КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ

1. Прямое увеличение изображения достигается:

А. увеличением расстояния фокус- объект;

Б. увеличением расстояния фокус- пленка;

В. увеличением размеров фокусного пятна;

\*Г. увеличением расстояния объект- пленка.

2. Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:

 А. мышечная;

 Б. миокард;

 В. эпителиальная;

 \*Г. кроветворная.

3. Один Грэй равен:

 \*А. 100 рад;

 Б. 10000 рад;

 В. 1000 рад;

 Г. 10 рад.

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

 \*А. томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгеновского контрастного вещества;

 Б. в повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения;

 В. в получении изображения очень тонких слоев объекта;

 Г. в ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта.

5. В каких единицах измеряется количество информации:

 \*А. в битах;

 Б. в мегагерцах;

 В. в дюймах;

 Г. в количестве операций в единицу времени.

6. На качество снимка влияют следующие параметры рентгеновской кассеты:

 \*А. материал корпуса;

 Б. конструкция замка;

 В. упругий материал прижима экранов;

 Г. масса кассеты.

7. Поглощенная доза – это:

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

 Б. сумма произведений эквивалентной дозы в органе с учетом взвешивающего коэффициента данного органа;

 В. отношение приращения эффективной дозы за интервал времени к этому интервалу времени;

 \*Г. средняя энергия, переданная излучением массе вещества в элементарном объеме.

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

 А. облучение персонала и населения в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующего излучения;

 Б. облучение персонала и населения в условиях радиационной аварии;

 \*В. облучение населения в условиях боевого применения ядерного оружия;

 Г. облучение работников промышленных предприятий и населения природными источниками ионизирующего излучения.

9. Доза облучения врача- рентгенолога определяется:

 А. общим количеством выполненных исследований;

 Б. количеством коек в стационаре;

 \*В. мощностью дозы на рабочем месте около универсального штатива и объемом работы при выполнении рентгенологического исследования;

 Г. количеством участков в поликлинике.

10. наибольшему облучению при проведении рентгенологических исследований подвергаются следующие специалисты:

 А. врачи- рентгенологи в кабинетах общего профиля;

 \*Б. врачи- рентгенологи в кабинетах ангиографического профиля;

 В. врачи- рентгенологи флюорографических кабинетов;

 Г. рентгенлаборанты.

11. Для определения инородного тела глазницы следует выполнить рентгенограмму:

 А. в прямой задней проекции;

 \*Б. в носо-лобной, задней и боковой проекциях;

 В. в носо-подбородочной проекции;

 Г. в косой проекции по Резе.

12. наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа является:

 А. обзорные (прямая и боковая) краниограммы;

 Б. прицельные касательные рентгенограммы;

 \*В. прицельные контактные рентгенограммы;

 Г. прямые томограммы.

13. Продольный перелом пирамиды височной кости определяется на рентгенограммах:

 А. в носо-лобной проекциях;

 Б. в проекции по Стенверсу;

 \*В. в проекции по Шюллеру, Майеру;

 Г. в обзорной прямой задней рентгенограмме черепа.

14. наиболее эффективный метод исследования внутреннего слухового прохода:

 А. рентгенограмма по Стенверсу;

 Б. рентгенограмма по Шюллеру;

 \*В. магнитно-резонансная томография;

 Г. рентгеновская компьютерная томография.

15. характерным рентгенологическим признаком заглоточного абсцесса является:

 А. выпрямление лордоза шейного отдела позвоночника;

 Б. утолщение слизистой оболочки задней стенки глотки;

 \*В. расширение мягких тканей превертебрального пространства на уровне шейных позвонков с «пузырьками» и «прослойками» газа;

 Г. деформация гортани.

16. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является:

 \*А. увеличение размеров турецкого седла;

 Б. остеопороз деталей седла;

 В. повышеннаяпневматизация основной пазухи;

 Г. понижение пневматизации основной пазухи.

17. остеосклероз костей черепа характерен для:

 А. остеомиелита;

 Б. туберкулеза;

 В. гиперпаратиреоидной остеодистрофии;

 \*Г. фиброзной дисплазии.

18. наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является:

 А. углубление пальцевых вдавлений;

 \*Б. остеопороз структуры, уплощение турецкого седла;

 В. расширение каналов диплоических вен;

 Г. расхождение швов.

19. причинами гидроцефалии чаще всего являются:

 А. опухоль мозга;

 \*Б. воспалительные процессы;

 В. врожденные состояния;

 Г. травмы.

