

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России)

«Утверждаю»
Директор ФГБУ «СПб НИИФ»
Минздрава России
Профессор

_____ П.К. Яблонский
«___» _____ 201__ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«Рентгенология»

основная профессиональная образовательная программа –
программа подготовки кадров высшей квалификации

Для специальности ординатуры: 31.08.09 Рентгенология

Квалификация: врач – рентгенолог

Форма обучения: очная

Санкт-Петербург
2015

**1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Форма оценочного средства
Раздел 1 «Организация рентгенодиагностической службы в системе здравоохранения РФ»	ПК-1,2	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 2 «Общие вопросы рентгенологии»	ПК-1,2,	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 3 «Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения»	ПК-1,2,5,6	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 4 «Рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы»	ПК-1,2,5,6	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 5 «Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительной системы и брюшной полости»	ПК-1,2,5,6	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 6 «Рентгенодиагностика заболеваний и травматических повреждений скелетно-мышечной системы»	ПК- 1,2,5,6	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 7. Рентгенодиагностика заболеваний мочеполовых органов и забрюшинного пространства	ПК-1,2,5,6	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Раздел 8. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы	ПК-1,2,5,6	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Все разделы	ПК-1,2,5,6	Итоговая аттестация по дисциплине в форме зачета	Контрольные тестовые вопросы

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ

Проведение текущего контроля знаний, умений и владений по дисциплине «Рентгенология» осуществляется путем учета посещения занятий, контроля ведения рабочих тетрадей по дисциплине и заполнения табеля посещаемости ординаторами учебных занятий.

Промежуточная аттестация ординаторов после освоения каждого раздела дисциплины осуществляется посредством устного собеседования по контрольным вопросам и результатам тестов. Каждый ординатор получает 2 вопроса, готовится в течение 10 минут, после чего дает устный ответ. Ответ оценивается по системе зачтено/не зачтено.

Итоговый контроль знаний, умений, владений по окончании изучения дисциплины проводится в форме зачета, который включает в себя собеседование по вопросам и решение ситуационных задач. Каждый ординатор получает 2 вопроса, готовится в течение 20 минут и дает устный ответ.

Критерием зачета по результатам тестирования является 70 и более процентов правильных ответов.

По итогам проверки контрольных вопросов и тестовых вопросов преподавателем выставляется «зачет» или «не зачет».

Критерии оценки (итоговая аттестация):

- «зачет» по итогам устного собеседования выставляется, если ординатор дал развернутый ответ на оба вопроса, показал в своем ответе твердые знания программного материала, кроме того, ординатор должен развернуто ответить на все возникающие у преподавателя вопросы относительно тематики вопросов;

- «не зачет» по итогам устного собеседования, в случае, если ординатор не знает отдельные разделы программного материала, допускает при ответе существенные ошибки, полностью не ориентируется в обсуждаемой проблеме.

3. ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Перечень контрольных вопросов (n=60) (Приложение 1).
2. Перечень тестовых вопросов (n=100) (Приложение 2).

Перечень контрольных вопросов

1. Структура и организация работы отделения рентгенодиагностики. Основные понятия в радиологии, величины и единицы измерения.
2. Нормативные документы и приказы, регламентирующие деятельность рентгенодиагностической службы.
3. Предмет рентгенологии, ее место в лучевой диагностике и клинической медицине.
4. Рентеноанатомия средостения. Рентгеносемiotика заболеваний органов дыхания.
5. Нормальный легочный рисунок в рентгеновском изображении, критерии нормы, виды патологической перестройки.
6. Синдром тотального затемнения легочного поля: вне- и внутрилегочные заболевания.
7. Синдром округлой тени в легком.
8. Синдром ограниченного затемнения легочного поля. Перечислить заболевания, проявляющиеся этим синдромом.
9. Лучевая диагностика травматических повреждений грудной полости.
10. Рентгенологическая диагностика злокачественных и доброкачественных заболеваний в легких.
11. Аномалии и пороки развития трахеи и бронхов. Рентгенодиагностика
12. Саркоидоз легких. Рентгенодиагностика
13. Плевриты. Рентгенодиагностика
14. Деформация грудной клетки. Рентгенодиагностика
15. Рентгенодиагностика очагового туберкулеза легких.
16. Рентгенодиагностика инфильтративного туберкулеза легких.
17. Рентгенография сердца.
18. Рентгенологические признаки левожелудочковой недостаточности
19. Рентгенологические признаки недостаточности правого желудка
20. Рентгенологические признаки кардиогенного отека легких.
21. Анатомические особенности пищевода, методы рентгенологического исследования.

