

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ТЕРАПИИ

Специальность: 31.08.49 «Терапия»

Кафедра: лучевой диагностики ФДПО

Форма обучения: очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Лучевая диагностика»

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Лучевая диагностика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Лучевая диагностика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Лучевая диагностика» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2,	Текущий	Раздел 1. Физические и технические основы методов рентгенологической диагностики. Раздел 2. Изучение основ рентгенологической семиотики заболеваний внутренних органов. Раздел 3. Оценка эффективности лечения заболеваний внутренних органов с помощью методов рентгенологической диагностики. Раздел 4. Использование современных информационных технологий в лучевой диагностике	Тестовые задания
ПК-1, ПК-2,	Промежуточный	Раздел 1. Физические и технические основы методов рентгенологической диагностики. Раздел 2. Изучение основ рентгенологической семиотики заболеваний внутренних органов. Раздел 3. Оценка эффективности лечения заболеваний внутренних органов с помощью методов рентгенологической диагностики. Раздел 4. Использование современных информационных технологий в лучевой диагностике	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий и промежуточный контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий

4.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2.

Раздел 1. Физические и технические основы методов рентгенологической диагностики
001. Геометрическая нерезкость рентгенограммы зависит от всего перечисленного, кроме:
а) размеров фокусного пятна

- б) расстояния фокус-пленка
- в) расстояния объект-пленка
- г) движения объекта во время съемки

002. Прямое увеличение изображения достигается:

- а) увеличением расстояния фокус-объект
- б) увеличением расстояния фокус-пленка
- в) увеличением размеров фокусного пятна
- г) увеличением расстояния объект-пленка

003. Область рентгеновского излучения лежит между:

- а) радиоволнами и магнитным полем
- б) инфракрасным и ультрафиолетовым излучениями
- в) ультрафиолетовым излучением и гамма излучением
- г) радиоволнами и инфракрасным излучением

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

- а) Проникающая способность
- б) Преломление в биологических тканях
- в) Скорость распространения излучения
- г) Способность к ионизации атомов

005. Годовая доза от естественного радиационного фона в России составляет:

- а) 100 бэр
- б) 0,1 бэр
- в) 10 бэр
- г) 0,001 бэр

006. Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:

- а) Мышечная ткань
- б) Миокард
- в) Эпителиальная ткань
- г) Кровотворная ткань

007. Единицей эквивалентной дозы в системе СИ является:

- а) грей
- б) рад
- в) бэр
- г) зиверт

008. Единица Зиверт равна:

- а) 100 радам
- б) 10 бэр
- в) 0,1 Грея
- г) 100 миллирентгенам

009. Единицей поглощенной дозы в системе СИ является:

- а) рентген (Р)
- б) рад (рад)
- в) грей (Гр)
- г) зиверт (З)

010. Один Грей равен:

- а) 100 рад
- б) 10000 рад
- в) 1000 рад
- г) 10 рад

001. Единица измерения мощности дозы рентгеновского излучения:

- а) Рентген
- б) Рад
- в) Рентген/мин
- г) Грей

002. Не являются электромагнитными:

- а) Инфракрасные лучи
- б) Звуковые волны
- в) Радиоволны
- г) Рентгеновские лучи

003. Чем меньше используемый фокус трубки, тем:

- а) Меньше разрешение на снимке
- б) Больше геометрические искажения
- в) Меньше полутень
- г) Меньше четкость деталей

004. Использование отсеивающего раstra приводит:

- а) К уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения
- б) К уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка
- в) К получению снимка большей плотности и контраста
- г) К снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка

005. Малым фокусом рентгеновской трубки считается фокус размером приблизительно:

- а) 0.2 x 0.2 мм
- б) 1 X 1 мм
- в) 2x2 мм
- г) 4x4 мм

006. Отсеивающей решеткой называется:

- а) Кассетодержатель вместе с неподвижным растром
- б) Мелкоструктурный растр
- в) Растр с приводом и кассетодержателем
- г) Наложённые друг на друга перекрещивающиеся растры

007. Рентгеновский экспонометр с ионизационной камерой работает наиболее точно:

- а) При очень коротких экспозициях
- б) При "жесткой" технике съемки
- в) При безэкранной съемке
- г) При достаточно длинных экспозициях

008. При управлении рентгеновским реле экспозиции необходимо учитывать все, кроме:

- а) Расстояния фокус-пленка
- б) Жесткости излучения
- в) Типа рентгеновской пленки
- г) Размера кассеты

009. На качество снимка влияют следующие параметры рентгеновской кассеты:

- а) Материал корпуса
- б) Конструкция замка
- в) Упругий материал прижима экранов
- г) Масса кассеты

010. Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является:

- а) укорочение времени экспозиции
- б) ограничение рентгеновского луча
- в) уменьшение времени проявления
- г) отфильтрование мягкого излучения

011. Применение усиливающих экранов позволяет уменьшить экспозицию:

- а) в 1,5 раза
- б) в 3 раза
- в) в 10 раз
- г) в 100 раз

012. Наибольшую лучевую нагрузку дает:

- а) Рентгенография классическая
- б) Рентгенография цифровая
- в) Рентгеноскопия с люминесцентным экраном
- г) Рентгеноскопия с УРИ

013. Признаком высоковольтного пробоя в трубке является:

- а) Отсутствие показаний миллиамперметра во время экспозиции
- б) Треск и разряды в пульте управления
- в) Бросок стрелки миллиамперметра во время съемки
- г) Все перечисленное верно

014. Раствор фиксажа подлежит регенерации:

- а) Один раз в неделю
- б) Через 48 ч непрерывного фиксирования
- в) При увеличении вдвое продолжительности фиксирования
- г) В конце рабочего дня

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

- а) контрастности
- б) разрешения
- в) размера изображения
- г) плотности почернения

001 - в

004 - а

007 - г

010 - б

013 - в

002 - б

005 - б

008 - г

011 - в

014 - в

003 - в

006 - в

009 - а

012 - в

015 - в

Раздел 2. Изучение основ рентгенологической семиотики заболеваний внутренних органов

001. Кровенаполнение в легких при пробе Мюллера:

- а) не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается

г) увеличивается в базальных отделах

002. Легочной рисунок при пробе Мюллера:

- а) усиливается
- б) обедняется
- в) не изменяется
- г) обогащается

003. Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии:

- а) паренхимы легкого
- б) сосудов малого круга кровообращения
- в) паренхимы легкого и сосудов малого круга кровообращения
- г) сосудов малого круга кровообращения и бронхиальных артерий

004. Рентгеновская компьютерная томография предпочтительнее при изучении:

- а) грудной стенки
- б) диафрагмы
- в) лимфатических узлов корней легких
- г) пищевода

005. Рентгеновская компьютерная томография заменяет диагностический ретропневмоперитонеум при заболеваниях:

- а) легких
- б) легких и диафрагмальной плевры
- в) диафрагмы
- г) диафрагмы и диафрагмальной плевры

006. УЗИ лучше применить в диагностике заболеваний:

- а) легких
- б) опухолей среднего отдела средостения
- в) пищевода
- г) плевральных листков

007. При заболеваниях грудного отдела аорты лучше применить:

- а) рентгеноскопию
- б) линейную томографию
- в) РКТ
- г) МРТ

008. Анатомический субстрат легочного рисунка в норме - это:

- а) бронхи
- б) бронхи и легочные артерии
- в) легочные артерии и вены
- г) бронхи, легочные артерии и вены

009. Бронхиальные артерии, питающие легочную ткань, берут начало из:

- а) межреберных артерий и грудной части аорты
- б) брюшной части аорты
- в) легочных артерий
- г) легочных вен

010. Плащевой слой легкого чаще всего состоит из рядов долек:

- а) одного
- б) двух-трех
- в) шести
- г) восьми

011. Сегментарные легочные вены разветвляются:

- а) вместе с артериями
- б) вместе с бронхами
- в) по границам сегментов
- г) в плащевом слое

012. Плащевой слой доли составляют:

- а) разветвления мелких бронхов
- б) разветвления мелких сосудов
- в) костальная плевро
- г) легочные дольки

013. Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов:

- а) восьми
- б) девяти
- в) десяти
- г) двенадцати

014. Левое легкое по Лондонской схеме состоит их сегментов:

- а) шести
- б) восьми
- в) девяти
- г) десяти

015. 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

016. Анатомический субстрат тени корня легкого в норме - это стволы:

- а) артерий
- б) артерий и вен
- в) артерий, вен и бронхов
- г) артерий и бронхов

017. В правом легком может быть добавочных долей:

- а) одна
- б) две
- в) три
- г) четыре

018. В левом легком может быть добавочных долей:

- а) две
- б) три
- в) четыре
- г) пять

019. При пневмотораксе поджатое легкое смещается:

- а) кверху
- б) книзу
- в) книзу и медиально
- г) кнаружи

020. Анатомически число зон в одном легком:

- а) четыре
- б) пять
- в) шесть
- г) семь

021. Наименьшая автономная единица легкого:

- а) ацинус
- б) субдолька
- в) доля
- г) сегмент

022. Легочная связка видна на рентгенограмме в проекциях:

- а) прямой
- б) прямой и боковой
- в) прямой, боковой и косой
- г) косой и боковой

023. Задняя зона легкого - это сегменты:

- а) шестой
- б) девятый и шестой
- в) десятый
- г) девятый и десятый

024. Отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней с уверенностью позволяет:

- а) изображение ключиц
- б) четкость контуров задних отрезков ребер
- в) изображение ключиц и четкость контуров задних отрезков ребер
- г) соотношение ширины передних и задних отрезков ребер

025. Локализацию патологического образования в легком следует определять:

- а) по межреберьям
- б) легочным зонам
- в) сегментам
- г) долям

026. На обзорных рентгенограммах в большинстве интенсивность тени зависит от:

- а) характера анатомического субстрата
- б) локализации
- в) размеров
- г) размеров и локализации

027. Угол бифуркации трахеи лучше выявляется на линейных томограммах:

- а) при продольном виде размазывания в прямой проекции
- б) при продольном виде размазывания в боковой проекции
- в) при продольном виде размазывания в косой проекции
- г) при поперечном виде размазывания в прямой проекции

028. Оптимальной проекцией для выявления нижнедолевого бронха является линейная томография в проекциях:

- а) прямой
- б) косой
- в) прямой и косой
- г) боковой и косой

029. Для полной информации о состоянии стенок правого промежуточного бронха следует провести линейную томографию в проекциях:
- а) прямой
 - б) боковой
 - в) косой
 - г) прямой и боковой
030. Для выявления бронхов средней доли следует проводить томографию в проекциях:
- а) прямой
 - б) боковой
 - в) прямой и боковой
 - г) боковой и косой
031. О четкости рентгенограммы грудной клетки судят по контурам:
- а) средостения
 - б) диафрагмы
 - в) магистральных сосудов
 - г) ребер
032. На обзорной рентгенограмме в боковой проекции угол лопатки определяется на уровне грудного позвонка:
- а) пятого
 - б) седьмого
 - в) девятого
 - г) десятого
033. На боковой рентгенограмме грудной клетки верхняя часть левого корня легкого локализуется:
- а) выше правой и впереди
 - б) на одном уровне
 - в) ниже правой и сзади
 - г) выше правой и сзади
034. Бесструктурный корень легкого бывает при:
- а) хроническом бронхите
 - б) центральном раке легкого
 - в) бронхо-энтерогенной кисте средостения
 - г) опухоли трахеи
035. 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
036. Наиболее важная диагностическая характеристика "шаровидных" образований легких:
- а) структура и форма
 - б) форма и размеры
 - в) структура и размеры
 - г) очертания и структура
037. Наиболее убедительный признак ателектаза доли легкого:
- а) вогнутость междолевой плевры
 - б) высокое расположение купола диафрагмы
 - в) интенсивное и гомогенное затемнение доли
 - г) смещение междолевой плевры и гомогенное затемнение доли

