2-3 см

6-7 см

8-10 см

340. Соотношение высоты сердечной тени к высоте сосудистого пучка по правому контуру на снимке в прямой проекции в норме:

2:1

1:2

1:1

3:1

341. Левая граница сердца на снимке в прямой проекции в норме располагается на:

1 см кнутри от среднеключичной линии

1 см кнаружи от среднеключичной линии

уровне среднеключичной линии

уровне парастернальной линии

342. Базовым (начальным) рентгенологическим исследованием сердца является:

полипозиционная рентгеноскопия грудной клетки

флюорография в прямой проекции

рентгенография грудной клетки в трех стандартных проекциях с контрастированием пищевода

рентгенография грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях с контрастированием пищевода

343. Для диагностики внутрисердечных образований методикой выбора является:

эхокардиография

компьютерная томография

магнитно-резонансная томография

344. О состоянии клапанного аппарата сердца оптимальную информацию можно получить при:

рентгеноскопии

рентгенографии

ультразвуковом исследовании

компьютерной томографии

345. Симптомы гипертрофической кардиомиопатии выявляются, прежде всего, при:

ультразвуковом исследовании

рентгеноскопии

рентгенографии

компьютерной томографии

346. В основе рефлекса Китаева лежит спазм:

долевых вен

артериол

бронхиальных артерий

сегментарных артерий

347. Не проходят в своем развитии хрящевой стадии:

ребра

позвонки

кости свода черепа

фаланги пальцев

348. Правильные соотношения в лонном симфизе характеризует:

сужение ширины симфиза

расширение ширины симфиза

плавный характер дугообразной линии таза на уровне симфиза

349. На правильные соотношения в голеностопном суставе на рентгенограмме в прямой задней проекции указывают:

«П» - образность рентгеновской суставной щели

«Г» - образность рентгеновской суставной щели

равномерная ширина горизонтальной части рентгеновской суставной щели

350. Основным критерием правильных соотношений между атлантом и аксисом является:

симметричное изображение атланта

одинаковая ширина суставных щелей боковых атланто-аксиальных суставов

соответствие наружных краев боковых суставных поверхностей атланта и аксиса

расстояние между передней дугой атланта и зубовидным отростком аксиса не превышает 2 мм

351. Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является:

уплотнение костной структуры

деформация кости

перерыв коркового слоя

линия просветления

352. Наиболее частым видом травмы костей запястья является:

перелом полулунной кости

перилунарный вывих кисти

перелом ладьевидной кости

перелом трехгранной кости

353. Симптомом вздутия кости сопровождает:

спондило-эпифизарная дисплазия

арахнодактилия

фиброзная дисплазия

несовершенный остеогенез

354. В начальной стадии развития деформирующей остеодистрофии Педжета выявляются:

диффузное гомогенное разрежение структуры кости

пятнисто-хлопьевидный рисунок

грубо-трабекулярный рисунок

мелкоочаговое разрежение структуры кости

355. Для гематогенного гнойного остеомиелита в длинных костях характерно поражение:

диафиза

эпифиза

метафиза

диафиза и эпифиза

356. Костный секвестр рентгенологически характеризуется:

повышением интенсивности тени

уменьшением интенсивности тени

хотя бы частичным отграничением от окружающей костной ткани

обязательным отграничением от окружающей костной ткани на всем протяжении

357. Для туберкулеза наиболее характерны секвестры:

губчатые

кортикальные

тотальные

кортикальные и тотальные

358. Редкой локализацией гемангиомы в скелете является:

позвоночник

длинные кости

свод черепа

ребра

359. Остеоид-остеома чаще всего располагается:

в корковом слое диафизов и метафизов длинных костей

в костях свода черепа

в губчатом веществе суставных концов длинных костей

в телах позвонков

360. Для злокачественных опухолей наиболее характерной является периостальная реакция, проявляющаяся:

линейною тенью

слоистыми периостальными напластованиями

периостальным козырьком

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

хондросаркома

метастазы рака

саркома Юинга

362. Наиболее часто поражаются при множественной очаговой форме миеломы:

череп

кости таза

позвоночник

ребра

363. Для злокачественных опухолей позвоночника не характерны:

деструкция тела позвонка

деструкция дуги позвонка

разрушение межпозвоночного диска

утолщение паравертебральных мягких тканей

364. Остеобластические метастазы в кости наиболее характерны для рака:

легких

почки

щитовидной железы

предстательной железы

365. Более всего страдает при системном остеопорозе:

череп

позвоночник

длинные кости нижних конечностей

короткие кости стоп

366. Для остеомаляции наиболее характерны:

системное разрежение костной структуры

множественные зоны Лоозера в костях

деформации тел позвонков

продольное разволокнение коркового слоя

367. Наиболее характерным рентгенологическим симптомом гиперпаратиреоидной фиброзной остеодистрофии является:

истончение коркового слоя

нечеткость очертаний эндостальной поверхности коркового слоя

продольное разволокнение коркового слоя

субпериостальные эрозии

368. Асептические некрозы костей у взрослых по сравнению с детским возрастом характеризуются:

отсутствием восстановления костной ткани

повышенной плотностью некротического участка

отсутствием гиперплазии суставного хряща

369. Из числа перечисленных изменений костей, для лейкозов характерны:

остеонекроз

остеосклероз

мелкогнездная деструкция костной ткани

атрофия кости

370. Для артрозов характерны:

краевые эрозии суставных поверхностей костей

краевые костные разрастания

сужение суставной щели

регионарный остеопороз

371. Для туберкулезного артрита наиболее характерно:

краевые эрозии суставных поверхностей костей

деструкция центральных отделов суставных поверхностей

контактные («целующиеся») деструктивные очаги с противоположных сторон от суставной щели

кистовидные образования в параартикулярных отделах костей

372. Наиболее ранним признаком ревматоидного артрита является:

остеопороз

сужение суставной щели

периостит

краевые эрозии суставных поверхностей

373. Наиболее характерная локализация процесса при анкилозирующем спондилоартрите:

мелкие суставы кистей и стоп

крупные суставы конечностей

межпозвоночные суставы

крестцово-подвздошные суставы

374. Наиболее ранним рентгенологическим признаком сакроилеита при ревматических заболеваниях является:

параартикулярный склероз губчатой кости

расширение суставной щели

сужение суставной щели

неотчетливость замыкающих пластинок крестцово-подвздошных сочленений

375. При костном анкилозе сустава определяющим признаком является:

отсутствие рентгеновской суставной щели

невозможность очертить контуры суставных концов костей на рентгенограммах

переход костных балок с одного суставного конца на другой

субхондральный склероз

376. Для остеофитов при межпозвоночном остеохондрозе характерны:

расположение по продолжению краевого валика тела позвонка

несколько отступя от краевого валика

перпендикулярное направление к оси позвоночника

направление вдоль оси позвоночника с тенденцией к образованию скобок между телами позвонков

377. Для выявления скрытой нестабильности позвоночника показана:

томография

рентгенография в косых проекциях

рентгенография в положении сгибания и разгибания

378. Спондилолиз локализуется в:

ножках дуги

пластине дуги

межсуставном отделе дуги

основании суставного отростка

379. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза имеет:

уровень расположения лоханки

длина мочеточника

уровень отхождения почечной артерии

расположение мочеточника

длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии

380. Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает:

экскреторная урография

ретроградная пиелография

томография

ангиография

381. О кавернозном туберкулезе почки в нефрографической фазе экскреторной урографии свидетельствует:

дефект паренхимы

«белая» почка

отсутствие контрастирования почки

интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы

382. К симптомам опухоли почки относятся:

ампутация чашечки

слабая нефрографическая фаза

уменьшение размеров почки

гипотония чашечек и лоханки

383. При рентгеннегативных камнях верхних мочевых путей наиболее информативно применение:

экскреторной урографии

обзорной рентгенографии

томографии

ультразвукового исследования

384. Наиболее достоверные данные об аплазии почки дает:

обзорная рентгенография

экскреторная урография

артериография

ультразвуковое исследование

385. Для выявления состояния лоханки и чашечек при «выключенной почке» можно использовать:

инфузионную урографию

ретроградную пиелографию

обзорную рентгенографию

компьютерную томографию

386. Почки у здорового человека находятся на уровне:

8-10-го грудного позвонка

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

1-5-го поясничного позвонков

4-5-го поясничного позвонков

387. Длинные оси почек у здорового человека располагаются:

параллельно позвоночнику

пересекаются друг с другом под углом, открытым книзу

пересекаются друг с другом под углом, открытым кверху

левая параллельна, правая под углом

388. Почка нормальной величины, тень ее однородная, лоханка умеренно увеличена, контуры ее округлые и четкие, чашечки не увеличены. Это наиболее характерно для:

гипоплазии почек

хронического пиелонефрита

пиелоэктазии

опухоли почки

389. Мочеточник и лоханка смещены, чашечки нередко сдавлены, раздвинуты, на ангиограммах отмечается бессосудистая зона. Дефект паренхимы и эхонегативная зона с четкими контурами при эхоскопии. Это наиболее характерно для:

опухоли почки

хронического пиелонефрита

солитарной кисты почки

гидронефроза

390. Расширение почечной лоханки и чашечек, атрофия паренхимы почки, увеличение в размерах с волнообразными выбуханиями латерального контура, резкое снижение или отсутствие функции - наиболее характерны для:

солитарной кисты

опухоли почки

гидронефроза

хронического пиелонефрита

391. Увеличенная, неоднородная, с неровными контурами тень почки на обзорной рентгенограмме, дефект наполнения, расширение или "ампутация" чашечки на ретроградной пиелограмме, дефект наполнения лоханки с неровными, изъеденными контурами наиболее характерны для:

солитарной кисты

гидронефроза

опухоли почки

туберкулеза почки

392. Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки наиболее характерны для:

туберкулеза почек

сморщенной почки

гипоплазии почки

опухоли почки

393. Двустороннее поражение почек, увеличение их в размерах, полицикличные контуры, почечные лоханки сдавлены и удлинены, смещены, контуры их ровные, чашечки вытянуты, сужены и дугообразно искривлены, в области сводов чашечек полуовальные дефекты наполнения или колбообразные расширения - мочеточник не изменен. Внутрипочечные артерии сужены и искривлены, количество их уменьшено, имеются бессосудистые зоны. Это наиболее характерно для:

гидронефроза

туберкулеза почки

опухоли почки

поликистоза

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

гидронефроза

туберкулеза почки

поликистоза

рака почки

395. При гидронефрозе наиболее рациональны:

экскреторная урография

ангиография

ретроградная пиелография

ультразвуковое исследование

антеградная пиелография

396. Заключение об «отсутствии функции» почки возможно в случае:

отсутствия контрастирования чашечек и лоханки

отсутствия нефрографической фазы

при ретроградной пиелографии чашечно-лоханочная система не изменена

сосудистое русло почки не изменено

397. Самым характерным симптомом для вторично сморщенной почки является:

деформация чашечно-лоханочной системы

деформация формы почки

уменьшение размеров почки

слабо выраженная нефрографическая фаза

398. В дифференциальной рентгенодиагностике гипоплазии и сморщенной почки наиболее важным симптомом является:

состояние чашечно-лоханочной системы

размеры почки

состояние сосудистого русла почки

наличие нефрографической фазы

399. В дифференциальной рентгенодиагностике вторично - и первично-сморщенной почки значение имеют:

состояние нефрографической фазы

размеры почки

состояние чашечно-лоханочной системы

форма почки

сосудистое русло почки

400. Для кисты в нефрографической фазе характерны:

неравномерное контрастирование паренхимы

слабое контрастирование паренхимы

дефект паренхимы

отсутствие нефрографической фазы

401. При кисте в выделительной фазе характерны:

ампутация чашечки или группы чашечек

сдавление чашечек

оттеснение чашечек

инфильтрация чашечек и лоханки

сдавление и оттеснение чашечек

402. При пиелонефрите поражается все перечисленное, кроме:

интерстициальной ткани

канальцев

клубочкового аппарата

слизистой мочевых путей

403. Анатомическим субстратом «ободка просветления» при уретероцеле является:

слоистый камень

стенка мочевого пузыря

отек паравезикальной или парауретеральной клетчатки

стенка мочеточника

404. О наличии почечной колики свидетельствуют все перечисленные ниже симптомы, кроме:

отсутствия нефрографической фазы

отсутствия контрастирования мочевых путей

позднего появления контрастного вещества в мочевых путях

дилатации мочевых путей

405. Косвенными признаками почечной колики на обзорной урограмме являются симптомы, кроме:

высокого стояния купола диафрагмы

скопления газа в кишечнике на соответствующей стороне

увеличения размеров почки

отсутствия видимости наружного контура почки

деформации почки

406. Наиболее ранним симптомом при туберкулезе почек является:

папиллит

инфильтрат

каверна

обызвествление в очаге поражения

407. К признакам, которые могут вызвать подозрение опухоли на обзорной урограмме, относятся:

обызвествление в области почки

увеличение интенсивности тени почки

деформация и увеличение размеров почки

изменение положения почки

408. К наиболее характерным симптомам «злокачественности» при опухоли почки относятся:

оттеснение чашечек

сдавливание чашечек и лоханки

ампутация чашечки или группы чашечек

инфильтрация чашечки, лоханки

сужение, удлинение чашечек

409. Ведущим в дифференциальной диагностике лоханочной опухоли и рентгеннегативного конкремента является:

дефект контрастирования

свободное расположение тени в полости лоханки

форма дефекта контрастирования

поверхность дополнительной тени в полости лоханки

410. К двусторонним дисплазиям почек относятся все перечисленные, кроме:

мультикистозной почки

поликистоза

губчатой почки

медуллярной кистозной болезни

411. Общим рентгенологическим признаком, свойственным для серозной кисты, аденомы, эхинококковой кисты являются все перечисленные, кроме:

аваскулярная зона

дефект паренхимы

ампутация чашечек

оттеснение, сдавление чашечек

инфильтрация чашечек

412. Наиболее частым заболеванием почек и мочевых путей у человека является:

уролитиаз

туберкулез

гломерулонефрит

пиелонефрит

патологическая подвижность почки

413. К признакам, свидетельствующим о малигнизации кисты, относятся все перечисленные, кроме:

сдавления и оттеснения чашечек

кровянистого характера содержимого кисты

бугристых внутренних очертаний стенки кисты

неравномерной толщины стенки кисты

414. Наличие истинной почечной колики на экскреторной урограмме подтверждают:

деформация чашечек и лоханки

дилатация лоханки

замедление контрастирования верхних мочевых путей

отсутствие контрастирования мочевых путей

наличие «белой» почки

415. К симптомам на экскреторных урограммах, на основании которых можно предположить сосудистую патологию почек, относятся:

деформация чашечек и лоханки

дилатация чашечек и лоханки

слабая или отсутствующая нефрографическая фаза

при ретроградной пиелоуретерографии патологии нет

416. Нефрокальцинозом наиболее часто сопровождается:

опухоль

киста

туберкулез

пиелонефрит

дисплазия

417. Следующее положение является неверным для подковообразной почки:

продольные оси почек пересекаются в каудальном направлении

продольные оси почек параллельны

чашечки направлены в медиальную сторону

лоханки располагаются латеральнее линии чашечек

лоханки располагаются на передней поверхности почек

418. Приблизительно в 75% случаев карцинома предстательной железы возникает в:

задней доле

латеральной доле

средней доле

срединной доле

419. Следующее поражение не вызывает увеличения почек:

амилоидоз

хронический пиелонефрит

лейкемия

поликистоз

саркоидоз

420. Соотношение паренхимы и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) в норме составляет:

1:1

2:1

1:2

зависит от варианта строения почки

421. Сморщенная в результате хронического пиелонефрита почка отличается от гипоплазированной почки:

значительным уменьшением размеров по сравнению со здоровой почкой

уменьшением размеров по сравнению со здоровой почкой, неровностью контуров и уменьшением паренхимы по отношению к ЧЛС

значительным уменьшением размеров, расширением ЧЛС вследствие гидронефротической трансформации и четкими ровными контурами

422. Прямым признаком камня почки является:

эхопозитивное образование в проекции ЧЛС

гиперэхогенное образование, размером не менее 5 мм

четко очерченное эхопозитивное образование с акустической тенью позади него

эхопозитивные образования, исчезающие при уменьшении режима работы прибора

423. Камни, расположенные в интрамуральном отделе мочеточника, отличаются от камня мочевого пузыря:

меньшими размерами и отсутствием акустической тени

правильной округлой формой и четкими контурами

наличием акустической тени позади эхопозитивного образования

отсутствием изменения и расположения при изменении положения тела больного

424. При экскреторной урографии патогномоничным симптомом при уретероцеле является:

расширение мочеточника

деформация мочевого пузыря

ободок «просветления» вокруг гомогенной тени округлой или овальной формы

отсутствие контрастирования мочевых путей на соответствующей стороне

425. Расправление легких у новорожденных детей наступает в течение:

первых суток

48 ч

недели

месяца

426. У недоношенного ребенка на рентгенограмме грудной клетки выявляются изменения, называемые «белой грудной клеткой». Эта картина типична для:

ателектазов

аспирационного синдрома

отечного синдрома

нерасправления легкого

427. Расправление ателектазов, возникающих при острых респираторно-вирусных инфекциях у детей раннего возраста, наступает в сроки:

1 месяца

2 недель

1 недели

2-3 дней

428. К особенностям сердца новорожденных относятся:

левый и правый желудочек равны по своим размерам

левый желудочек значительно превосходит размеры остальных камер сердца

левое предсердие значительно больше правого

объем правого желудочка превышает таковой левого

429. Нормальный диаметр нисходящей ветви правой легочной артерии у детей 8-9 лет составляет:

0,2 см

0,6 см

0 см

0 см

430. Рентгенологический симптом «снежной бабы» описан при:

частичном аномальном дренаже легочных вен

тотальном аномальном дренаже легочных вен

открытом общем атриовентрикулярном канале

дефекте межжелудочковой перегородки

431. Диаметр непарной вены при стенозе трехстворчатого отверстия:

не изменен

уменьшен

увеличен

незначительно уменьшен

432. Дифференциальная диагностика между аортальным стенозом и аортальной недостаточностью осуществляется по состоянию:

левого желудочка и аорты

малого круга кровообращения и аорты

правых отделов сердца и левого желудочка

правого желудочка

433. Малый круг кровообращения при дефекте межпредсердной перегородки:

не изменен

имеет место гиповолемия

имеет место гиперволемия

возможны все типы изменений

434. При межпредсердном дефекте имеет место:

изометрическая перегрузка правого желудочка

изотоническая перегрузка правого желудочка

435. Сроки появления газа в петлях тонкой кишки у ребенка после рождения через:

15 мин.

30 мин.

6-8 ч.

1 ч.

436. Сроки заполнения газом петель ободочной кишки после рождения ребенка через:

20 мин.

1 ч.

2 ч.

5 ч.

437. Необходимый объем контрастного вещества для исследования верхних отделов пищеварительного тракта по отношению к разовой порции пищи детей первого года жизни составляет:

100%

50%

33%

20%

438. При рентгенологическом исследовании отчетливая перистальтика желудка у детей определяется:

после трех месяцев жизни

на первом году жизни

сразу же после рождения

во втором полугодии жизни

439. Основной отличительный признак врожденного пилоростеноза от пилороспазма:

сужение пилорического отдела желудка

удлинение пилорического отдела желудка

большое количество газов в петлях кишечника

эвакуация основной массы контрастного вещества из желудка в кишечник через 3 ч после его приема

440. Главный рентгенологический признак высокой атрезии 12-перстной кишки:

отсутствие газов в кишечнике

большой газовый пузырь желудка

дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки

дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки при полном отсутствии газа в петлях кишечника

441. Основные симптомы низкой атрезии 12-перстной кишки:

дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки

полное отсутствие газа в петлях кишечника

наличие двух дополнительных горизонтальных уровней жидкости в проекции 12-перстной кишки при отсутствии газа в тонкой и ободочной кишках

значительное затруднение прохождения контрастного вещества по 12-перстной кишке

442. Наиболее достоверный признак илеоцекальной инвагинации у детей первого года жизни:

горизонтальные уровни жидкости в петлях кишечника

«чаши Клойбера» и «арки» в кишечных петлях на обзорной рентгенограмме живота

дополнительная тень округлой или овальной формы в области илеоцекального клапана при проведении воздушной ирригоскопии

задержка поступления воздуха из слепой кишки в подвздошную при воздушной ирригоскопии

443. Основным признаком болезни Гиршпрунга является:

увеличение диаметра сигмовидного отдела ободочной кишки

большое количество горизонтальных уровней жидкости в петлях кишечника

зона сужения в области перехода сигмовидной части ободочной кишки в прямую

отсутствие перистальтики в сигмовидной кишке

444. Наиболее частая локализация полипов пищеварительного тракта у детей:

желудок

тонкая кишка

прямая кишка

ободочная кишка

445. Рентгенологические признаки синдрома Пейтц-Егерса:

множественные полипы в желудке

множественные язвы ободочной кишки и псевдополипоз

множественные полипы в ободочной кишке и единичные в желудке и тонкой кишке

единичные полипы по всему пищеварительному тракту

446. Рентгенологические признаки избыточно подвижной слепой кишки:

смещение купола слепой кишки вверх

укорочения восходящего отдела ободочной кишки

возможность пальпаторного смещения слепой кишки с поворотом вокруг ее продольной оси

изменение положения слепой кишки при тугом ее заполнении контрастным веществом и после опорожнения

447. Первым в области локтевого сустава появляется ядро окостенения в плечевой кости в области:

головки мыщелка

блока

внутреннего надмыщелка

наружного надмыщелка

448. Какова в норме величина ацетабулярного индекса вертлужной впадины у новорожденных:

до 30

до 35

от 35 до 40

от 40 до 50

449. Какой сустав, из перечисленных, обозначен как сустав Крювелье:

срединное атланто-аксиальное сочленение

атланто-окципитальное сочленение

боковые атланто-аксиальные сочленения

унковертебральные сочленения

450. Решающим симптомом в диагностике врожденного вывиха бедра является:

скошенность, недоразвитие вертлужной впадины

дислокация проксимального отдела бедренной кости

позднее появление ядра окостенения головки на стороне поражения

451. Самая частая локализация травматического эпифизеолиза у детей выявляется в:

дистальном отделе лучевой кости:

дистальном отделе локтевой кости

локтевом суставе

голеностопном суставе

452. Что понимается под симптомом «костной пластинки» при травматическом эпифизеолизе:

отрыв небольшого костного фрагмента от метафиза

эпифизеолиз с краевым переломом метафиза

эпифизеолиз с отрывом костного фрагмента от эпифиза

эпифизеолиз с переломом эпифиза и метафиза

453. Какие переломы длинных трубчатых костей наиболее часто встречаются у детей:

патологические переломы

внутрисуставные переломы

оскольчатые переломы

поднадкостничные переломы, травматический эпифизеолиз

454. Для какого заболевания характерны так называемые телескопические переломы:

несовершенный остеогенез

идиопатическая гиперкальциемия

мраморная болезнь

идиопатическая ломкость костей

455. С какой злокачественной опухолью по клинической картине необходимо, в первую очередь, дифференцировать остеомиелит с:

опухолью Юинга

фибросаркомой

хондросаркомой

первично-злокачественной формой остеобластокластомой

456. Какая триада симптомов характерна для ксантоматоза:

пучеглазие, недоразвитие лицевого черепа, анемия

несахарный диабет, поражение почек, анемия

несахарный диабет, поражение плоских костей, пучеглазие

поражение плоских костей, нарушение функции почек, анемия

457. Какая наиболее частая локализация болезни Кенига:

пяточная кость

головка бедренной кости

латеральный мыщелок бедренной кости

медиальный мыщелок бедренной кости

458. Для какого из перечисленных заболеваний скелета типичен симптом субпериостальной резорбции:

гиперпаратиреоидная остеодистрофия

гипопаратиреоз

метастатический процесс

псевдогипопаратиреоз

459. При опухолях скелета рентгенологический симптом вздутия кости указывает на:

характер опухоли (доброкачественная или злокачественная)

гистологическое строение опухоли

выход опухоли в мягкие ткани

длительность процесса