22. Рентгеносемиотика аномалий, пороков развития, заболеваний и повреждений желудочно-кишечного тракта
23. Рентгенодиагностика новообразований желудка.
24. Рентгенодиагностика доброкачественных новообразований толстой кишки
25. Рентгенодиагностика злокачественных новообразований толстой кишки
26. Рентгенологическая картина при травме живота. Методика и тактика исследования. Рентгенологические признаки
27. Инородные тела брюшной полости. Методика и тактика исследования. Рентгенологические признаки.
28. Признаки кишечной непроходимости (острой, хронической)
29. Отличительные признаки механической и функциональной кишечной непроходимости.
30. Перфорация полого органа брюшной полости. Методика и тактика исследования. Рентгенологические признаки перфорации полого органа.
31. Рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита
32. Рентгенологические исследования желчных путей
33. Лучевая анатомия почек, мочеточников, мочевого пузыря
34. Основные рентгенологические синдромы в урологии.
35. Аномалии и пороки развития почек и верхних мочевых путей.
36. Травматические повреждения почек и мочеточников.
37. Рентгенологические признаки дистопии и нефроптоза
38. Заболевания мочевого пузыря. Рентгенодиагностика.
39. Виды рентгенологического обследования заболеваний почек и мочевыводящих путей.
40. Лучевая диагностика травматических повреждений мочевыводящих путей
41. Тактика лучевого обследования при почечной колике, макрогематурии.
42. Воспалительные заболевания почек и верхних мочевых путей.
Рентгенодиагностика
43. Рентгенография молочной железы (маммография).
44. Рентгеноанатомия молочной железы. Возрастная рентгеноанатомия и физиология.
45. Доброкачественные новообразования молочной железы. Рентгенодиагностика.

46. Злокачественные новообразования молочной железы. Рентгенодиагностика
47. Рентгенодиагностика воспалительных и опухолевых заболеваний матки и яичников
48. Методика рентгенологического исследования черепа
49. Методики рентгенографического исследования носа, носоглотки, околоносовых пазух
50. Отличительные признаки миеломной болезни и метастазов в кости свода.
51. Дифференциальная диагностика деформирующего спондилеза и остеохондроза.
52. Остеомиелит: рентгенкартина в зависимости от стадии заболевания.
53. Клинико-рентгенологическая характеристика типичных переломов костей.
54. Туберкулезный спондилит. Рентгенодиагностика.
55. Рентгенодиагностика доброкачественных опухолей костей.
56. Злокачественные образования костей скелета, рентгенодиагностика.
57. Поражения суставов при ревматических заболеваниях. Рентгенодиагностика.
58. Дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательной системы. Рентгенодиагностика.
59. Денситометрия.
60. Основные понятия о механизме и видах переломов костей. Клинико-рентгенологическая характеристика типичных переломов костей.

Перечень тестовых вопросов

1. Прямое увеличение изображения достигается:
 - 1) увеличением расстояния фокус-объект
 - 2) увеличением расстояния фокус-детектор
 - 3) увеличением размеров фокусного пятна
 - 4) увеличением расстояния объект-детектор

2. Какая из указанных тканей наиболее чувствительна к ионизирующему излучению:
 - 1) Мышечная ткань
 - 2) Эпителиальная ткань
 - 3) Кровотворная ткань

3. Единицей эквивалентной дозы в системе СИ является:
 - 1) Грей
 - 2) Рад
 - 3) Бэр
 - 4) Зиверт

4. В чем заключается методика "усиления" при рентгеновской компьютерной томографии?
 - 1) Томографию производят с внутривенным введением рентгеновского контрастного вещества
 - 2) В повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения
 - 3) В получении изображения очень тонких слоев объекта
 - 4) В ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта

5. Единицы измерения мощности дозы рентгеновского излучения
 - 1) Рентген
 - 2) Рад
 - 3) Рентген/сек, рентген/мин
 - 4) Грей

6. Чем меньше используемый фокус трубки, тем
 - 1) больше геометрические искажения
 - 2) больше четкость деталей

7. Целью применения свинцовых диафрагм в рентгеновском излучателе является
 - 1) укорочение времени экспозиции
 - 2) ограничение поля рентгеновского излучения
 - 3) уменьшение времени проявления
 - 4) отфильтрование мягкого излучения

8. Наибольшую лучевую нагрузку дает
- 1) рентгенография классическая
 - 2) рентгенография цифровая
 - 3) рентгеноскопия с люминесцентным экраном
 - 4) рентгеноскопия с УРИ
9. Наибольшую информацию о состоянии канала зрительного нерва дает рентгенограмма черепа
- 1) в носо-подбородочной проекции
 - 2) в носо-лобной проекции
 - 3) в прямой задней проекции
 - 4) в косой проекции по Резе
10. Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа дает
- 1) рентгенограмма в прямой передней проекции
 - 2) в прямой задней проекции
 - 3) в носо-подбородочной проекции
 - 4) в боковой проекции
11. Для определения инородного тела глазницы следует выполнить рентгенограмму
- 1) в прямой задней проекции
 - 2) в носо-лобной и боковой проекциях
 - 3) в носо-подбородочной проекции
 - 4) в косой проекции по Резе
12. Наиболее информативной в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются
- 1) обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы
 - 2) прицельные касательные рентгенограммы
 - 3) прицельные контактные рентгенограммы
 - 4) прямые томограммы
13. Наиболее точную информацию при вдавленном переломе костей свода черепа дает
- 1) обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекциях
 - 2) томограммы в прямой и боковой проекциях
 - 3) прицельные контактные рентгенограммы
 - 4) прицельные касательные рентгенограммы
14. Продольный перелом пирамиды височной кости определяется на рентгенограммах
- 1) в носо-лобной проекции
 - 2) в проекции по Стенверсу
 - 3) в проекциях по Шюллеру и Майеру
 - 4) в обзорной прямой задней рентгенограмме черепа

15. В рентгенографическом исследовании турецкого седла наиболее информативной является
- 1) рентгенограмма черепа в боковой проекции
 - 2) рентгенограмма черепа в затылочной проекции
 - 3) рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
 - 4) рентгенограмма прицельная в боковой проекции
16. Характерным рентгенологическим признаком для заглоточного абсцесса является
- 1) выпрямление лордоза шейного отдела позвоночника
 - 2) утолщение слизистой оболочки задней стенки глотки
 - 3) расширение мягких тканей превертебрального пространства на уровне шейных позвонков с "пузырьками" и "прослойками" газа
 - 4) деформация гортани
17. Достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является
- 1) увеличение размеров турецкого седла
 - 2) остеопороз деталей седла
 - 3) повышенная пневматизация основной пазухи
 - 4) понижение пневматизации основной пазухи
18. Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается
- 1) при остеосаркоме
 - 2) при остеомиелите
 - 3) при остеоме
 - 4) при фиброзной дисплазии
19. Для гемангиомы костей свода черепа характерны
- 1) ограниченный остеосклероз
 - 2) гиперостоз
 - 3) локальный остеопороз с грубоячеистой структурой
20. Хроническое повышение внутричерепного давления сопровождается
- 1) утолщением костей свода черепа
 - 2) истончением костей свода черепа
21. Основным рентгенологическим симптомом кисты околоносовой пазухи является
- 1) тень с полициклическими контурами на фоне пазухи
 - 2) полукруглая гомогенная тень на широком основании
22. Исследование пищевода в диагностике заболеваний органов грудной полости помогает при
- 1) праволежащей аорте
 - 2) перикардите
 - 3) увеличении корневых лимфоузлов
 - 4) тимоме

23. Проба Вальсальвы наиболее эффективна в диагностике

- 1) эхинококковой кисты легкого
- 2) междолевого осумкованного плеврита
- 3) артерио-венозной аневризмы легкого
- 4) закрытого абсцесса легкого