038. На расположение пристеночного образования внутри легкого указывает:

- а) округлая форма
- б) изменение формы в разных проекциях
- в) смещаемость с легким при дыхании
- г) прямые углы образования с грудной стенкой в разных проекциях

039. При дифференциальной диагностике солитарной полости в легком наибольшее значение имеет:

- а) локализация
- б) размеры
- в) характер стенок
- г) наличие содержимого

040. Солитарная полость в легком - это:

- а) распад в воспалительном инфильтрате
- б) ограниченный участок пневмоторакса
- в) ограниченная буллезная эмфизема
- г) туберкулезная каверна

041. Множественные полости в легких чаще бывают при:

- а) стафилококковой пневмонии
- б) метастазах опухоли почки
- в) многофокусной очаговой пневмонии
- г) множественном лейомиоматозе

042. Толщина стенок множественных полостей в легких равномерная при:

- а) гематогенной стафилококковой пневмонии
- б) эхинококкозе
- в) абсцессах
- г) злокачественных метастазах

043. Негомогенность тени туберкулезного инфильтрата может быть обусловлена:

- а) только распадом
- б) распадом и участками обызвествлений
- в) распадом и просветами мелких бронхов
- г) участками обызвествлений

044. Контуры тени в легком нечеткие у:

- а) периферической аденомы
- б) гамартомы
- в) кистозного образования
- г) очаговой пневмонии

045. При ограниченном осумкованном плеврите окружающая легочная ткань чаще всего:

- а) не изменена
- б) легочный рисунок усилен
- в) легочный рисунок деформирован
- г) усилен и деформирован

046. При дыхании тень ограниченного осумкованного междолевого выпота:

- а) не смещается с легким и меняет форму
- б) смещается с легким и меняет форму
- в) не смещается с легким и не меняет форму
- г) смещается с легким и не меняет форму

047. При крупозной пневмонии чаще всего соответствующий корень легкого:

- а) не расширен
- б) расширен и имеет бугристые контуры
- в) расширен и малоструктурен
- г) расширен и смещен

048. Наибольшую информацию при одностороннем тотальном затемнении легочного поля дает:

- а) рентгеноскопия
- б) рентгенография в стандартных проекциях
- в) латерография на соответствующем боку
- г) линейная томография

049. Долевое затемнение легкого со значительным увеличением ее в объеме дает:

- а) крупозная пневмония
- б) клебсиеллезная пневмония
- в) саркома легкого
- г) туберкулезный инфильтрат

050. Сегментарное затемнение с уменьшением его объема чаще всего бывает при:

- а) внутрибронхиальной опухоли бронха
- б) увеличении корневых лимфатических узлов
- в) крупозной пневмонии
- г) инфильтративном туберкулезе

001 - б	009 - а	017 - в	025 - в	033 - г	041 - а	049 - б
002 - а	010 - б	018 - б	026 - а	034 - б	042 - а	050 - а
003 - г	011 - в	019 - в	027 - г	035 - г	043 - б	
004 - в	012 - г	020 - а	028 - г	036 - г	044 - г	
005 - г	013 - в	021 - а	029 - г	037 - а	045 - г	
006 - г	014 - в	022 - г	030 - г	038 - в	046 - а	
007 - г	015 - г	023 - а	031 - г	039 - в	047 - в	
008 - в	016 - б	024 - г	032 - б	040 - г	048 - г	

Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата

001. Плотность кости на рентгенограммах определяет:

- а) костный минерал
- б) вода
- в) органические вещества костной ткани
- г) костный мозг

002. Надкостница обладает наибольшей остеобластической активностью:

- а) в эпифизах длинных костей
- б) в метафизах длинных костей
- в) в диафизах длинных костей
- г) в плоских и губчатых костях

003. К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме:

- а) крючковатой
- б) ладьевидной
- в) полулунной
- г) трехгранной

004. Нормальная головка бедренной кости имеет:

- а) правильную круглую форму
- б) неправильную круглую форму
- в) овальную форму
- г) грибовидную форму

005. Частью вертлужной впадины, покрытой суставным хрящом, является:

- а) только крыша вертлужной впадины
- б) только дно вертлужной впадины
- в) крыша и дно вертлужной впадины
- г) полулунная поверхность вертлужной впадины

006. Характерным для диафиза бедренной кости является:

- а) дугообразная выпуклость вперед
- б) дугообразная выпуклость назад
- в) дугообразная выпуклость внутрь
- г) прямая ось

007. У первого шейного позвонка (атланта) отсутствует:

- а) тело
- б) дуга
- в) боковые массы
- г) поперечные отростки

008. Оптимальной проекцией для определения крючков шейных позвонков является:

- а) прямая задняя
- б) боковая
- в) косая с поворотом на 15°
- г) косая с поворотом на 45°

009. Наиболее массивный остистый отросток имеет:

- а) VII шейный позвонок
- б) V шейный позвонок
- в) III шейный позвонок
- г) II шейный позвонок

010. Сосудистые каналы Гана в телах позвонков могут выявляться:

- а) в шейном отделе
- б) в грудном отделе
- в) в поясничном отделе
- г) на всех уровнях

011. Выберите правильное утверждение:

- а) высота всех тел поясничных позвонков на боковой рентгенограмме одинакова в передних и задних отделах
- б) высота всех поясничных межпозвоночных дисков на боковой рентгенограмме одинакова в переднем и заднем отделе
- в) форма тела V поясничного позвонка клиновидна с вершиной клина назад
- г) форма тела V поясничного позвонка клиновидна с вершиной клина вперед

012. Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является:

- а) уплотнение костной структуры
- б) деформация кости
- в) перерыв коркового слоя
- г) линия просветления

013. Перилунарный вывих кисти характеризуется смещением:

- а) полулунной кости
- б) всех костей запястья
- в) всех костей запястья за исключением полулунной кости
- г) всех костей запястья за исключением ладьевидной кости

014. Наиболее частым видом травмы костей запястья является:

- а) перелом полулунной кости
- б) перилунарный вывих кисти
- в) перелом ладьевидной кости
- г) перелом трехгранной кости

015. Оптимальной для выявления перелома ладьевидной кости запястья является:

- а) прямая проекция
- б) ладонная косая проекция
- в) тыльная косая проекция
- г) боковая проекция

016. Вколочение отломков характерно для перелома шейки бедра:

- а) субкапитального аддукционного
- б) субкапитального абдукционного
- в) базального
- г) чрезвертельного

017. Изолированные вывихи обычно возникают:

- а) в шейном отделе позвоночника
- б) в грудном отделе позвоночника
- в) в поясничном отделе позвоночника
- г) в пояснично-крестцовом переходе

018. Основным рентгенологическим симптомом оскольчатого разрывного перелома атланта (перелома Джефферсона) является:

- а) выстояние боковой массы атланта за край боковой суставной поверхности аксиса с одной стороны на прямой рентгенограмме через открытый рот
- б) то же с обеих сторон
- в) отрыв костного фрагмента боковой массы атланта
- г) неодинаковое расстояние от боковых масс атланта до зубовидного отростка аксиса

019. Для оскольчатого разрывного перелома поясничных позвонков не характерно:

- а) клиновидная деформация тела
- б) разрыв обеих замыкающих пластинок
- в) снижение высоты прилежащего межпозвоночного диска
- г) увеличение горизонтального размера тела поврежденного позвонка

020. Перелом поперечного отростка позвонка чаще наблюдается:

- а) в шейном отделе
- б) в грудном отделе
- в) в поясничном отделе
- г) в шейном и грудном отделе

021. Наиболее ранним рентгенологическим проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является:

- а) нежная облаковидная параоссальная тень

- б) сглаженность краев отломков
- в) уплотнение краев отломков
- г) ухудшение видимости линии перелома

022. Наиболее убедительно свидетельствует о несрастающемся переломе:

- а) отсутствие параоссальной мозоли
- б) длительно прослеживаемая линия перелома
- в) склеротическое отграничение краев отломков
- г) выраженный регионарный остеопороз

023. Для ложного сустава не характерны:

- а) сглаженность и закругление концов отломков
- б) склероз по краям отломков
- в) длительно прослеживаемая щель между отломками
- г) зазубренность концов отломков

024. Наиболее частой локализацией поражений костей от перегрузки в здоровом скелете является:

- а) шейка бедренной кости
- б) большеберцовая кость
- в) плюсневые кости
- г) малоберцовая кость

025. Озлокачествлению может подвергаться:

- а) хондроматоз костей
- б) мраморная болезнь
- в) несовершенный остеогенез
- г) спондило-эпифизарная дисплазия

026. Рентгенологическую картину, сходную с остеобластическими метастазами рака, имеет:

- а) остеопойкилия
- б) фиброзная дисплазия
- в) диафизарные гиперостозы
- г) эпифизарная дисплазия

027. Патологические переломы могут возникать при:

- а) диафизарных гиперостозах
- б) мраморной болезни
- в) мелореостозе
- г) спондило-эпифизарной дисплазии

028. Патологическим костеобразованием, напоминающим картину саркомы, осложняется:

- а) фиброзная дисплазия
- б) хондроматоз костей
- в) несовершенный остеогенез
- г) мраморная болезнь

029. Элементы прилежащих мягких тканей могут подвергаться оссификации при:

- а) фиброзной дисплазии
- б) мелореостозе
- в) хондроматозе костей
- г) диафизарных гиперостозах

030. Дистрофические изменения в суставах присоединяются на ранних стадиях к:

- а) эпифизарной дисплазии
- б) мраморной болезни
- в) фиброзной дисплазии
- г) мелореостозу

031. Симметричным поражением костей характеризуется:

- а) хондроматоз скелета
- б) множественные диафизарные гиперостозы
- в) фиброзная дисплазия
- г) мелореостоз

032. Симптомом "вздутия" кости сопровождается:

- а) спондило-эпифизарная дисплазия
- б) арахнодактилия
- в) фиброзная дисплазия
- г) несовершенный остеогенез

033. Гиперостоз характерен для:

- а) хондроматоза костей
- б) остеопойкилии
- в) черепно-ключичной дисплазии
- г) мелореостоза

034. Корковый слой в участках поражения может прерываться при:

- а) мелореостозе
- б) хондроматозе костей
- в) мраморной болезни
- г) диафизарных гиперостозах

035. Наименее характерной локализацией для фиброзной дисплазии являются:

- а) трубчатые кости кистей и стоп
- б) остальные длинные кости
- в) череп
- г) ребра

036. Поражение трубчатых костей кистей и стоп наиболее характерно для:

- а) хондроматоза костей
- б) метафизарной дисплазии
- в) эпифизарной дисплазии
- г) экзостозной дисплазии

037. Пятнисто-хлопьевидный рисунок костной структуры при деформирующей остеодистрофии Педжета характерен:

- а) для костей таза
- б) для длинных костей
- в) для костей свода черепа
- г) для позвонков

038. В начальной стадии развития деформирующей остеодистрофии Педжета выявляются:

- а) диффузное гомогенное разрежение структуры кости
- б) пятнисто-хлопьевидный рисунок
- в) грубо-трабекулярный рисунок

г) мелкоочаговое разрежение структуры кости

039. При деформирующей остеодистрофии Педжета не наблюдается:

- а) частичное поражение одной кости
- б) поражение одной кости на всем протяжении
- в) поражение многих костей
- г) системное поражение скелета

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

- а) диафиза
- б) эпифиза
- в) метафиза
- г) апофиза и эпифиза

041. Наиболее ранним рентгенологическим признаком гематогенного остеомиелита является:

- а) мелкоочаговая деструкция коркового слоя
- б) остеосклероз
- в) периостальная реакция
- г) изменения в прилежащих мягких тканях

042. Наиболее частым осложнением гематогенного остеомиелита является:

- а) эпифизолиз
- б) гнойный артрит
- в) озлокачествление
- г) свищ

043. Туберкулезный остит чаще всего возникает:

- а) в эпифизе
- б) в метафизе
- в) в диафизе
- г) в апофизе

044. Для туберкулезного остита характерны:

- а) деструкция костной ткани
- б) периостальная реакция
- в) регионарный остеопороз
- г) атрофия кости

045. Для туберкулеза наиболее характерны секвестры:

- а) губчатые
- б) кортикальные
- в) тотальные
- г) кортикальные и тотальные

046. Для сифилиса костей не характерен:

- а) остеосклероз
- б) гиперостоз
- в) деструктивные очаги
- г) регионарный остеопороз

047. Костно-хрящевые экзостозы в длинных костях исходят из:

- а) диафиза
- б) метафиза

- в) эпифиза
- г) апофиза

048. Для доброкачественных опухолей и опухолевидных образований внутрикостной локализации наиболее типичны:

- а) нечеткие очертания
- б) четкие очертания
- в) склеротический ободок
- г) широкий склеротический вал

049. Для доброкачественных опухолей костей не характерно:

- а) утолщение мягких тканей
- б) нормальная толщина мягких тканей
- в) нормальная структура мягких тканей
- г) истончение мягких тканей

050. Участки хондродисплазии чаще всего располагаются:

- а) в коротких трубчатых костях кистей и стоп
- б) в прочих трубчатых костях
- в) в губчатых костях
- г) в своде черепа

001 - б	008 - в	015 - г	022 - г	029 - г	036 - г	043 - б	050 - а
002 - а	009 - а	016 - б	023 - а	030 - г	037 - а	044 - г	
003 - г	010 - б	017 - в	024 - г	031 - г	038 - в	045 - г	
004 - в	011 - в	018 - б	025 - в	032 - б	039 - в	046 - а	
005 - г	012 - г	019 - в	026 - а	033 - г	040 - г	047 - в	
006 - г	013 - в	020 - а	027 - г	034 - б	041 - а	048 - г	
007 - г	014 - в	021 - а	028 - г	035 - г	042 - а	049 - б	

Рентгенодиагностика заболеваний мочевыделительной системы

001. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза имеют:

- а) уровень расположения лоханки
- б) длина мочеточника
- в) уровень отхождения почечной артерии
- г) длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии

002. Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает:

- а) экскреторная урография
- б) ретроградная пиелография
- в) томография
- г) ангиография

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

- а) дефект контрастирования паренхимы
- б) "белая" почка
- в) отсутствие контрастирования почки
- г) интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы

004. При рентгенонегативных камнях верхних мочевых путей наиболее информативно применение:

- а) экскреторной урографии
- б) обзорной рентгенографии

- в) томографии
- г) ультразвукового исследования

005. Наиболее достоверные данные об аплазии почки дает:

- а) обзорная рентгенография
- б) экскреторная урография
- в) ангиография
- г) ультразвуковое исследование

006. Для обнаружения гипоплазии почки наиболее достоверной методикой является:

- а) ультразвуковое исследование
- б) экскреторная урография
- в) ретроградная пиелография
- г) ангиография

007. Для выявления состояния лоханки и чашечек при "выключенной почке" следует использовать:

- а) инфузионную урографию
- б) ретроградную пиелографию
- в) обзорную рентгенографию
- г) компьютерную томографию

008. При нефроптозе ведущим видом исследования является:

- а) ультразвуковое исследование в вертикальном положении
- б) экскреторная урография
- в) ретроградная пиелография
- г) обзорная рентгенография

009. Почки у здорового человека находятся на уровне:

- а) 8-10-го грудного позвонка
- б) 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков
- в) 1-5-го поясничного позвонков
- г) 4-5-го поясничного позвонков

010. Мочеточник и лоханка смещены, чашечки нередко сдавлены, раздвинуты, на ангиограммах отмечается бессосудистая зона. Дефект паренхимы и эконегативная зона с четкими контурами при ультразвуковом исследовании. Это наиболее характерно:

- а) для опухоли почки
- б) для хронического пиелонефрита
- в) для солитарной кисты почки
- г) для гидронефроза

011. Расширение почечной лоханки и чашечек, атрофия паренхимы почки, увеличение в размерах с волнообразными выбуханиями латерального контура, резкое снижение или отсутствие функции. Это наиболее характерно:

- а) для солитарной кисты
- б) для опухоли почки
- в) для гидронефроза
- г) для хронического пиелонефрита

012. 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. Это наиболее характерно:

- а) для солитарной кисты
- б) для гидронефроза
- в) для опухоли почки
- г) для туберкулеза почки

013. Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки. Это наиболее характерно:

- а) для туберкулеза почек
- б) для сморщенной почки
- в) для гипоплазии почки
- г) для опухоли почки

014. 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. Это наиболее характерно:

- а) для гидронефроза
- б) для туберкулеза почки
- в) для опухоли почки
- г) для поликистоза

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

- а) для гидронефроза
- б) для туберкулеза почки
- в) для поликистоза
- г) для рака почки

016. Необходимо дополнительно использовать для выявления нефроптоза:

- а) исследование в положении Тренделенбурга
- б) компрессию мочеточника
- в) снимок на высоте пробы Вальсальвы
- г) пиелоскопию

017. При гидронефрозе наиболее рациональны:

- а) экскреторная урография
- б) ангиография
- в) ретроградная пиелография
- г) ультразвуковое исследование

018. Заключение об "отсутствии функции" почки возможно в случае:

- а) отсутствия контрастирования чашечек и лоханки
- б) отсутствия нефрографической фазы
- в) при ретроградной пиелографии чашечно-лоханочная система не изменена
- г) сосудистое русло почки не изменено

019. На интенсивность изображения мочевых путей при экскреторной урографии влияют следующие внутрпочечные факторы:

- а) состояние выделительной функции
- б) динамика мочевых путей
- в) тонус сосудистого русла
- г) тип строения чашечно-лоханочной системы

020. На интенсивность изображения мочевых путей влияют экстраренальные факторы:
- а) количество контрастного вещества
 - б) концентрация контрастного вещества
 - в) возраст пациента
 - г) сопутствующие заболевания
021. На качество изображения мочевых путей при экскреторной урографии отражаются:
- а) пожилой возраст
 - б) детский возраст
 - в) беременность
 - г) малоподвижный образ жизни
022. Появлению гипотонии мочевых путей способствуют:
- а) тяжелые физические нагрузки
 - б) малоподвижный образ жизни
 - в) беременность
 - г) возраст
023. Высокому тону мочевых путей способствуют:
- а) пожилой возраст
 - б) гипертоническая болезнь
 - в) острый воспалительный процесс в почках и мочевых путях
 - г) препятствие оттоку из верхних мочевых путей
024. К наиболее частым заболеваниям почек относятся:
- а) гломерулонефрит
 - б) пиелонефрит
 - в) нефроптоз
 - г) опухоли
025. Самым характерным симптомом для сморщенной почки является:
- а) деформация чашечно-лоханочной системы
 - б) деформация формы почки
 - в) уменьшение размеров почки
 - г) размеры почки не изменены
026. В дифференциальной рентгенодиагностике гипоплазии и сморщенной почки наиболее важным симптомом является:
- а) размеры почки
 - б) состояние сосудистого русла почки
 - в) наличие нефрографической фазы
 - г) отсутствие нефрографической фазы
027. Для кисты в нефрографической фазе характерны:
- а) неравномерное контрастирование паренхимы
 - б) слабое контрастирование паренхимы
 - в) дефект паренхимы
 - г) отсутствие нефрографической фазы
028. Наличие имплантационных метастазов характерно:
- а) для рака
 - б) для папилломы
 - в) для смешанной опухоли

г) для саркомы

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

- а) лоханка
- б) паренхима почки
- в) чашечки
- г) мочеточник

030. Из вышеперечисленных заболеваний наиболее часто поражают почки:

- а) киста
- б) рак
- в) папиллома
- г) саркома

031. Мочевые пути наиболее часто поражают опухолевые образования:

- а) рак
- б) папиллома
- в) ворсинчатые опухоли
- г) киста

032. При поликистозе отмечается:

- а) увеличение размеров почки
- б) уменьшение размеров почки
- в) деформация почки
- г) увеличение и деформация почки

033. Сосудистое русло почки при поликистозе характеризуется:

- а) обеднением кровотока
- б) увеличением кровотока
- в) деформацией сосудов
- г) обеднением кровотока и деформацией сосудов

034. Почечная артерия при поликистозе:

- а) увеличена в диаметре
- б) уменьшена в диаметре
- в) не изменена
- г) деформирована

035. Нефрографическая фаза при поликистозе:

- а) не изменена
- б) не выражена
- в) неравномерно контрастируется паренхима
- г) множественные дефекты контрастирования паренхимы

036. При пиелонефрите поражается все перечисленное, кроме:

- а) интерстициальной ткани
- б) канальцев
- в) клубочкового аппарата
- г) слизистой мочевых путей

037. Наиболее частой исходной локализацией туберкулезного процесса является:

- а) мозговое вещество
- б) мозговое вещество и сосочковая зона
- в) чашечки и лоханка
- г) сосочковая зона

038. Заражение туберкулезным процессом почек и мочевых путей происходит чаще всего:

- а) лимфогенным путем
- б) гематогенным путем
- в) восходящая инфекция
- г) нисходящая инфекция

039. Анатомическим субстратом "ободка просветления" при уретероцеле является:

- а) слоистый камень
- б) стенка мочевого пузыря
- в) отек паравезикальной или парауретеральной клетчатки
- г) стенка мочеточника

040. Отсутствие контрастирования верхних мочевых путей при почечной колике связано:

- а) с отсутствием экскреторной функции
- б) с временным угнетением экскреторной функции
- в) с нарушением внутривнепочечного кровотока
- г) с венозным "полнокровием"

041. О наличии почечной колики свидетельствуют все симптомы, кроме:

- а) отсутствия нефрографической фазы
- б) отсутствия контрастирования мочевых путей
- в) позднего появления контрастного вещества в мочевых путях
- г) дилатации мочевых путей

042. Косвенными признаками почечной колики при рентгеноскопии являются все симптомы, кроме:

- а) отсутствия видимости почки
- б) ограничения (отсутствия) подвижности купола диафрагмы на соответствующей стороне
- в) отсутствия подвижности почки при дыхании
- г) патологической подвижности

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

- а) высокого стояния купола диафрагмы
- б) скопления газа в кишечнике на соответствующей стороне
- в) деформации почки
- г) отсутствия видимости наружных контуров почки

044. При "сморщенной" почке изменения сосудистого русла почки имеют следующие особенности:

- а) кровоснабжение уменьшено
- б) кровоснабжение увеличено
- в) деформация внутривнепочечных сосудов и уменьшение кровоснабжения
- г) деформация внутривнепочечных сосудов

045. Ствол почечной артерии при "сморщенной" почке:

- а) не изменен
- б) уменьшен
- в) увеличен
- г) деформирован

046. Наиболее ранним симптомом при туберкулезе почек является:

- а) папиллит
- б) инфильтрат
- в) каверна

г) обызвествление в очаге поражения

047. К наиболее характерным симптомам "злокачественности" при опухоли почки относятся:

- а) оттеснение чашечек
- б) сдавливание чашечек и лоханки
- в) ампутация чашечки или группы чашечек
- г) инфильтрация чашечки, лоханки

048. Ведущим в дифференциальной диагностике лоханочной опухоли и рентгенонегативного конкремента является:

- а) дефект контрастирования
- б) свободное расположение тени в полости лоханки
- в) форма дефекта контрастирования
- г) поверхность дополнительной тени в полости лоханки

049. Следствием повышения внутримоханочного давления является:

- а) отсутствие контрастирования верхних мочевых путей
- б) отсутствие нефрографической фазы
- в) запаздывание контрастирования чашечек и лоханки
- г) дилатация лоханки

050. К симптомам, которые расцениваются как латентно протекающий пиелонефрит, относятся:

- а) дискинезия верхних мочевых путей
- б) псоас-симптом
- в) дилатация лоханки
- г) увеличение тени почки

001 - г	009 - б	017 - г	025 - в	033 - г	041 - а	049 - г
002 - б	010 - в	018 - б	026 - б	034 - б	042 - г	050 - а
003 - а	011 - в	019 - а	027 - в	035 - г	043 - в	
004 - г	012 - в	020 - а	028 - б	036 - в	044 - в	
005 - в	013 - б	021 - а	029 - б	037 - г	045 - б	
006 - г	014 - г	022 - г	030 - а	038 - б	046 - а	
007 - б	015 - б	023 - б	031 - а	039 - г	047 - г	
008 - б	016 - в	024 - б	032 - г	040 - б	048 - б	

Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта

001. Оптимальной проекцией при рентгенологическом исследовании дистального отдела пищевода в вертикальном положении является:

- а) прямая
- б) боковая
- в) вторая косая
- г) первая косая

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

- а) рентгеноскопии
- б) рентгенографии
- в) функциональных проб
- г) серийной флюорографии, видеозаписи

003. Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является:

- а) введение через тонкий зонд
- б) проглатывание большим воздухом
- в) насаживание воздуха вместе с бариевой взвесью через трубочку
- г) прием большим раствором соды и лимонной кислоты

004. При рентгенодиагностике органических заболеваний глотки наиболее информативной методикой является:

- а) рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции
- б) контрастное исследование глотки с бариевой взвесью
- в) релаксационная контрастная фарингография
- г) томография

005. Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является:

- а) бесконтрастная рентгенография (по Земцову)
- б) рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью
- в) контрастная фарингография с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.)
- г) релаксационная фарингография

006. Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике:

- а) опухолей глотки и пищевода
- б) инородных тел пищевода
- в) опухолей щитовидной железы
- г) нарушений акта глотания

007. Методика Ивановой-Подобед заключается:

- а) в исследовании с бариевой пастой
- б) в двойном контрастировании пищевода
- в) в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды
- г) в даче ваты, смоченной бариевой взвесью

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

- а) при раке ретрокардиального отдела (сегмента)
- б) при варикозном расширении вен
- в) при дивертикулах
- г) при ахалазии кардии

009. Наилучшие условия для оценки состояния кардиоэзофагеального перехода возникают при исследовании в горизонтальном положении. Оптимальной проекцией является:

- а) левая сосковая (на спине)
- б) правая сосковая (на спине)
- в) левая лопаточная (на животе)
- г) правая лопаточная (на животе)

010. Структуру стенки желудка или кишки можно выявить с помощью

- а) двойного контрастирования
- б) УЗИ
- в) КТ

г) МРТ

011. Толщину стенки органов желудочно-кишечного тракта изучают по данным:

- а) двойного контрастирования
- б) рентгеновской париетографии
- в) УЗИ
- г) КТ

012. Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищеводно-желудочного перехода наилучший эффект дают фармакологические препараты из группы:

- а) холинолитиков - атропин, метацин
- б) нитритов - амилнитрит, нитроглицерин
- в) ангиоблокаторов - бускопан и др.
- г) холиномиметиков - морфин и др.

013. Для релаксации желудочно-кишечного тракта применяют:

- а) морфин
- б) пилокарпин
- в) прозерпин, ациклидин
- г) атропин, метацин, аэрон

014. Рентгенологической методикой, уточняющей изменения двенадцатиперстной кишки при заболеваниях соседних органов, является:

- а) исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
- б) релаксационная дуоденография
- в) внутривенная холеграфия
- г) пневмоперитонеум

015. Преимуществом рентгенологического исследования тонкой кишки с пищевым завтраком является:

- а) быстрота исследования
- б) небольшая доза облучения больного
- в) физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений, быстрота исследования
- г) возможность диагностики полипов

016. Преимущества энтероклизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она:

- а) не дает осложнений, не имеет противопоказаний
- б) позволяет изучить функциональные нарушения
- в) позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке
- г) позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования

017. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является:

- а) пероральное заполнение
- б) ирригоскопия
- в) водная клизма и супервольтная рентгенография
- г) методика Шеррижье

018. Первичное двойное контрастирование ободочной кишки применяется для диагностики:

- а) любых заболеваний
- б) только воспалительных заболеваний
- в) только небольших опухолей
- г) только стенозирующих опухолей

019. Для детального исследования илеоцекальной области и терминального отдела тонкой кишки наиболее целесообразно использовать:

- а) ирригоскопию
- б) методику контрастной энтероклизмы
- в) пероральное заполнение
- г) методику Шерижье

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

- а) для изучения патологии толстой кишки
- б) для исследования илеоцекальной области
- в) для контроля сроков пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения ободочной кишки
- г) для изучения патологии тонкой кишки

021. При длительном выделении желчи из дренажа холедоха после операции на желчных путях показана:

- а) лапароскопия
- б) фистулография
- в) пероральная холецистография
- г) внутривенная холеграфия

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

- а) эндоскопическая РХПГ
- б) ультразвуковое исследование
- в) внутривенная холецистохолангиография
- г) инфузионная холеграфия

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

- а) организовавшейся гематомы
- б) злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта
- в) паразитарной кисты
- г) тератодермоидной опухоли

024. 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

025. Абдоминальный отдел пищевода по отношению к брюшине располагается:

- а) интраперитонеально
- б) экстраперитонеально

- в) мезоперитонеально
- г) по-разному, в зависимости от ее отдела

026. Червеобразный отросток по отношению к брюшине чаще располагается:

- а) интраперитонеально
- б) экстраперитонеально
- в) мезоперитонеально
- г) по-разному, в зависимости от ее отдела

027. Прямая кишка по отношению к брюшине располагается:

- а) интраперитонеально
- б) экстраперитонеально
- в) мезоперитонеально
- г) по-разному, в зависимости от ее локализации

028. Верхний полюс глотки находится на уровне:

- а) основания черепа
- б) хоан
- в) корня языка
- г) подъязычной кости

029. Средняя ширина просвета тубулярного пищевода при тугом заполнении его не превышает:

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3 см
- г) 4 см

030. Не изменяет нормальный ход контрастированного пищевода:

- а) аорта
- б) левый главный бронх
- в) левое предсердие
- г) непарная вена

031. Основным видом моторики пищевода, способствующим продвижению плотной пищи, является:

- а) первичная перистальтическая волна
- б) вторичная перистальтическая волна
- в) третичные сокращения
- г) тотальный спазм пищевода

032. Поперечный срез на уровне тела позвонка Т12 пройдет через все перечисленные ниже анатомические структуры, кроме:

- а) селезенки
- б) левой почки
- в) ободочной кишки
- г) дуоденоеюнального перехода

033. Если больной испуган или эмоционально расстроен, его желудок:

- а) гипотоничен
- б) гипертоничен
- в) усиленно перистальтирует

г) функция желудка не меняется

034. При умеренном раздувании желудка (и других органов желудочно-кишечного тракта) его стенки в нормальных условиях:

- а) выпрямлены
- б) вогнуты
- в) выпуклы
- г) полигональны

035. Складки слизистой антрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного слоя. Нормальным для них направлением является:

- а) продольное
- б) поперечное
- в) косое
- г) любое из перечисленных, в зависимости от фазы моторики

036. В нормальных условиях продолжительность пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке составляет:

- а) 1 ч
- б) 3 ч
- в) 5 ч
- г) 7 ч

037. Складки слизистой лучше выражены:

- а) в тощей кишке
- б) в подвздошной кишке
- в) в двенадцатиперстной кишке
- г) в тощей и двенадцатиперстной кишке

038. Ворсинки слизистой тонкой КИШКИ предназначены:

- а) для лучшего смешивания пищи и ферментов
- б) для увеличения площади всасывающей поверхности
- в) удлинения кишки
- г) обеспечивают большее расширение просвета

039. Функциями илеоцекального клапана являются:

- а) предотвращение преждевременного попадания содержимого тонкой кишки в слепую до завершения процесса переваривания
- б) предотвращение попадания толстокишечной флоры в тонкую кишку
- в) обе указанные выше
- г) ни одна из перечисленных

040. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки:

- а) двенадцатиперстная кишка
- б) тощая кишка
- в) подвздошная кишка
- г) сигмовидная кишка

041. Мезентериальные сосуды в составе связки Трейца проходят:

- а) левее дуоденоюнального перехода
- б) впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки
- в) позади двенадцатиперстной кишки

г) ниже двенадцатиперстной кишки

042. Показателем нормального общего желчного протока является:

- а) длина около 7,5 см
- б) диаметр менее 10 мм
- в) диаметр 15 мм
- г) длина около 10 мм

043. Левый купол диафрагмы располагается по отношению к правому:

- а) на одном уровне
- б) на одно ребро (межреберье) ниже
- в) на одно ребро (межреберье) выше
- г) ниже на вдохе, выше на выдохе

044. У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается:

- а) выше
- б) ниже
- в) на том же уровне
- г) нет определенной закономерности

045. Экскурсия диафрагмы в нормальных условиях составляет при умеренном и глубоком вдохе соответственно:

- а) 0,5 см и 1 см
- б) 1 см и 2 см
- в) 2-3 см и 4 см
- г) 4 см и 5 см

046. Характерная форма кисты пищевода:

- а) округлая
- б) овальная или висячей капли
- в) неправильная
- г) типа "песочных часов"

047. При "грудном желудке" пищевод всегда:

- а) расширен
- б) укорочен
- в) деформирован
- г) извилист

048. Для общей брыжейки кишечника не характерно:

- а) отсутствие дуоденоюнального изгиба
- б) расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости
- в) расположение петель тощей кишки в левой половине брюшной полости
- г) расположение слепой кишки в центральных отделах брюшной полости

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

- а) при системной красной волчанке
- б) при узелковом периартериите
- в) при склеродермии
- г) как исход воспалительных процессов

050. Болезнь Гиршпрунга (врожденный мегаколон) обусловлена:

- а) недоразвитием мышечного слоя
- б) избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки
- в) отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки
- г) сегментарной атрезией кишки

001 - г	009 - г	017 - б	025 - б	033 - б	041 -	049 - в
002 - г	010 - б	018 - а	026 - а	034 - в	042 - б	050 - в
003 - в	011 - г	019 - г	027 - г	035 - г	043 - б	
004 - в	012 - б	020 - в	028 - а	036 - в	044 - а	
005 - в	013 - г	021 - б	029 - в	037 - г	045 - г	
006 - б	014 - б	022 - б	030 - г	038 - б	046 - б	
007 - в	015 - в	023 - в	031 - а	039 -	047 - б	
008 - б	016 - г	024 - г	032 - г	040 - а	048 - в	

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам дисциплины: тестовые задания.