20. к признакам, патогномоничным для ушной холестеатомы относятся:

 А. деструкция слуховых косточек;

 Б. деструкция верхне- задней стенки наружного слухового прохода;

 \*В. округлой формы костныйдефектваттико-антральной области со склеротическим ободком;

 Г. фистула наружного полукружного канала.

21. рентгеноскопия дает возможность изучить:

 А. структуру корней легких;

Б. легочной рисунок:

\*В. подвижность диафрагмы;

Г. морфологию инфильтрата в легком.

22. в диагностике заболеваний органов грудной полости исследование пищевода помогает при:

 \*А. праволежащей аорте;

 Б. перикардите;

 В. увеличении корневых лимфоузлов;

 Г. тимоме.

23. основой сегментарного строения легкого является разветвление:

 А. бронхов;

 Б. бронхов и легочных артерий;

 \*В. легочных артерий, бронхов и легочных вен;

 Г. легочных артерий и бронхов.

24. анатомический субстрат тени корня в норме – это стволы:

 А. артерий;

 Б. артерий и вен;

 В. артерий, вен и бронхов;

 \*Г. артерий и бронхов.

25. отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней позволяет:

А. изображение ключиц;

Б. четкость контуров задних отрезков ребер;

В. изображение ключиц, четкость контуров задних отрезков ребер;

\*Г. соотношение ширины передних и задних отрезков ребер.

26. в большинстве случаев интенсивность тени зависит от:

 \*А. характера анатомического субстрата;

 Б. локализации;

 В. размеров;

 Г. размеров и локализации.

27. признаками нарушения лимфооттока в легком являются:

 А. усиление сосудистого рисунка;

 Б. множественные очаговые тени;

 В. усиление легочного рисунка и очаговые тени;

 \*Г. плевральные линии и линии Керли.

28. при ограниченном осумкованном плеврите окружающая легочная ткань чаще всего:

 А. не изменена;

 Б. легочной рисунок усилен;

 В. легочной рисунок деформирован;

 \*Г. легочной рисунок усилен и деформирован.

29. Сегментарное затемнение с уменьшением его объема чаще всего встречается при:

 \*А. внутрибронхиальной опухоли бронха;

 Б. увеличении корневых лимфатических узлов;

 В. крупозной пневмонии;

 Г. инфильтративном туберкулезе.

30. Крупную округлую тень (более 4см) чаще всего дает:

 А. туберкулема;

 \*Б. Фридлендеровская пневмония;

 В. солитарный метастаз;

 Г. гамартома.

31. Внутригрудные лимфатические лимфоузлы – это лимфатические узлы:

 А. переднего средостения

 Б. центрального и заднего средостения

 В. корней легких

 \*Г. корней легких и средостения

32. На рентгенограмме интенсивность тени в легком зависит от:

 А. размеров

 \*Б. морфологического субстрата

 В. локализации

 Г. размеров и локализации

33. Изменение окружающей легочной ткани и корня легкого наблюдается при:

 \*А. первичном туберкулезном комплексе

 Б. бронхиоло-альвеолярном раке

 В. гамартохондроме

 Г. периферической аденоме

34. Для кистозной доли легкого характерны:

 А. усиление и деформация легочного рисунка

 \*Б. множественные тонкостенные полости

 В. повышение прозрачности

 Г. расширение корня и деформация легочного рисунка

35. При гипоплазии легочной артерии характерно:

 \*А. сужение головки корня

 Б. отсутствие головки корня

 В. отсутствие хвостовой части корня

 Г. расширение корня легкого

36. При подозрении на легочную секвестрацию необходимо выполнить:

 А. линейную томографию

 Б. бронхографию

 В. контрастирование пищевода

 \*Г. аортографию

37. Наиболее частая причина бронхолитиаза это:

 А. пневмония

 \*Б. туберкулез

 В. хронический бронхит

 Г. инородные тела

38. Крупозная пневмония чаще поражает:

 А. плащевой слой доли

 Б. ядерный слой доли

 В. ядерный и плащевой слои в одинаковой степени

 \*Г. плащевой слой легкого и плевру

39. На возможность Фридлендеровской пневмонии указывает:

 А. долевое затемнение

 Б. сопутствующий плеврит

 \*В. значительное увеличение доли

 Г. уменьшение доли в объеме

40. Отличить долевую пневмонию от ателектаза можно по:

 А. объему доли

 Б. интенсивности затемнения

 В. структуре пораженного участка

 \*Г. состоянию долевого бронха

41. Осложнением пневмококковой пневмонии чаще всего бывает:

 \*А. плеврит

 Б. перикардит

 В. плеврит и перикардит

 Г. нагноение инфильтрата

42. Чаще всего при аспирационной пневмонии поражаются отделы:

 А. средние

 \*Б. средние и верхние

 В. верхние, средние и нижние

 Г. нижние и задние

43. При бронхопневмонии воспалительный фокус, как правило, ограничивается:

 А. долькой

 Б. субсегментом

 В. сегментов

 \*Г. долькой и субсегментом

44. Размеры воспалительных фокусов при стафилококковой пневмонии:

 А. мелкие

 Б. средние

 В. мелкие и средние

 \*Г. средние и крупные

45. При «малом» (до 2см) образовании в легком наиболее эффективна:

 А. рентгеноскопия

 Б. рентгенография

 В. рентгенография и линейная томография

 \*Г. рентгенография и КТ

46. При подозрении на острую травматическую грыжу диафрагмы следует провести:

 А. рентгеноскопию

 Б. рентгенографию

 В. рентгеноскопию и рентгенографию

 \*Г. контрастное исследование желудка и толстой кишки

47. Основным признаком хронического абсцесса является:

 А. наличие полости

 \*Б. сморщивающий процесс в легком

 В. плевральные шварты

 Г. бронхоэктазы

48. Распад при периферическом рае чаще бывает:

 А. центральный

 Б. эксцентричный

 В. множественный

 \*Г. эксцентричный и множественный

49. В дифференциальной диагностике периферического рака и доброкачественных шаровидных образований наибольшее значение имеет:

 А. величина

 \*Б. характер контуров

 В. отсутствие известковых включений

 Г. наличие полости распада

50. Наиболее достоверный признак напряженного клапанного пневмоторакса:

 А. повышение прозрачности легочного поля

 Б. низкое положение купола диафрагмы

 \*В. смещение средостения в противоположную сторону

 Г. «взрывная» пульсация сердца.

51. Состояние перистальтики желудочно-кишечного тракта можно объективно оценить с помощью:

 \*А. рентгеноскопии

 Б. рентгенографии

 В. функциональных проб

 Г. УЗ исследования

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

 А. изучения патологии толстой кишки

 Б. исследования илеоцекальной области

 \*В. контроля сроков пассажа бариевой взвеси по желудочно- кишечному тракту, изучения положения ободочной кишки

 Г. изучения патологии тонкой кишки

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

 А. камнями мочевого пузыря

 Б. флеболитами

 В. тератодермоидной кистой

 \*Г. фибромой матки или аденомой предстательной железы

54. Изменения в различных отделах желудочно- кишечного тракта, обусловленные развитием фиброзной ткани в подслизистом слое и атрофией гладкой мускулатуры, имеют место при:

 А. системной красной волчанке

 Б. узелковом периартериите

 \*В. склеродермии

 Г. исходе воспалительных процессов

55. Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид «мышиного хвоста», описывают как характерный признак:

 А. склеродермии

 Б. кардиоэзофагеальном раке

 \*В. ахалазиикардии

 Г. эпифренальномдивертикуле

56. При парезе глотки на стороне поражения валлекулы и грушевидные синусы:

 А. не заполняются

 Б. быстро опорожняются

 \*В. длительно заполнены бариевой взвесью, расширены

 Г. деформированы

57. Наиболее частым осложнением язвы пищевода является:

 А. малигнизация

 \*Б. рубцовое сужение просвета пищевода

 В. перфорация стенки пищевода

 Г. кровотечение

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

 А. эндофитном раке

 \*Б. рубцовом сужении после ожога

 В. эзофагоспазме

 Г. склерозирующеммедиастините

59. Осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

 А. язва грыжевого мешка

 Б. рефлюкс – эзофагит

 В. кровотечение

 \*Г. все ответы правильные

60. Тракционные дивертикулы пищевода чаще обнаруживаются в:

 А. шейном отделе пищевода

\*Б. на уровне бифуркации трахеи

В. абдоминальном отрезке

Г. ампуллярной части пищевода

61. Желудок увеличен в размерах с жидкостью натощак. Малая кривизна антрального отдела укорочена, пилородуоденальная область гипермотильна, привратник сужен, ассимметричен, луковица ДПК деформирована. Опорожнение желудка замедленою Эти симптомы характерны для:

 А. эндофитного рака

 \*Б. рубчово- язвенного стеноза привратника

 В. антрального ригидного гастрита

 Г. врожденного пилоростеноза

62. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована в виде трилистника. Язвенную нишу (или так называемые «целующиеся язвы») следует искать:

 А. в основании луковицы

 Б. на вершине луковицы

 \*В. в центре луковицы

 Г. в карманах луковицы

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

 А. болезни Крона

 Б. туберкулеза (инфильтративная форма)

 \*В. стенозирующего рака

 Г. саркомы

64. К рентгенологическим признаками наличия свободной жидкости в брюшной полости относятся все перечисленные симптомы, за исключением признака:

 А. расширения латеральных каналов: нечеткость анатомических деталей

 \*Б. воздушной тонкокишечной «арки» с закругленными концами

 В. треугольного, полулунного и полосовидного затемнения между раздутыми кишечным петлями

 Г. при перемене положения больного наибольшая степень затемнения каждый раз определяется в нижележащих отделах брюшной полости

65. К прямым рентгенологическим признакам абсцесса брюшной полости относят:

 А. ограниченное затемнение брюшной полости

 Б. смещение органов, окружающих участок затемнения

 В. ограниченный парез соседних кишечных петель

 \*Г. горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости

66. Первые рентгенологические симптомы кишечной непроходимости появляются через:

 А. 1- 1,5 часа

 Б. 1,5- 2,5 часа

 \*В. 2,5- 3 часа

 Г. 4 – 5 часов

67. 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:

 А. разрыва селезенки

 Б. тромбофлебитическойспленомегалии

 \*В. левостороннего поддиафрагмального абсцесса

 Г. рака хвоста поджелудочной железы с распадом

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

 А. смещение диафрагмы, желудка, толстой кишки

 Б. затемнение левой поддиафрагмальной области

 В. свободный газ в брюшной полости

 \*Г. забрюшинная эмфизема

69. Наиболее информативно ультразвуковое исследование молочных желез:

 А. при выявлении рака молочной железы

 Б. при дифференциальной диагностике рака и доброкачественных опухолей молочной железы

 \*В. при дифференциальной диагностике кистозных и солидных патологических образований

 Г. при дифференциальной диагностике кист, доброкачественных и злокачественных образований

70. Провести дифференциальную диагностику между кистой и фиброаденомой молочной железы позволяет:

 А. тонкий ободок просветления по периферии

 Б. полицикличность контуров

 В. наличие капсулы

 \*Г. наличие крупноглыбчатыхобызествлений

71. Поперечный размер сердца в прямой проекции представляет собою:

 А. расстояние от верхушки сердца до правого сердечно- сосудистого угла

 Б. расстояние от правого кардио- диафрагмального угла до верхушки сердца

 В. отрезок, соединяющий правый предсердно- сосудистый угол и правый сердечно- диафрагмальный угол

 \*Г. сумму перпендикуляров от срединной линии к наиболее выступающим точкам краеобразующих дуг правого предсердия и левого желудочка

72. Размер правой легочной артерии в корне (прямая проекция) более 15мм соответствует:

 А. фиброзным изменениям корня

 Б. норме

 В. венозному застою в легких

 \*Г. артериальной легочной гипертензии

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

 А. стенозе устья аорты

 Б. недостаточности аортального клапана

 \*В. митральном стенозе с высокой легочной гипертензией

 Г. коарктации аорты

74. Количественным показателем функционального состояния миокарда является:

 \*А. конечный диастолический объем левого желудочка

 Б. сердечно- легочной коэффициент

 В. коэффициент Мура

 Г. объем сердца

75. Какие изменения легочной гемодинамики характерны для нарушений функционального состояния левого желудочка

 \*А. венозный застой

 Б. нормальный легочной кровоток

 В. артериальная гипертензия

 Г. обедненный легочной кровоток

76. Артериальная гипертензия малого круга кровообращения характерна для:

 А. стеноза легочной артерии

 Б. коарктации аорты

 \*В. тромбоэмболии легочной артерии

 Г. аортального стеноза

77. «Острое легочное» сердце – это проявление гемодинамической перегрузки:

 А. левого желудочка

 \*Б. правого желудочка

 В. левого предсердия

 Г. правого предсердия

78. Альвеолярный отек легких может развиться без предшествующих изменений легочного кровотока при:

 А. декомпенсации порока сердца

 \*Б. остром инфаркте миокарда

 В. тромбоэмболии легочной артерии

 Г. дилатационнойкардиомиопатии

79. Для симптома Лериша характерным является

 А. аневризма брюшной аорты

 Б. аневризма подвздошных артерий

 В. стеноз почечных артерий

 \*Г. окклюзия подвздошных артерий и терминального отдела аорты

80. Патогномоничный КТ- признак расслаивающей аневризмы аорты (при нативном исследовании)