24. Наименьшая доза облучения во время исследования грудной клетки может быть получена при

- 1) рентгеноскопии
- 2) пленочной рентгенографии
- 3) крупнокадровой флюорографии
- 4) цифровой рентгенографии

25. Сегментарные легочные вены разветвляются

- 1) вместе с артериями
- 2) вместе с бронхами
- 3) по границам сегментов
- 4) в плащевом слое

26. Наименьшая автономная единица легкого

- 1) ацинус
- 2) субдолька
- 3) долька

27. Локализацию патологического образования в легком предпочтительно определять по

- 1) межреберьям
- 2) легочным зонам
- 3) сегментам
- 4) долям

28. Признаками нарушения лимфооттока в легком являются

- 1) усиление сосудистого рисунка
- 2) множественные очаговые тени
- 3) усиление легочного рисунка и очаговые тени
- 4) плевральные линии и линии Керли

29. На внутрилегочное расположение пристеночного образования указывает

- 1) округлая форма
- 2) изменение формы в разных проекциях
- 3) смещаемость с легким при дыхании

прямые углы образования с грудной стенкой в разных проекциях

30. Контуры тени в легком нечеткие у

- 1) периферической аденомы
- 2) гамартомы
- 3) кистозного образования
- 4) очаговой пневмонии

31. При ограниченном осумкованном плеврите окружающая легочная ткань чаще всего
- 1) не изменена
 - 2) легочной рисунок усилен
 - 3) легочный рисунок деформирован
 - 4) усилен и деформирован
32. При крупозной пневмонии чаще всего соответствующий корень легкого
- 1) не расширен
 - 2) расширен и имеет бугристые контуры
 - 3) расширен и малоструктурный
 - 4) расширен и смещен
33. Наибольшую информацию при одностороннем тотальном затемнении легочного поля дает
- 1) рентгеноскопия
 - 2) рентгенография в стандартных проекциях
 - 3) латерография на соответствующем боку
 - 4) томография
34. Внутригрудные лимфатические узлы - это лимфатические узлы
- 1) переднего средостения
 - 2) центрального и заднего средостения
 - 3) корней легких
 - 4) корней легких и средостения
35. Наружные контуры корней легких бугристые при
- 1) саркоидозе
 - 2) венозной гипертензии малого круга кровообращения
 - 3) хроническом диффузном бронхите
 - 4) септической гематогенной пневмонии
36. Ячеистая деформация легочного рисунка характерна для
- 1) острой пневмонии
 - 2) интерстициальной пневмонии
 - 3) диссеминированного туберкулеза
 - 4) фиброзирующего альвеолита
37. Наиболее частой аномалией развития легких является
- 1) обратное расположение легких
 - 2) добавочная доля непарной вены
 - 3) трахеальный бронх
38. Наиболее часто встречающийся порок развития легких - это
- 1) трахеобронхомегалия
 - 2) легочная секвестрация
 - 3) пищеводно-бронхиальный свищ
 - 4) кистозная гипоплазия бронхов

39. Наиболее частые осложнения пороков развития бронхо-легочной системы:
- 1) кровотечение
 - 2) нагноение
 - 3) озлокачествление
 - 4) эмфизема
40. При подозрении на легочную секвестрацию необходимо выполнить
- 1) линейную томографию
 - 2) бронхографию
 - 3) контрастирование пищевода
 - 4) аортографию
41. Первичным рентгенологическим исследованием при пневмонии используют
- 1) рентгенографию в прямой проекции
 - 2) рентгенографию в прямой и боковой проекциях
 - 3) рентгеноскопию
 - 4) рентгеноскопию и линейную томографию
42. Для выявления увеличенных лимфатических узлов средостения наиболее целесообразна
- 1) рентгенография
 - 2) рентгенография и томография
 - 3) УЗИ
 - 4) КТ, МРТ
43. Абсцессы в легких преимущественно локализуются в отделах легкого
- 1) передних правого
 - 2) задних правого
 - 3) верхних левого
 - 4) задних левого
44. Для мешотчатых бронхоэктазов характерен вид деформации легочного рисунка
- 1) сетчатый
 - 2) петлистый
 - 3) ячеистый равномерный
 - 4) ячеистый неравномерный
45. Для наличия цилиндрических бронхоэктазов характерно
- 1) сетчатая деформация легочного рисунка
 - 2) парные, параллельные, полосовидные тени
 - 3) "сотовый" рисунок