5.1.1. Тестовые задания к зачёту по дисциплине «Лучевая диагностика» для оценки компетенций ПК-1, ПК-2.

001. Геометрическая нерезкость рентгенограммы зависит от всего перечисленного, кроме:

- а) размеров фокусного пятна
- б) расстояния фокус-пленка
- в) расстояния объект-пленка
- г) движения объекта во время съемки

002. Прямое увеличение изображения достигается:

- а) увеличением расстояния фокус-объект
- б) увеличением расстояния фокус-пленка
- в) увеличением размеров фокусного пятна
- г) увеличением расстояния объект-пленка

003. Область рентгеновского излучения лежит между:

- а) радиоволнами и магнитным полем
- б) инфракрасным и ультрафиолетовым излучениями
- в) ультрафиолетовым излучением и гамма излучением
- г) радиоволнами и инфракрасным излучением

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

- а) Проникающая способность
- б) Преломление в биологических тканях
- в) Скорость распространения излучения
- г) Способность к ионизации атомов

005. Годовая доза от естественного радиационного фона в России составляет:

- а) 100 бэр
- б) 0,1 бэр
- в) 10 бэр
- г) 0,001 бэр

006. Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:

- а) Мышечная ткань
- б) Миокард
- в) Эпителиальная ткань
- г) Кровотворная ткань

007. Единицей эквивалентной дозы в системе СИ является:

- а) грей
- б) рад
- в) бэр
- г) зиверт

008. Единица Зиверт равна:

- а) 100 радам
- б) 10 бэр
- в) 0,1 Грея
- г) 100 миллирентгенам

009. Единицей поглощенной дозы в системе СИ является:

- а) рентген (Р)
- б) рад (рад)
- в) грей (Гр)
- г) зиверт (З)

010. Один Грей равен:

- а) 100 рад
- б) 10000 рад
- в) 1000 рад
- г) 10 рад

011. Какая доза измеряется в рентгенах:

- а) Эквивалентная
- б) Поглощенная
- в) Биологическая
- г) Экспозиционная

012. Чем определяется толщина выделяемого слоя при линейной томографии:

- а) Величиной напряжения генерирования рентгеновского излучателя
- б) Скоростью движения штанги
- в) Заданным углом движения рентгеновского излучателя
- г) Любым из перечисленных условий

013. Какие детекторы используют в компьютерных томографах:

- а) Только полупроводниковые элементы
- б) Полупроводниковые элементы и ксеноновые детекторы
- в) Только ксеноновые детекторы
- г) Усиливающие рентгеновские экраны

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

- а) Рентгенография, основанная на использовании аналого-цифровых и цифро-аналоговых преобразователей
- б) Основанная на использовании запоминающего изображения люминесцентного экрана
- в) Основанная на снятии электрических сигналов с экспонированной селеновой пластины
- г) Все указанные выше способы рентгенографии

015. 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

016. Занятость врача рентгенолога при выполнении прямых функциональных обязанностей составляет:

- а) 40% времени рабочей смены
- б) 50% времени рабочей смены
- в) 80% времени рабочей смены
- г) 100% времени рабочей смены

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

- а) щитовидная железа
- б) молочная железа
- в) костный мозг, гонады
- г) кожа

018. Разрешение на право эксплуатации рентгеновского кабинета дает:

- а) администрация
- б) технический паспорт
- в) санитарный паспорт
- г) заведующий рентгеновским отделением (кабинетом)

019. Можно ли размещать рентгеновские кабинеты в жилых домах:

- а) да
- б) нет
- в) можно в полуподвальном помещении
- г) можно при хорошо оборудованной защите

020. Заведующий рентгеновским отделением кабинетом:

- а) осуществляет полную рабочую нагрузку врача-рентгенолога (должность не является освобожденной)
- б) не осуществляет рабочую нагрузку врача-рентгенолога
- в) осуществляет 50% рабочей нагрузки врача-рентгенолога
- г) объем работы определяется администрацией

001. Единица измерения мощности дозы рентгеновского излучения:

- а) Рентген
- б) Рад
- в) Рентген/мин

г) Грей

002. Не являются электромагнитными:

- а) Инфракрасные лучи
- б) Звуковые волны
- в) Радиоволны
- г) Рентгеновские лучи

003. Чем меньше используемый фокус трубки, тем:

- а) Меньше разрешение на снимке
- б) Больше геометрические искажения
- в) Меньше полутень
- г) Меньше четкость деталей

004. Использование отсеивающего раstra приводит:

- а) К уменьшению воздействия вторичного излучения и улучшению контрастности и разрешения
- б) К уменьшению влияния вторичного излучения при снижении контраста снимка
- в) К получению снимка большей плотности и контраста
- г) К снижению вторичного излучения при том же контрасте снимка

005. Малым фокусом рентгеновской трубки считается фокус размером приблизительно:

- а) 0.2 x 0.2 мм
- б) 1 X 1 мм
- в) 2x2 мм
- г) 4x4 мм

006. Отсеивающей решеткой называется:

- а) Кассетодержатель вместе с неподвижным растром
- б) Мелкоструктурный растр
- в) Растр с приводом и кассетодержателем
- г) Наложённые друг на друга перекрещивающиеся растры

007. Рентгеновский экспонометр с ионизационной камерой работает наиболее точно:

- а) При очень коротких экспозициях
- б) При "жесткой" технике съемки
- в) При безэкранной съемке
- г) При достаточно длинных экспозициях

008. При управлении рентгеновским реле экспозиции необходимо учитывать все, кроме:

- а) Расстояния фокус-пленка
- б) Жесткости излучения
- в) Типа рентгеновской пленки
- г) Размера кассеты

009. На качество снимка влияют следующие параметры рентгеновской кассеты:

- а) Материал корпуса
- б) Конструкция замка
- в) Упругий материал прижима экранов
- г) Масса кассеты

010. Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является:

- а) укорочение времени экспозиции
- б) ограничение рентгеновского луча

- в) уменьшение времени проявления
- г) отфильтрование мягкого излучения

011. Применение усиливающих экранов позволяет уменьшить экспозицию:

- а) в 1,5 раза
- б) в 3 раза
- в) в 10 раз
- г) в 100 раз

012. Наибольшую лучевую нагрузку дает:

- а) Рентгенография классическая
- б) Рентгенография цифровая
- в) Рентгеноскопия с люминесцентным экраном
- г) Рентгеноскопия с УРИ

013. Признаком высоковольтного пробоя в трубке является:

- а) Отсутствие показаний миллиамперметра во время экспозиции
- б) Треск и разряды в пульте управления
- в) Бросок стрелки миллиамперметра во время съемки
- г) Все перечисленное верно

014. Раствор фиксажа подлежит регенерации:

- а) Один раз в неделю
- б) Через 48 ч непрерывного фиксирования
- в) При увеличении вдвое продолжительности фиксирования
- г) В конце рабочего дня

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

- а) контрастности
- б) разрешения
- в) размера изображения
- г) плотности почернения

Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания:

001. Кровенаполнение в легких при пробе Мюллера:

- а) не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается
- г) увеличивается в базальных отделах

002. Легочной рисунок при пробе Мюллера:

- а) усиливается
- б) обедняется
- в) не изменяется
- г) обогащается

003. Ангиопульмонография имеет решающее значение в диагностике патологии:

- а) паренхимы легкого
- б) сосудов малого круга кровообращения
- в) паренхимы легкого и сосудов малого круга кровообращения
- г) сосудов малого круга кровообращения и бронхиальных артерий

004. Рентгеновская компьютерная томография предпочтительнее при изучении:
- а) грудной стенки
 - б) диафрагмы
 - в) лимфатических узлов корней легких
 - г) пищевода
005. Рентгеновская компьютерная томография заменяет диагностический ретропневмоперитонеум при заболеваниях:
- а) легких
 - б) легких и диафрагмальной плевры
 - в) диафрагмы
 - г) диафрагмы и диафрагмальной плевры
006. УЗИ лучше применить в диагностике заболеваний:
- а) легких
 - б) опухолей среднего отдела средостения
 - в) пищевода
 - г) плевральных листков
007. При заболеваниях грудного отдела аорты лучше применить:
- а) рентгеноскопию
 - б) линейную томографию
 - в) РКТ
 - г) МРТ
008. Анатомический субстрат легочного рисунка в норме - это:
- а) бронхи
 - б) бронхи и легочные артерии
 - в) легочные артерии и вены
 - г) бронхи, легочные артерии и вены
009. Бронхиальные артерии, питающие легочную ткань, берут начало из:
- а) межреберных артерий и грудной части аорты
 - б) брюшной части аорты
 - в) легочных артерий
 - г) легочных вен
010. Плащевой слой легкого чаще всего состоит из рядов долек:
- а) одного
 - б) двух-трех
 - в) шести
 - г) восьми
011. Сегментарные легочные вены разветвляются:
- а) вместе с артериями
 - б) вместе с бронхами
 - в) по границам сегментов
 - г) в плащевом слое
012. Плащевой слой доли составляют:
- а) разветвления мелких бронхов
 - б) разветвления мелких сосудов
 - в) костальная плевра
 - г) легочные дольки

013. Правое легкое по Лондонской схеме состоит из сегментов:

- а) восьми
- б) девяти
- в) десяти
- г) двенадцати

014. Левое легкое по Лондонской схеме состоит их сегментов:

- а) шести
- б) восьми
- в) девяти
- г) десяти

015. 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

016. Анатомический субстрат тени корня легкого в норме - это стволы:

- а) артерий
- б) артерий и вен
- в) артерий, вен и бронхов
- г) артерий и бронхов

017. В правом легком может быть добавочных долей:

- а) одна
- б) две
- в) три
- г) четыре

018. В левом легком может быть добавочных долей:

- а) две
- б) три
- в) четыре
- г) пять

019. При пневмотораксе поджатое легкое смещается:

- а) вверх
- б) вниз
- в) вниз и медиально
- г) наружу

020. Анатомически число зон в одном легком:

- а) четыре
- б) пять
- в) шесть
- г) семь

021. Наименьшая автономная единица легкого:

- а) ацинус
- б) субдолька
- в) долька
- г) сегмент

022. Легочная связка видна на рентгенограмме в проекциях:

- а) прямой
- б) прямой и боковой
- в) прямой, боковой и косой
- г) косой и боковой

023. Задняя зона легкого - это сегменты:

- а) шестой
- б) девятый и шестой
- в) десятый
- г) девятый и десятый

024. Отличить заднюю рентгенограмму грудной клетки от передней с уверенностью позволяет:

- а) изображение ключиц
- б) четкость контуров задних отрезков ребер
- в) изображение ключиц и четкость контуров задних отрезков ребер
- г) соотношение ширины передних и задних отрезков ребер

025. Локализацию патологического образования в легком следует определять:

- а) по межреберьям
- б) легочным зонам
- в) сегментам
- г) долям

026. На обзорных рентгенограммах в большинстве интенсивность тени зависит от:

- а) характера анатомического субстрата
- б) локализации
- в) размеров
- г) размеров и локализации

027. Угол бифуркации трахеи лучше выявляется на линейных томограммах:

- а) при продольном виде размазывания в прямой проекции
- б) при продольном виде размазывания в боковой проекции
- в) при продольном виде размазывания в косой проекции
- г) при поперечном виде размазывания в прямой проекции