 \*А. очаг кальциноза в просвете аорты

 Б. утолщение, дезорганизованность стенки аорты

 В. неоднородность просвета аорты

 Г. резкое увеличение диаметра аорты

81.У первого шейного позвонка (атланта) отсутствует:

 \*А. тело

 Б. дуга

 В. боковые массы

 Г. поперечные отростки

82. Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является:

 А. уплотнение костной структуры

 Б. деформация кости

 \*В. перерыв коркового слоя

 Г. линия просветления

83. Наиболее частым видом травмы костей запястья является:

 А. перелом полулунной кости

 Б. перилунарный вывих кисти

 \*В. перелом ладьевидной кости

 Г. перелом трехгранной кости

84. Для оскольчатого разрывного перелома поясничных позвонков не характерно:

 А. клиновидная деформация тела позвонка

 Б. разрыв обеих замыкающих пластинок

 \*В. снижение высоты прилежащего межпозвонкового диска

 Г. увеличение горизонтального размера тела поврежденного позвонка

85. Наиболее убедительно свидетельствует о несрастающемся переломе:

 А. отсутствие параоссальной мозоли

 Б. длительно прослеживающаяся линия перелома

 \*В. склеротическое отграничение краев отломков

 Г. выраженный регионарный остеопороз

86. Озлокачествлению может подвергаться:

 \*А. хондроматоз костей

 Б. мраморная болезнь

 В. несовершенный остеогенез

 Г. спондило-эпифизарная дисплазия

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

 А. диафиза

 Б. эпифиза

 \*В. метафиза

 Г. диафиза и эпифиза

88. Для туберкулезного остита характерны:

 \*А. деструкция костной ткани

 Б. периостальная реакция

 В. регионарный остеопороз

 Г. атрофия кости

89. Наиболее характерным для злокачественных опухолей костей является

 А. истончение коркового слоя

 Б. обрыв коркового слоя с постепенным истончением к месту обрыва

 В. обрыв коркового слоя на фоне вздутия (симптом «пики»)

 \*Г. крутой обрыв коркового слоя

90. Раньше всего обнаружить метастатическое поражение костей можно при помощи:

 А. рентгенографии

 Б. компьютерной томографии

 \*В. радиоизотопного сканирования скелета

 Г. ультразвукового исследования

91. Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает:

 А. экскреторная урография

 \*Б. ретроградная пиелография

 В. томография

 Г. ангиография

92. 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:

 А. солитарной кисты

 Б. гидронефроза

 \*В. опухоли почки

 Г. туберкулеза почки

93. Двухстороннее 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; эти признаки наиболее характерны для:

 А. гидронефроза

 Б. туберкулеза почки

 В. опухоли почки

 \*Г. поликистоза

94. Мочеточник и лоханка смещены, чашечки нередко сдавлены, раздвинуты, на ангиограммах отмечается бессосудистая зона. Дефект паренхимы и эхонегативная зона с четкими контурами приУЗ исследовании. Это наиболее характерно:

 А. опухоли почки

 Б. хронического пиелонефрита

 \*В. солитарной кисты почки

 Г. гидронефроза

95. К наиболее частым заболеваниям почек относится:

 А. гломерулонефрит

 \*Б. пиелонефрит

 В. нефроптоз

 Г. опухоли

96. Наиболее частой исходной локализацией рака почки и мочевых путей является:

 А. лоханка

 \*Б. паренхима почки

 В. чашечки

 Г. мочеточник

97. Расправление легких у новорожденных детей наступает в:

 \*А. первые сутки

 Б. течение 48 часов

 В. течение недели

 Г. течение месяца

98. Самой частой причиной образования жидкости в плевральной полости у новорожденных является:

 \*А. хилоторакс

 Б. сердечная недостаточность

 В. гемоторакс травматического происхождения

 Г. экссудативный плеврит воспалительного характера

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

 А. бронхит- локализованный процесс

 Б. бронхит сочетается с пневмонией

 \*В. бронхит у детей раннего возраста всегда имеет диффузное распространение

 Г. при бронхите поражаются крупные бронхи

100. Основным признаком болезни Гиршпрунга является:

 А. увеличение диаметра сигмовидного отдела ободочной кишки

 Б. большое количество горизонтальных уровней жидкости в петля кишечника

 \*В. зона сужения в области перехода сигмовидной кишки в прямую

 Г. отсутствие перистальтики в сигмовидной кишке.