46. В диагностике эмфиземы легких наиболее значимый метод
- 1) рентгеноскопия
 - 2) рентгенография
 - 3) бронхография
 - 4) КТ
47. Наиболее характерный рентгенологический признак эмфиземы легких
- 1) усиление и деформация легочного рисунка
 - 2) расширение легочных корней
 - 3) изменение легочного рисунка и корней легких
 - 4) повышение прозрачности легочных полей и обеднение рисунка
48. Центральный рак легкого чаще возникает в бронхах
- 1) главных
 - 2) долевых
 - 3) промежуточных
 - 4) сегментарных
49. Рентгенологические симптомы периферической аденомы легкого
- 1) округлая форма и четкие контуры
 - 2) нечеткие контуры
 - 3) неправильная овоидная форма
 - 4) широкая дорожка к корню легкого
50. Наиболее частая форма эхинококка легкого - это образование
- 1) овоидной формы, гомогенное, больших размеров
 - 2) округлое, гомогенное, больших размеров
 - 3) долевое уплотнение
 - 4) образование неправильной формы
51. Характерные признаки погибшего эхинококка на рентгенограммах - это
- 1) уменьшение размеров
 - 2) изменение формы
 - 3) уменьшение размеров и формы
 - 4) обызвествление капсулы
52. Подкожная эмфизема чаще всего свидетельствует о разрыве
- 1) легкого
 - 2) плевры
 - 3) бронха
 - 4) пищевода

53. Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является
- 1) бесконтрастная рентгенография (по Земцову)
 - 2) рентгенография в горизонтальном положении с бариевой взвесью
 - 3) контрастная фарингография, применение функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.)
 - 4) релаксационная фарингография
54. Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью и добавлением вяжущих средств может оказаться полезным
- 1) при раке ретрокардиального отдела (сегмента)
 - 2) при варикозном расширении вен
 - 3) при дивертикулах
 - 4) при ахалазии кардии
55. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является
- 1) пероральное заполнение
 - 2) ирригоскопия
 - 3) водная клизма и супервольтная рентгенография
 - 4) методика Шерижье
56. При длительном выделении желчи из дренажа холедоха после операции на желчных путях показана
- 1) лапароскопия
 - 2) фистулография
 - 3) пероральная холецистография
 - 4) внутривенная холеграфия
57. Червеобразный отросток по отношению к брюшине чаще располагается
- 1) интраперитонеально
 - 2) экстраперитонеально
 - 3) мезоперитонеально
 - 4) по-разному, в зависимости от ее отдела
58. Складки слизистой антрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного слоя. Нормальным для них направлением является
- 1) продольное
 - 2) поперечное
 - 3) косое
 - 4) любое из перечисленных, в зависимости от фазы моторики
59. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки
- 1) двенадцатиперстная кишка
 - 2) тощая кишка
 - 3) подвздошная кишка
 - 4) сигмовидная кишка

60. Левый купол диафрагмы располагается по отношению к правому в норме
- 1) на одном уровне
 - 2) на одно ребро (межреберье) ниже
 - 3) на одно ребро (межреберье) выше
 - 4) ниже на вдохе, выше на выдохе
61. У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается
- 1) выше
 - 2) ниже
 - 3) на том же уровне
 - 4) нет определенной закономерности
62. Характерная форма кисты пищевода
- 1) округлая
 - 2) овальная или висючей капли
 - 3) неправильная
 - 4) типа "песочных часов"
63. Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид "мышинного хвоста", описывают как характерный признак
- 1) при склеродермии
 - 2) при кардиоэзофагеальном раке
 - 3) при ахалазии кардии
 - 4) при эпифренальном дивертикуле
64. Язвы пищевода возникают
- 1) при мозговых расстройствах, после операций, или в результате травмы
 - 2) при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, язвах желудка или 12-перстной кишки, островковой гетеротопии желудочной слизистой в пищеводе
 - 3) при диабете
 - 4) сопровождают варикозное расширение вен пищевода
65. Наиболее частым осложнением язвы пищевода является
- 1) малигнизация
 - 2) рубцовое сужение просвета
 - 3) перфорация стенки пищевода
 - 4) кровотечение
66. Множественные дефекты наполнения желудка 0,5-1 см в диаметре правильной округлой формы, с четкими контурами и гладкой поверхностью на фоне неизменной слизистой. Это рентгенологические симптомы
- 1) варикозного расширения вен
 - 2) избыточной слизистой
 - 3) полипов
 - 4) полипозного гастрита