028. Оптимальной проекцией для выявления нижнедолевого бронха является линейная томография в проекциях:

- а) прямой
- б) косой
- в) прямой и косой
- г) боковой и косой

029. Для полной информации о состоянии стенок правого промежуточного бронха следует провести линейную томографию в проекциях:

- а) прямой
- б) боковой
- в) косой
- г) прямой и боковой

030. Для выявления бронхов средней доли следует проводить томографию в проекциях:

- а) прямой
- б) боковой
- в) прямой и боковой
- г) боковой и косой

031. О четкости рентгенограммы грудной клетки судят по контурам:

- а) средостения
- б) диафрагмы
- в) магистральных сосудов
- г) ребер

032. На обзорной рентгенограмме в боковой проекции угол лопатки определяется на уровне грудного позвонка:

- а) пятого
- б) седьмого
- в) девятого
- г) десятого

033. На боковой рентгенограмме грудной клетки верхняя часть левого корня легкого локализуется:

- а) выше правой и кпереди
- б) на одном уровне
- в) ниже правой и кзади
- г) выше правой и кзади

034. Бесструктурный корень легкого бывает при:

- а) хроническом бронхите
- б) центральном раке легкого
- в) бронхо-энтерогенной кисте средостения
- г) опухоли трахеи

035. 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

036. Наиболее важная диагностическая характеристика "шаровидных" образований легких:

- а) структура и форма
- б) форма и размеры
- в) структура и размеры
- г) очертания и структура

037. Наиболее убедительный признак ателектаза доли легкого:

- а) вогнутость междолевой плевры
- б) высокое расположение купола диафрагмы
- в) интенсивное и гомогенное затемнение доли
- г) смещение междолевой плевры и гомогенное затемнение доли

038. На расположение пристеночного образования внутри легкого указывает:

- а) округлая форма
- б) изменение формы в разных проекциях
- в) смещаемость с легким при дыхании
- г) прямые углы образования с грудной стенкой в разных проекциях

039. При дифференциальной диагностике солитарной полости в легком наибольшее значение имеет:

- а) локализация
- б) размеры
- в) характер стенок
- г) наличие содержимого

040. Солитарная полость в легком - это:

- а) распад в воспалительном инфильтрате
- б) ограниченный участок пневмоторакса
- в) ограниченная буллезная эмфизема
- г) туберкулезная каверна

041. Множественные полости в легких чаще бывают при:

- а) стафилококковой пневмонии
- б) метастазах опухоли почки
- в) многофокусной очаговой пневмонии
- г) множественном лейомиоматозе

042. Толщина стенок множественных полостей в легких равномерная при:

- а) гематогенной стафилококковой пневмонии
- б) эхинококкозе
- в) абсцессах
- г) злокачественных метастазах

043. Негомогенность тени туберкулезного инфильтрата может быть обусловлена:

- а) только распадом
- б) распадом и участками обызвествлений
- в) распадом и просветами мелких бронхов
- г) участками обызвествлений

044. Контуры тени в легком нечеткие у:

- а) периферической аденомы
- б) гамартомы
- в) кистозного образования
- г) очаговой пневмонии

045. При ограниченном осумкованном плеврите окружающая легочная ткань чаще всего:

- а) не изменена
- б) легочный рисунок усилен
- в) легочный рисунок деформирован
- г) усилен и деформирован

046. При дыхании тень ограниченного осумкованного междолевого выпота:

- а) не смещается с легким и меняет форму
- б) смещается с легким и меняет форму
- в) не смещается с легким и не меняет форму
- г) смещается с легким и не меняет форму

047. При крупозной пневмонии чаще всего соответствующий корень легкого:

- а) не расширен
- б) расширен и имеет бугристые контуры
- в) расширен и малоструктурен
- г) расширен и смещен

048. Наибольшую информацию при одностороннем тотальном затемнении легочного поля дает:

- а) рентгеноскопия
- б) рентгенография в стандартных проекциях
- в) латерография на соответствующем боку
- г) линейная томография

049. Долевое затемнение легкого со значительным увеличением ее в объеме дает:

- а) крупозная пневмония
- б) клебсиеллезная пневмония
- в) саркома легкого
- г) туберкулезный инфильтрат

050. Сегментарное затемнение с уменьшением его объема чаще всего бывает при:

- а) внутрибронхиальной опухоли бронха
- б) увеличении корневых лимфатических узлов
- в) крупозной пневмонии
- г) инфильтративном туберкулезе

Рентгенодиагностика заболеваний и поврежденных опорно-двигательного аппарата

001. Плотность кости на рентгенограммах определяет:

- а) костный минерал
- б) вода
- в) органические вещества костной ткани
- г) костный мозг

002. Надкостница обладает наибольшей остеобластической активностью:

- а) в эпифизах длинных костей
- б) в метафизах длинных костей
- в) в диафизах длинных костей
- г) в плоских и губчатых костях

003. К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме:

- а) крючковатой
- б) ладьевидной
- в) полулунной
- г) трехгранной

004. Нормальная головка бедренной кости имеет:

- а) правильную круглую форму
- б) неправильную круглую форму
- в) овальную форму
- г) грибовидную форму

005. Частью вертлужной впадины, покрытой суставным хрящом, является:

- а) только крыша вертлужной впадины
- б) только дно вертлужной впадины
- в) крыша и дно вертлужной впадины
- г) полулунная поверхность вертлужной впадины

006. Характерным для диафиза бедренной кости является:

- а) дугообразная выпуклость вперед
- б) дугообразная выпуклость назад
- в) дугообразная выпуклость внутрь
- г) прямая ось

007. У первого шейного позвонка (атланта) отсутствует:

- а) тело
- б) дуга

- в) боковые массы
- г) поперечные отростки

008. Оптимальной проекцией для определения крючков шейных позвонков является:

- а) прямая задняя
- б) боковая
- в) косая с поворотом на 15°
- г) косая с поворотом на 45°

009. Наиболее массивный остистый отросток имеет:

- а) VII шейный позвонок
- б) V шейный позвонок
- в) III шейный позвонок
- г) II шейный позвонок

010. Сосудистые каналы Гана в телах позвонков могут выявляться:

- а) в шейном отделе
- б) в грудном отделе
- в) в поясничном отделе
- г) на всех уровнях

011. Выберите правильное утверждение:

- а) высота всех тел поясничных позвонков на боковой рентгенограмме одинакова в передних и задних отделах
- б) высота всех поясничных межпозвоночных дисков на боковой рентгенограмме одинакова в переднем и заднем отделе
- в) форма тела V поясничного позвонка клиновидна с вершиной клина назад
- г) форма тела V поясничного позвонка клиновидна с вершиной клина вперед

012. Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является:

- а) уплотнение костной структуры
- б) деформация кости
- в) перерыв коркового слоя
- г) линия просветления

013. Перилунарный вывих кисти характеризуется смещением:

- а) полулунной кости
- б) всех костей запястья
- в) всех костей запястья за исключением полулунной кости
- г) всех костей запястья за исключением ладьевидной кости

014. Наиболее частым видом травмы костей запястья является:

- а) перелом полулунной кости
- б) перилунарный вывих кисти
- в) перелом ладьевидной кости
- г) перелом трехгранной кости

015. Оптимальной для выявления перелома ладьевидной кости запястья является:

- а) прямая проекция
- б) ладонная косая проекция
- в) тыльная косая проекция
- г) боковая проекция

016. Вколочение отломков характерно для перелома шейки бедра:

- а) субкапитального аддукционного
- б) субкапитального абдукционного
- в) базального
- г) чрезвертельного

017. Изолированные вывихи обычно возникают:

- а) в шейном отделе позвоночника
- б) в грудном отделе позвоночника
- в) в поясничном отделе позвоночника
- г) в пояснично-крестцовом переходе

018. Основным рентгенологическим симптомом оскольчатого разрывного перелома атланта (перелома Джефферсона) является:

- а) выстояние боковой массы атланта за край боковой суставной поверхности аксиса с одной стороны на прямой рентгенограмме через открытый рот
- б) то же с обеих сторон
- в) отрыв костного фрагмента боковой массы атланта
- г) неодинаковое расстояние от боковых масс атланта до зубовидного отростка аксиса

019. Для оскольчатого разрывного перелома поясничных позвонков не характерно:

- а) клиновидная деформация тела
- б) разрыв обеих замыкающих пластинок
- в) снижение высоты прилежащего межпозвоночного диска
- г) увеличение горизонтального размера тела поврежденного позвонка

020. Перелом поперечного отростка позвонка чаще наблюдается:

- а) в шейном отделе
- б) в грудном отделе
- в) в поясничном отделе
- г) в шейном и грудном отделе

021. Наиболее ранним рентгенологическим проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является:

- а) нежная облаковидная параоссальная тень
- б) сглаженность краев отломков
- в) уплотнение краев отломков
- г) ухудшение видимости линии перелома

022. Наиболее убедительно свидетельствует о несрастающемся переломе:

- а) отсутствие параоссальной мозоли
- б) длительно прослеживаемая линия перелома
- в) склеротическое отграничение краев отломков
- г) выраженный регионарный остеопороз

023. Для ложного сустава не характерны:

- а) сглаженность и закругление концов отломков
- б) склероз по краям отломков
- в) длительно прослеживаемая щель между отломками
- г) зазубренность концов отломков

024. Наиболее частой локализацией поражений костей от перегрузки в здоровом скелете является:

- а) шейка бедренной кости
- б) большеберцовая кость

- в) плюсневые кости
- г) малоберцовая кость

025. Озлокачествлению может подвергаться:

- а) хондроматоз костей
- б) мраморная болезнь
- в) несовершенный остеогенез
- г) спондило-эпифизарная дисплазия

026. Рентгенологическую картину, сходную с остеобластическими метастазами рака, имеет:

- а) остеопойкилия
- б) фиброзная дисплазия
- в) диафизарные гиперостозы
- г) эпифизарная дисплазия

027. Патологические переломы могут возникать при:

- а) диафизарных гиперостозах
- б) мраморной болезни
- в) мелореостозе
- г) спондило-эпифизарной дисплазии

028. Патологическим костеобразованием, напоминающим картину саркомы, осложняется:

- а) фиброзная дисплазия
- б) хондроматоз костей
- в) несовершенный остеогенез
- г) мраморная болезнь

029. Элементы прилежащих мягких тканей могут подвергаться оссификации при:

- а) фиброзной дисплазии
- б) мелореостозе
- в) хондроматозе костей
- г) диафизарных гиперостозах

030. Дистрофические изменения в суставах присоединяются на ранних стадиях к:

- а) эпифизарной дисплазии
- б) мраморной болезни
- в) фиброзной дисплазии
- г) мелореостозу

031. Симметричным поражением костей характеризуется:

- а) хондроматоз скелета
- б) множественные диафизарные гиперостозы
- в) фиброзная дисплазия
- г) мелореостоз

032. Симптомом "вздутия" кости сопровождается:

- а) спондило-эпифизарная дисплазия
- б) арахнодактилия
- в) фиброзная дисплазия
- г) несовершенный остеогенез

033. Гиперостоз характерен для:

- а) хондроматоза костей

- б) остеопойкилии
- в) черепно-ключичной дисплазии
- г) мелореостоза

034. Корковый слой в участках поражения может прерываться при:

- а) мелореостозе
- б) хондроматозе костей
- в) мраморной болезни
- г) диафизарных гиперостозах

035. Наименее характерной локализацией для фиброзной дисплазии являются:

- а) трубчатые кости кистей и стоп
- б) остальные длинные кости
- в) череп
- г) ребра

