

**ЦИОННЫЕ ТЕСТЫ
ПО ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ
(Теоретические вопросы и ситуационные задачи)**



Авторский коллектив:

Алешкевич А.И., Гончар А.А., Жук Е.Г., Малевич Э.Е., Михайлов А.Н., Полойко Ю.Ф., Филиппович Н.С., Хоружик С.А., Чиж Г.В.

М 69 Квалификационные тесты по лучевой диагностике: Теоретические основы и ситуационные задачи. 2-изд., перераб. и доп. В 3-х т. – 1150 с.: ил. / А.И.

Алешкевич, А.А. Гончар, Е.Г. Жук, Э.Е. Малевич, А.Н. Михайлов, Ю.Ф. Полойко, Н.С. Филиппович, С.А. Хоружик, Г.В. Чиж; Под ред. академика НАН Беларуси, профессора А.Н. Михайлова, профессора Э.Е. Малевич.

Квалификационные тесты составлены в соответствии с новыми квалификационными требованиями к специалисту лучевой диагностики и новым

содержанием унифицированной программы последипломного образования, утвержденными Министерствами здравоохранения и образования.

Тестовые задания сгруппированы в 12 разделах и включают все направления теоретической подготовки и практической деятельности врача лучевой диагностики, а именно:

Раздел 1. Общие вопросы лучевой диагностики.

Раздел 2. Организационные вопросы лучевой диагностики.

Раздел 3. Основы информатики.

Раздел 4. Физико-технические основы лучевой диагностики.

Раздел 5. Радиационная безопасность при рентгенологических исследованиях.

Раздел 6. Диагностика заболеваний органов дыхания и средостения.

Раздел 7. Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Раздел 8. Диагностика заболеваний органов пищеварения и брюшной полости.

Раздел 9. Диагностика заболеваний мочеполовых органов.

Раздел 10. Диагностика заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Раздел 11. Диагностика заболеваний головы и шеи.

Раздел 12. Диагностика заболеваний молочных желез.

Квалификационные тесты изложены в 3-х томах: 1-й том включает разделы 1-7; 2-й том – разделы 8 и 9 и 3-й том – разделы 10-12 и эталоны ответов. По теоретическим основам в тестовую программу введены более 2000, а по ситуационным задачам – более 10000 тестовых заданий, которые представлены в виде лучевых изображений органов и систем. Особый интерес представляют ситуационные задачи, где приведена выписка из истории болезни, включающая краткий анамнез, клинические и лабораторные данные и лучевая визуализация органа (рентгенологическое исследование, РКТ или МРТ). На МРТ и РКТ-изображениях необходимо правильно распознать от 10 до 50 анатомических или патологических образований.

Квалификационные тесты предназначены для оценки знаний врачей-рентгенологов, врачей магнитно-резонансной и компьютерной томографии и врачей рентгеноэндоваскулярной хирургии при проведении квалификационных и сертификационных экзаменов. Они могут быть использованы для текущего контроля знаний слушателей курсов переподготовки и повышения квалификации по основным разделам лучевой диагностики. В обучающем режиме тестовая программа может быть использована врачами-стажерами и студентами медицинских университетов и колледжей.

Академик медицины Национальной академии наук Беларуси, лауреат Государственной премии Респуб-лики Беларусь, профессор А.Н. Михайлов