67. У больного с механической желтухой определяется в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки дефект наполнения 2х2.5 см неправильной формы, кишка раздражена. Эти симптомы характерны

- 1) для саркомы
- 2) для рака большого дуоденального соска
- 3) для лейомиомы
- 4) для полипа

68. Цирроз печени характеризуется диффузным или очаговым увеличением количества

- А) желчных протоков
- +Б) соединительной ткани
- В) печеночных клеток
- Г) сосудистых элементов

69. Достоверным симптомом перфорации полого органа является

- 1) нарушение положения и функции диафрагмы
- 2) свободный газ в брюшной полости
- 3) свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости
- 4) метеоризм

70. Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются

- 1) свободный газ в брюшной полости
- 2) свободная жидкость в брюшной полости
- 3) "арки" и горизонтальные уровни жидкости в кишечнике
- 4) нарушение топографии желудочно-кишечного тракта

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

- А) смещение диафрагмы, желудка и толстой кишки
- Б) затемнение левой поддиафрагмальной области
- В) свободный газ в брюшной полости
- +Г) забрюшинная эмфизема

72. При тупой травме живота наиболее часто повреждается

- 1) эзофаго-кардиальный переход
- 2) привратник
- 3) двенадцатиперстная кишка
- 4) поперечная ободочная кишка

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

- 1) любого характера
- 2) гнойного характера
- 3) молочивные выделения
- 4) кровянистого или серозного характера

74. Рентгенологическое исследование молочных желез при массовых проверочных осмотрах предпочтительнее производить

- 1) в прямой или боковой проекции
- 2) в прямой и боковой проекции
- 3) в прямой и косой проекции
- 4) в косой проекции

75. На фоне железистой ткани липома молочной железы выявляется в виде

- 1) затемнения с четкими и ровными контурами
- 2) просветления с четкими и ровными контурами
- 3) на фоне железистой ткани липома не выделяется
- 4) затемнения с четкими и ровными контурами и ободком просветления по периферии

76. Гиперваскуляризация при раке молочной железы проявляется

- 1) увеличением калибра сосудов
- 2) увеличением количества сосудистых ветвей
- 3) извитостью сосудов
- 4) увеличением калибра и количества сосудистых ветвей, их извитостью

77. Четкая тень контура левого предсердия в прямой проекции может наблюдаться

- 1) при гипертонической болезни
- 2) при дефекте межжелудочковой перегородки
- 3) при тетраде Фалло
- 4) при митральной недостаточности

78. Симптом "ампутации" корней легких может наблюдаться

- 1) при стенозе устья аорты
- 2) при недостаточности аортального клапана
- 3) при митральном стенозе с высокой легочной гипертензией
- 4) при коарктации аорты

79. Косвенным симптомом артериальной гипертензии малого круга является

- 1) гипертрофия левого желудочка
- 2) гипертрофия правого желудочка
- 3) гемосидероз
- 4) междольковый отек