036. Поражение трубчатых костей кистей и стоп наиболее характерно для:

- а) хондроматоза костей
- б) метафизарной дисплазии
- в) эпифизарной дисплазии
- г) экзостозной дисплазии

037. Пятнисто-хлопьевидный рисунок костной структуры при деформирующей остеодистрофии Педжета характерен:

- а) для костей таза
- б) для длинных костей
- в) для костей свода черепа
- г) для позвонков

038. В начальной стадии развития деформирующей остеодистрофии Педжета выявляются:

- а) диффузное гомогенное разрежение структуры кости
- б) пятнисто-хлопьевидный рисунок
- в) грубо-трабекулярный рисунок
- г) мелкоочаговое разрежение структуры кости

039. При деформирующей остеодистрофии Педжета не наблюдается:

- а) частичное поражение одной кости
- б) поражение одной кости на всем протяжении
- в) поражение многих костей
- г) системное поражение скелета

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

- а) диафиза
- б) эпифиза
- в) метафиза
- г) апофиза и эпифиза

041. Наиболее ранним рентгенологическим признаком гематогенного остеомиелита является:

- а) мелкоочаговая деструкция коркового слоя
- б) остеосклероз
- в) периостальная реакция
- г) изменения в прилежащих мягких тканях

042. Наиболее частым осложнением гематогенного остеомиелита является:

- а) эпифизолиз
- б) гнойный артрит
- в) озлокачествление
- г) свищ

043. Туберкулезный остит чаще всего возникает:

- а) в эпифизе
- б) в метафизе
- в) в диафизе
- г) в апофизе

044. Для туберкулезного остита характерны:

- а) деструкция костной ткани
- б) периостальная реакция
- в) регионарный остеопороз
- г) атрофия кости

045. Для туберкулеза наиболее характерны секвестры:

- а) губчатые
- б) кортикальные
- в) тотальные
- г) кортикальные и тотальные

046. Для сифилиса костей не характерен:

- а) остеосклероз
- б) гиперостоз
- в) деструктивные очаги
- г) регионарный остеопороз

047. Костно-хрящевые экзостозы в длинных костях исходят из:

- а) диафиза
- б) метафиза
- в) эпифиза
- г) апофиза

048. Для доброкачественных опухолей и опухолевидных образований внутрикостной локализации наиболее типичны:

- а) нечеткие очертания
- б) четкие очертания
- в) склеротический ободок
- г) широкий склеротический вал

049. Для доброкачественных опухолей костей не характерно:

- а) утолщение мягких тканей
- б) нормальная толщина мягких тканей
- в) нормальная структура мягких тканей
- г) истончение мягких тканей

050. Участки хондродисплазии чаще всего располагаются:

- а) в коротких трубчатых костях кистей и стоп
- б) в прочих трубчатых костях
- в) в губчатых костях

г) в своде черепа

Рентгенодиагностика заболеваний мочевыделительной системы

001. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии и нефроптоза имеют:

- а) уровень расположения лоханки
- б) длина мочеточника
- в) уровень отхождения почечной артерии
- г) длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии

002. Наибольшую информацию при туберкулезном папиллите дает:

- а) экскреторная урография
- б) ретроградная пиелография
- в) томография
- г) ангиография

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

- а) дефект контрастирования паренхимы
- б) "белая" почка
- в) отсутствие контрастирования почки
- г) интенсивное неравномерное контрастирование паренхимы

004. При рентгенонегативных камнях верхних мочевых путей наиболее информативно применение:

- а) экскреторной урографии
- б) обзорной рентгенографии
- в) томографии
- г) ультразвукового исследования

005. Наиболее достоверные данные об аплазии почки дает:

- а) обзорная рентгенография
- б) экскреторная урография
- в) ангиография
- г) ультразвуковое исследование

006. Для обнаружения гипоплазии почки наиболее достоверной методикой является:

- а) ультразвуковое исследование
- б) экскреторная урография
- в) ретроградная пиелография
- г) ангиография

007. Для выявления состояния лоханки и чашечек при "выключенной почке" следует использовать:

- а) инфузионную урографию
- б) ретроградную пиелографию
- в) обзорную рентгенографию
- г) компьютерную томографию

008. При нефроптозе ведущим видом исследования является:

- а) ультразвуковое исследование в вертикальном положении
- б) экскреторная урография
- в) ретроградная пиелография

г) обзорная рентгенография

009. Почки у здорового человека находятся на уровне:

- а) 8-10-го грудного позвонка
- б) 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков
- в) 1-5-го поясничного позвонков
- г) 4-5-го поясничного позвонков

010. Мочеточник и лоханка смещены, чашечки нередко сдавлены, раздвинуты, на ангиограммах отмечается бессосудистая зона. Дефект паренхимы и эконегативная зона с четкими контурами при ультразвуковом исследовании. Это наиболее характерно:

- а) для опухоли почки
- б) для хронического пиелонефрита
- в) для солитарной кисты почки
- г) для гидронефроза

011. Расширение почечной лоханки и чашечек, атрофия паренхимы почки, увеличение в размерах с волнообразными выбуханиями латерального контура, резкое снижение или отсутствие функции. Это наиболее характерно:

- а) для солитарной кисты
- б) для опухоли почки
- в) для гидронефроза
- г) для хронического пиелонефрита

012. 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. Это наиболее характерно:

- а) для солитарной кисты
- б) для гидронефроза
- в) для опухоли почки
- г) для туберкулеза почки

013. Уменьшение размеров почки, деформация лоханочно-чашечной системы, контуры малых чашечек неровные, облитерация мелких сосудов коркового вещества почки. Это наиболее характерно:

- а) для туберкулеза почек
- б) для сморщенной почки
- в) для гипоплазии почки
- г) для опухоли почки

014. Двустороннее поражение почек, увеличение их в размерах, полициклические 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. Это наиболее характерно:

- а) для гидронефроза
- б) для туберкулеза почки
- в) для опухоли почки
- г) для поликистоза

015. Почка увеличена в размере, реже уменьшена, различной формы и величины обызвествления, почечная лоханка уменьшена в размерах и деформирована, сдавлена и укорочена, контуры ее неровные; шейки чашечек деформированы и сужены, почечные

- сосочки с неровными контурами, по периферии почки округлые или неправильной формы полости с неровными, размытыми контурами. Это наиболее характерно:
- а) для гидронефроза
 - б) для туберкулеза почки
 - в) для поликистоза
 - г) для рака почки
016. Необходимо дополнительно использовать для выявления нефроптоза:
- а) исследование в положении Тренделенбурга
 - б) компрессию мочеточника
 - в) снимок на высоте пробы Вальсальвы
 - г) пиелоскопию
017. При гидронефрозе наиболее рациональны:
- а) экскреторная урография
 - б) ангиография
 - в) ретроградная пиелография
 - г) ультразвуковое исследование
018. Заключение об "отсутствии функции" почки возможно в случае:
- а) отсутствия контрастирования чашечек и лоханки
 - б) отсутствия нефрографической фазы
 - в) при ретроградной пиелографии чашечно-лоханочная система не изменена
 - г) сосудистое русло почки не изменено
019. На интенсивность изображения мочевых путей при экскреторной урографии влияют следующие внутривисцеральные факторы:
- а) состояние выделительной функции
 - б) динамика мочевых путей
 - в) тонус сосудистого русла
 - г) тип строения чашечно-лоханочной системы
020. На интенсивность изображения мочевых путей влияют экстраренальные факторы:
- а) количество контрастного вещества
 - б) концентрация контрастного вещества
 - в) возраст пациента
 - г) сопутствующие заболевания
021. На качество изображения мочевых путей при экскреторной урографии отражаются:
- а) пожилой возраст
 - б) детский возраст
 - в) беременность
 - г) малоподвижный образ жизни
022. Появлению гипотонии мочевых путей способствуют:
- а) тяжелые физические нагрузки
 - б) малоподвижный образ жизни
 - в) беременность
 - г) возраст
023. Высокому тону мочевых путей способствуют:
- а) пожилой возраст
 - б) гипертоническая болезнь
 - в) острый воспалительный процесс в почках и мочевых путях
 - г) препятствие оттоку из верхних мочевых путей

024. К наиболее частым заболеваниям почек относятся:

- а) гломерулонефрит
- б) пиелонефрит
- в) нефроптоз
- г) опухоли

025. Самым характерным симптомом для сморщенной почки является:

- а) деформация чашечно-лоханочной системы
- б) деформация формы почки
- в) уменьшение размеров почки
- г) размеры почки не изменены

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

- а) размеры почки
- б) состояние сосудистого русла почки
- в) наличие нефрографической фазы
- г) отсутствие нефрографической фазы

027. Для кисты в нефрографической фазе характерны:

- а) неравномерное контрастирование паренхимы
- б) слабое контрастирование паренхимы
- в) дефект паренхимы
- г) отсутствие нефрографической фазы

028. Наличие имплантационных метастазов характерно:

- а) для рака
- б) для папилломы
- в) для смешанной опухоли
- г) для саркомы

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

- а) лоханка
- б) паренхима почки
- в) чашечки
- г) мочеточник

030. Из вышеперечисленных заболеваний наиболее часто поражают почки:

- а) киста
- б) рак
- в) папиллома
- г) саркома

031. Мочевые пути наиболее часто поражают опухолевые образования:

- а) рак
- б) папиллома
- в) ворсинчатые опухоли
- г) киста

032. При поликистозе отмечается:

- а) увеличение размеров почки
- б) уменьшение размеров почки
- в) деформация почки
- г) увеличение и деформация почки

033. Сосудистое русло почки при поликистозе характеризуется:

- а) обеднением кровотока
- б) увеличением кровотока
- в) деформацией сосудов
- г) обеднением кровотока и деформацией сосудов

034. Почечная артерия при поликистозе:

- а) увеличена в диаметре
- б) уменьшена в диаметре
- в) не изменена
- г) деформирована

035. Нефрографическая фаза при поликистозе:

- а) не изменена
- б) не выражена
- в) неравномерно контрастируется паренхима
- г) множественные дефекты контрастирования паренхимы

036. При пиелонефрите поражается все перечисленное, кроме:

- а) интерстициальной ткани
- б) канальцев
- в) клубочкового аппарата
- г) слизистой мочевых путей

037. Наиболее частой исходной локализацией туберкулезного процесса является:

- а) мозговое вещество
- б) мозговое вещество и сосочковая зона
- в) чашечки и лоханка
- г) сосочковая зона

038. Заражение туберкулезным процессом почек и мочевых путей происходит чаще всего:

- а) лимфогенным путем
- б) гематогенным путем
- в) восходящая инфекция
- г) нисходящая инфекция

039. Анатомическим субстратом "ободка просветления" при уретероцеле является:

- а) слоистый камень
- б) стенка мочевого пузыря
- в) отек паравезикальной или парауретеральной клетчатки
- г) стенка мочеточника

040. Отсутствие контрастирования верхних мочевых путей при почечной колике связано:

- а) с отсутствием экскреторной функции
- б) с временным угнетением экскреторной функции
- в) с нарушением внутривенного кровотока
- г) с венозным "полнокровием"

041. О наличии почечной колики свидетельствуют все симптомы, кроме:

- а) отсутствия нефрографической фазы
- б) отсутствия контрастирования мочевых путей
- в) позднего появления контрастного вещества в мочевых путях
- г) дилатации мочевых путей

042. Косвенными признаками почечной колики при рентгеноскопии являются все симптомы, кроме:

- а) отсутствия видимости почки
- б) ограничения (отсутствия) подвижности купола диафрагмы на соответствующей стороне
- в) отсутствия подвижности почки при дыхании
- г) патологической подвижности