Раздел 8. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

- 8.001. Рельеф складок слизистой пищевода лучше выявляется:
1. При тугом заполнении барием.
 2. После прохождения бариевого комка.
 3. При двойном контрастировании.
 4. При использовании релаксантов.
- 8.002. Оптимальной проекцией при исследовании дистального отдела пищевода в вертикальном положении является:
1. Прямая.
 2. Боковая.
 3. Вторая косая.
 4. Первая косая.
- 8.003. Бронхиальное сужение пищевода обусловлено вдавлением в его стенку:
1. Правого главного бронха.
 2. Левого верхнедолевого бронха.
 3. Левого главного бронха.
 4. Бифуркации трахеи.
- 8.004. Выявить утолщение стенки пищевода можно только, если выполнить:
1. Двойное контрастирование.
 2. Рентгенографию при тугом заполнении бариевой массой.
 3. Пневмомедиастинум.
 4. Компьютерную томографию.
- 8.005. Наиболее объективно в любом рентгеновском кабинете состояние перистальтики пищевода можно оценить при помощи:
1. Полиграфии.
 2. Рентгенографии.
 3. Просвечивания.
 4. Видеозаписи.
- 8.006. Наиболее простым способом введения газа в пищевод для его двойного контрастирования является:
1. Введение через тонкий зонд.
 2. Проглатывание больным воздуха.
 3. Проглатывание больным воздуха вместе с бариевой взвесью (в виде нескольких, следующих друг за другом глотков).
 4. Прием больным содового раствора и раствора лимонной кислоты.
- 8.007. При рентгенодиагностике органических заболеваний глотки наиболее информативной методикой является:
1. Боковая рентгенография мягких тканей шеи.
 2. Контрастное исследование глотки с барием.
 3. Компьютерная томография.
 4. Релаксационная контрастная фарингография.
- 8.008. Для выявления функциональных заболеваний глотки наиболее информативной методикой является:
1. Бесконтрастное исследование (по Земцову).
 2. Исследование на трохоскопе.
 3. Контрастное исследование глотки с применением функциональных проб (глотание, Мюллера, Вальсальвы и др.).
 4. Релаксационная фарингография.
- 8.009. Бесконтрастную боковую рентгенограмму глотки и шейного отдела пищевода чаще применяют при диагностике:
1. Опухолей глотки и пищевода.
 2. Инородных тел пищевода.
 3. Опухолей щитовидной железы.
 4. Нарушений акта глотания.
- 8.010. Для выявления функциональной недостаточности кардии (желудочно-пищеводного рефлюкса) исследовать больных целесообразно:
1. В условиях пробы Мюллера.
 2. На трохоскопе.
 3. С применением фармакологических релаксантов.
 4. При максимальном вдохе.
- 8.011. При исследовании кардио-эзофагеального перехода в горизонтальном положении наилучшей проекцией является:
1. Левая сосковая (на спине).
 2. Правая сосковая (на спине).
 3. Левая лопаточная (на животе).
 4. Правая лопаточная (на животе).
- 8.012. Оптимальной методикой рентгенологического исследования верхнего отдела желудка является прямая и боковая проекции при:

1. Тугом бариевом заполнении желудка, лежа на спине.
 2. Двойном контрастировании, лежа на животе.
 3. Тугом бариевом заполнении желудка с контрастированием пищевода.
 4. Двойном контрастировании и контрастировании абдоминального отдела пищевода.
- 8.013. Наиболее простой и доступной методикой оценки перистальтики желудка является:
1. Рентгенография.
 2. Полиграфия.
 3. Рентгенография супервольтная.
 4. Видеомагнитная запись.
- 8.014. Наиболее важными техническими и методическими условиями для выявления тонкого рельефа слизистой желудка (желудочных полей) являются:
1. Просвечивание с использованием рентгенотелевидения.
 2. Специальные усиливающие экраны, исследование в условиях пневморельефа.
 3. Микрофокус рентгеновской трубки, жесткое излучение.
 4. Короткая экспозиция снимка, мелкодисперсная бариевая взвесь, дозированная компрессия.
- 8.015. Толщину стенки органов желудочно-кишечного тракта изучают по данным:
1. Пневмографии.
 2. Двойного контрастирования.
 3. Компьютерной томографии, УЗИ.
 4. Ангиографии.
- 8.016. Для усиления моторной функции желудочно-кишечного тракта используют:
1. Атропин.
 2. Метацин.
 3. Сорбит.
 4. Нитроглицерин.
- 8.017. Для релаксации желудочно-кишечного тракта применяют:
1. Морфин.
 2. Пилокарпин.
 3. Прозерин, ациклидин.
 4. Атропин, метацин, аэрон.
- 8.018. При экзофитных новообразованиях желудочно-кишечного тракта наиболее информативной методикой является:
1. Рентгеноскопия.
 2. Двойное контрастирование.
 3. Пневмография.
 4. Пневмоперитонеум.
- 8.019. Наиболее информативной методикой для выявления объемных процессов в поджелудочной железе является:
1. Исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью.
 2. Компьютерная томография.
 3. Внутривенная холеграфия.
 4. Обзорная рентгенография брюшной полости.
- 8.020. Рентгенологической методикой, уточняющей изменения двенадцатиперстной кишки при заболеваниях соседних органов, является:
1. Исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью.
 2. Релаксационная дуоденография.
 3. Внутривенная холеграфия.
 4. Пневмоперитонеум.
- 8.021. Преимуществом обычного рентгенологического исследования тонкой кишки является:
1. Быстрота исследования.
 2. Небольшая доза облучения больного.
 3. Физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений.
 4. Возможность диагностики полипов.
- 8.022. Рентгенологическая методика, позволяющая произвести ускоренное контрастирование тонкой кишки без проекционного наложения петель:
1. Классическая.
 2. Пансдорфа.
 3. Михайлова-Ильяшевич.
 4. Вейнтрауба-Вильямса.
- 8.023. Преимущества энтероклизмы перед другими методиками рентгенологического исследования тонкой кишки состоит в том, что она:
1. Не дает осложнений, не имеет противопоказаний.
 2. Позволяет изучить функциональные нарушения.
 3. Позволяет оценить сроки пассажа бария по кишке.
 4. Позволяет выявить участки сужения, их протяженность, сокращает продолжительность исследования.