80. Появление плевральной жидкости характерно
- 1) для венозного застоя
 - 2) для гиперволемии
 - 3) для артериальной гипертензии
 - 4) для гиповолемии
81. Артериальная гипертензия малого круга кровообращения характерна
- 1) для стеноза легочной артерии
 - 2) для коарктации аорты
 - 3) для тромбоэмболии легочной артерии
 - 4) для аортального стеноза
82. Перегородочные линии Керли наблюдаются при изменении легочного кровообращения за счет
- 1) венозного отека
 - 2) артериальной гипертензии
 - 3) интерстициального отека
 - 4) альвеолярного отека
83. Как доставить больного в палату после проведения ангиографии?
- врач
- 1) больного на каталке в горизонтальном положении привозит медсестра или -
 - 2) больной самостоятельно переходит в палату
 - 3) больного доставляют в палату на каталке другие пациенты или родственники
 - 4) больной переходит в палату в сопровождении медсестры или врача
84. К проксимальному ряду костей запястья относятся все перечисленные, кроме:
- 1) крючковатой
 - 2) ладьевидной
 - 3) полулунной
 - 4) трехгранной
85. Нормальная головка бедренной кости имеет:
- 1) правильную круглую форму
 - 2) неправильную круглую форму
 - 3) овальную форму
 - 4) грибовидную форму
86. Наиболее убедительным симптомом при распознавании переломов костей является:
- 1) уплотнение костной структуры
 - 2) деформация кости
 - 3) перерыв коркового слоя
 - 4) линия просветления

87. Наиболее частым видом травмы костей запястья является
- 1) перелом полулунной кости
 - 2) перилунарный вывих кисти
 - 3) перелом ладьевидной кости
 - 4) перелом трехгранной кости
88. Перелом поперечного отростка позвонка чаще наблюдается:
- 1) в шейном отделе
 - 2) в грудном отделе
 - 3) поясничном отделе
 - 4) в шейном и грудном отделе
89. Наиболее ранним рентгенологическим проявлением костной мозоли при диафизарных переломах является:
- 1) нежная облаковидная параоссальная тень
 - 2) сглаженность краев отломков
 - 3) уплотнение краев отломков
 - 4) ухудшение видимости линии перелома
90. Патологические переломы могут возникать при:
- 1) диафизарных гиперостозах
 - 2) мраморной болезни
 - 3) мелореостозе
 - 4) спондило-эпифизарной дисплазии
91. Симптомом "вздутия" кости сопровождается:
- 1) спондило-эпифизарная дисплазия
 - 2) арахнодактилия
 - 3) фиброзная дисплазия
 - 4) несовершенный остеогенез
92. Наиболее ранним рентгенологическим признаком гематогенного остеомиелита является:
- 1) мелкоочаговая деструкция коркового слоя
 - 2) остеосклероз
 - 3) периостальная реакция
 - 4) изменения в прилежащих мягких тканях
93. Наиболее частым осложнением гематогенного остеомиелита является:
- 1) эпифизеолиз
 - 2) гнойный артрит
 - 3) озлокачествление
 - 4) свищ

94. Туберкулезный остит чаще всего возникает:
- 1) в эпифизе
 - 2) в метафизе
 - 3) в диафизе
 - 4) в апофизе
95. Для костного туберкулеза наиболее характерны секвестры:
- 1) губчатые
 - 2) кортикальные
 - 3) тотальные
 - 4) кортикальные и тотальные
96. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике дистопии почки и нефроптоза имеют
- 1) уровень расположения лоханки
 - 2) длина мочеточника
 - 3) уровень отхождения почечной артерии
 - 4) длина мочеточника и уровень отхождения почечной артерии
97. Почки у здорового человека находятся на уровне
- 1) 8-10-го грудного позвонка
 - 2) 12-го грудного и 1-2-го поясничного позвонков
 - 3) 1-5-го поясничного позвонка
 - 4) 4-5-го поясничного позвонков
98. Наследственный характер заболевания свойственен для
- 1) поликистоза почек
 - 2) для мультикистозной почки
 - 3) для солитарной почечной кисты
 - 4) для окололоханочных кист
99. Заражение туберкулезным процессом почек и мочевых путей происходит чаще всего
- 1) лимфогенным путем
 - 2) гематогенным путем
 - 3) восходящая инфекция
 - 4) нисходящая инфекция
100. Отсутствие контрастирования верхних мочевых путей при истинной почечной колике связано
- 1) с отсутствием экскреторной функции
 - 2) с временным угнетением экскреторной функции
 - 3) с нарушением внутрпочечного кровотока
 - 4) с венозным "полнокровием"
 - 5) дилатации мочевых путей