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

- а) высокого стояния купола диафрагмы
- б) скопления газа в кишечнике на соответствующей стороне
- в) деформации почки
- г) отсутствия видимости наружных контуров почки

044. При "сморщенной" почке изменения сосудистого русла почки имеют следующие особенности:

- а) кровоснабжение уменьшено
- б) кровоснабжение увеличено
- в) деформация внутрпочечных сосудов и уменьшение кровоснабжения
- г) деформация внутрпочечных сосудов

045. Ствол почечной артерии при "сморщенной" почке:

- а) не изменен
- б) уменьшен
- в) увеличен
- г) деформирован

046. Наиболее ранним симптомом при туберкулезе почек является:

- а) папиллит
- б) инфильтрат
- в) каверна
- г) обызвествление в очаге поражения

047. К наиболее характерным симптомам "злокачественности" при опухоли почки относятся:

- а) оттеснение чашечек
- б) сдавливание чашечек и лоханки
- в) ампутация чашечки или группы чашечек
- г) инфильтрация чашечки, лоханки

048. Ведущим в дифференциальной диагностике лоханочной опухоли и рентгенонегативного конкремента является:

- а) дефект контрастирования
- б) свободное расположение тени в полости лоханки
- в) форма дефекта контрастирования
- г) поверхность дополнительной тени в полости лоханки

049. Следствием повышения внутрिलоханочного давления является:

- а) отсутствие контрастирования верхних мочевых путей
- б) отсутствие нефрографической фазы
- в) запаздывание контрастирования чашечек и лоханки
- г) дилатация лоханки

050. К симптомам, которые расцениваются как латентно протекающий пиелонефрит, относятся:

- а) дискинезия верхних мочевых путей
- б) псоас-симптом
- в) дилатация лоханки
- г) увеличение тени почки

Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта

001. Оптимальной проекцией при рентгенологическом исследовании дистального отдела пищевода в вертикальном положении является:

- а) прямая
- б) боковая
- в) вторая косая
- г) первая косая

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

- а) рентгеноскопии
- б) рентгенографии
- в) функциональных проб
- г) серийной флюорографии, видеозаписи

003. Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является:

- а) введение через тонкий зонд
- б) проглатывание большим воздухом
- в) насаживание воздуха вместе с бариевой взвесью через трубочку
- г) прием больным раствора соды и лимонной кислоты

004. При рентгенодиагностике органических заболеваний глотки наиболее информативной методикой является:

- а) рентгенография мягких тканей шеи в боковой проекции
- б) контрастное исследование глотки с бариевой взвесью
- в) релаксационная контрастная фарингография
- г) томография

005. Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является:

- а) бесконтрастная рентгенография (по Земцову)
- б) рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью
- в) контрастная фарингография с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.)
- г) релаксационная фарингография

006. Бесконтрастная рентгенография глотки и шейного отдела пищевода в боковой проекции чаще применяется при диагностике:

- а) опухолей глотки и пищевода
- б) инородных тел пищевода
- в) опухолей щитовидной железы
- г) нарушений акта глотания

007. Методика Ивановой-Подобед заключается:

- а) в исследовании с бариевой пастой
- б) в двойном контрастировании пищевода

- в) в приеме чайной ложки густой бариевой взвеси и последующем смывании ее со стенки пищевода приемом воды
- г) в даче ваты, смоченной бариевой взвесью

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

- а) при раке ретрокардиального отдела (сегмента)
- б) при варикозном расширении вен
- в) при дивертикулах
- г) при ахалазии кардии

009. Наилучшие условия для оценки состояния кардиоэзофагеального перехода возникают при исследовании в горизонтальном положении. Оптимальной проекцией является:

- а) левая сосковая (на спине)
- б) правая сосковая (на спине)
- в) левая лопаточная (на животе)
- г) правая лопаточная (на животе)

010. Структуру стенки желудка или кишки можно выявить с помощью

- а) двойного контрастирования
- б) УЗИ
- в) КТ
- г) МРТ

011. Толщину стенки органов желудочно-кишечного тракта изучают по данным:

- а) двойного контрастирования
- б) рентгеновской париетографии
- в) УЗИ
- г) КТ

012. Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищеводно-желудочного перехода наилучший эффект дают фармакологические препараты из группы:

- а) холинолитиков - атропин, метацин
- б) нитритов - амилнитрит, нитроглицерин
- в) ангиоблокаторов - бускопан и др.
- г) холиномиметиков - морфин и др.

013. Для релаксации желудочно-кишечного тракта применяют:

- а) морфин
- б) пилокарпин
- в) прозерпин, ациклидин
- г) атропин, метацин, аэрон

014. Рентгенологической методикой, уточняющей изменения двенадцатиперстной кишки при заболеваниях соседних органов, является:

- а) исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
- б) релаксационная дуоденография
- в) внутривенная холеграфия
- г) пневмоперитонеум

015. Преимуществом рентгенологического исследования тонкой кишки с пищевым завтраком является:

- а) быстрота исследования
- б) небольшая доза облучения больного
- в) физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений, быстрота исследования
- г) возможность диагностики полипов

016. Преимущества энтероклизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она:

- а) не дает осложнений, не имеет противопоказаний
- б) позволяет изучить функциональные нарушения
- в) позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке
- г) позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования

017. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является:

- а) пероральное заполнение
- б) ирригоскопия
- в) водная клизма и супервольтная рентгенография
- г) методика Шерижье

018. Первичное двойное контрастирование ободочной кишки применяется для диагностики:

- а) любых заболеваний
- б) только воспалительных заболеваний
- в) только небольших опухолей
- г) только стенозирующих опухолей

019. Для детального исследования илеоцекальной области и терминального отдела тонкой кишки наиболее целесообразно использовать:

- а) ирригоскопию
- б) методику контрастной энтероклизмы
- в) пероральное заполнение
- г) методику Шерижье

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

- а) для изучения патологии толстой кишки
- б) для исследования илеоцекальной области
- в) для контроля сроков пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, изучения положения ободочной кишки
- г) для изучения патологии тонкой кишки

021. При длительном выделении желчи из дренажа холедоха после операции на желчных путях показана:

- а) лапароскопия
- б) фистулография
- в) пероральная холецистография
- г) внутривенная холеграфия

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

- а) эндоскопическая РХПГ
- б) ультразвуковое исследование
- в) внутривенная холецистохолангиография
- г) инфузионная холеграфия

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

- а) организовавшейся гематомы
- б) злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта
- в) паразитарной кисты
- г) тератодермоидной опухоли

024. 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

025. Абдоминальный отдел пищевода по отношению к брюшине располагается:

- а) интраперитонеально
- б) экстраперитонеально
- в) мезоперитонеально
- г) по-разному, в зависимости от ее отдела

026. Червеобразный отросток по отношению к брюшине чаще располагается:

- а) интраперитонеально
- б) экстраперитонеально
- в) мезоперитонеально
- г) по-разному, в зависимости от ее отдела

027. Прямая кишка по отношению к брюшине располагается:

- а) интраперитонеально
- б) экстраперитонеально
- в) мезоперитонеально
- г) по-разному, в зависимости от ее локализации

028. Верхний полюс глотки находится на уровне:

- а) основания черепа
- б) хоан
- в) корня языка
- г) подъязычной кости

029. Средняя ширина просвета тубулярного пищевода при тугом заполнении его не превышает:

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3 см
- г) 4 см

030. Не изменяет нормальный ход контрастированного пищевода:

- а) аорта

- б) левый главный бронх
- в) левое предсердие
- г) непарная вена

031. Основным видом моторики пищевода, способствующим продвижению плотной пищи, является:

- а) первичная перистальтическая волна
- б) вторичная перистальтическая волна
- в) третичные сокращения
- г) тотальный спазм пищевода

032. Поперечный срез на уровне тела позвонка Т12 пройдет через все перечисленные ниже анатомические структуры, кроме:

- а) селезенки
- б) левой почки
- в) ободочной кишки
- г) дуоденоеюнального перехода

033. Если больной испуган или эмоционально расстроен, его желудок:

- а) гипотоничен
- б) гипертоничен
- в) усиленно перистальтирует
- г) функция желудка не меняется

034. При умеренном раздувании желудка (и других органов желудочно-кишечного тракта) его стенки в нормальных условиях:

- а) выпрямлены
- б) вогнуты
- в) выпуклы
- г) полигональны

035. Складки слизистой антрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного слоя. Нормальным для них направлением является:

- а) продольное
- б) поперечное
- в) косое
- г) любое из перечисленных, в зависимости от фазы моторики

036. В нормальных условиях продолжительность пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке составляет:

- а) 1 ч
- б) 3 ч
- в) 5 ч
- г) 7 ч

037. Складки слизистой лучше выражены:

- а) в тощей кишке
- б) в подвздошной кишке
- в) в двенадцатиперстной кишке
- г) в тощей и двенадцатиперстной кишке

038. Ворсинки слизистой тонкой КИШКИ предназначены:

- а) для лучшего смешивания пищи и ферментов
- б) для увеличения площади всасывающей поверхности
- в) удлинения кишки
- г) обеспечивают большее расширение просвета

039. Функциями илеоцекального клапана являются:

- а) предотвращение преждевременного попадания содержимого тонкой кишки в слепую до завершения процесса переваривания
- б) предотвращение попадания толстокишечной флоры в тонкую кишку
- в) обе указанные выше
- г) ни одна из перечисленных

040. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки:

- а) двенадцатиперстная кишка
- б) тощая кишка
- в) подвздошная кишка
- г) сигмовидная кишка

041. Мезентериальные сосуды в составе связки Трейца проходят:

- а) левее дуоденоюнального перехода
- б) впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки
- в) позади двенадцатиперстной кишки
- г) ниже двенадцатиперстной кишки

042. Показателем нормального общего желчного протока является:

- а) длина около 7,5 см
- б) диаметр менее 10 мм
- в) диаметр 15 мм
- г) длина около 10 мм

043. Левый купол диафрагмы располагается по отношению к правому:

- а) на одном уровне
- б) на одно ребро (межреберье) ниже
- в) на одно ребро (межреберье) выше
- г) ниже на вдохе, выше на выдохе

044. У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается:

- а) выше
- б) ниже
- в) на том же уровне
- г) нет определенной закономерности

045. Экскурсия диафрагмы в нормальных условиях составляет при умеренном и глубоком вдохе соответственно:

- а) 0,5 см и 1 см
- б) 1 см и 2 см
- в) 2-3 см и 4 см
- г) 4 см и 5 см

046. Характерная форма кисты пищевода:

- а) округлая
- б) овальная или височной капли

- в) неправильная
- г) типа "песочных часов"

047. При "грудном желудке" пищевод всегда:

- а) расширен
- б) укорочен
- в) деформирован
- г) извилист

048. Для общей брыжейки кишечника не характерно:

- а) отсутствие дуоденоюнального изгиба
- б) расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости
- в) расположение петель тощей кишки в левой половине брюшной полости
- г) расположение слепой кишки в центральных отделах брюшной полости

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

- а) при системной красной волчанке
- б) при узелковом периартериите
- в) при склеродермии
- г) как исход воспалительных процессов

050. Болезнь Гиршпрунга (врожденный мегаколон) обусловлена:

- а) недоразвитием мышечного слоя
- б) избытком ганглионарных клеток в мышечном слое кишки
- в) отсутствием ганглионарных клеток в мышечном слое кишки
- г) сегментарной атрезией кишки

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Сафонов Д.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики ФДПО