- 8.024. Укажите основной недостаток методики Вейнтрауба-Вильямса:
1. Нефизиологична.
 2. Сложна в выполнении.
 3. Большая продолжительность исследования.
 4. Чрезмерное облучение больного.
- 8.025. Для детального исследования рельефа слизистой тонкой кишки наиболее подходящим контрастным веществом является:
1. Бариевая взвесь с пищевыми добавками.
 2. Обычная бариевая взвесь.
 3. Водорастворимые рентгенконтрастные препараты.
 4. Водорастворимые препараты с сорбитом.
- 8.026. Основной методикой рентгенологического исследования ободочной кишки является:
1. Пероральное заполнение.
 2. Методика Шерижье.
 3. Водная клизма и супервольтная рентгенография.
 4. Бариевая клизма.
- 8.027. Исследование ободочной кишки по Велину применяется для диагностики:
1. Любых заболеваний.
 2. Только воспалительных заболеваний.
 3. Любых опухолевых заболеваний.
 4. Только небольших опухолей.
- 8.028. Компьютерную томографию толстой кишки применяют как дополнительную методику у больных:
1. С неспецифическим язвенным колитом.
 2. С общей брыжейкой кишечника.
 3. С опухолевыми образованиями кишки.
 4. С мегаколон.
- 8.029. Для детального исследования илеоцекальной области и терминального отдела тонкой кишки наиболее целесообразно использовать:
1. Контрастную бариевую клизму.
 2. Метод контрастной энтероклизмы.
 3. Методику Шерижье.
 4. Пероральное заполнение.
- 8.030. Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта через 24 часа после приема бария (по продолжению) применяется для:
1. Изучения патологии толстой кишки.
 2. Исследования илеоцекальной области.
 3. Определения патологии поджелудочной железы.
 4. Изучения патологии тонкой кишки.
- 8.031. Дистальные отделы тонкой кишки наиболее целесообразно исследовать:
1. В вертикальном положении больного.
 2. Лежа на спине.
 3. Лежа на животе.
 4. В положении Тренделенбурга.
- 8.032. При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием холедоха или опухоли фатерова соска целесообразно применить в качестве уточняющей методики:
1. Внутривенную холеграфию.
 2. Инфузионную внутривенную холеграфию.
 3. Ретроградную эндоскопическую холангиографию.
 4. Компьютерную томографию.
- 8.033. При длительном выделении желчи из дренажа после операции на желчных путях показана:
1. Лапароскопия.
 2. Фистулография.
 3. Пероральная холецистография.
 4. Внутривенная холеграфия.
- 8.034. Из перечисленных методик рентгенологического исследования билиарной системы при желчно-каменной болезни наиболее распространенной и достаточно информативной является:
1. Релаксационная дуоденография.
 2. Компьютерная томография.
 3. Ретроградная эндоскопическая холангиография.
 4. Транспариетальная холангиография.
- 8.035. Методикой, уточняющей природу заболеваний при наличии объемного процесса в поджелудочной железе, осложненном механической желтухой, является:
1. Исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью.
 2. Релаксационная дуоденография.
 3. Инфузионная внутривенная холеграфия.
 4. Компьютерная томография.
- 8.036. Наиболее достоверные диагностические данные о состоянии селезенки получают при:
1. Просвечивании за экраном.
 2. Обзорной рентгенографии живота.
 3. Компьютерной томографии.
 4. При помощи пневмоперитонеума.
- 8.037. Аномалии развития селезенки (изменение формы, удвоение, хвостатая селезенка) и ее необычное расположение наиболее достоверно можно установить при помощи:
1. Просвечивания за экраном.
 2. Обзорной рентгенографии.

3. Пневмоперитонеума.
 4. Компьютерной томографии.
- 8.038. Условия для наиболее детального изучения формы, положения, размеров селезенки создаются при:
1. Рентгеноскопии.
 2. Рентгенографии брюшной полости.
 3. Контрастировании желудка и толстой кишки барием.
 4. Компьютерной томографии.
- 8.039. Рентгенологическое исследование ЖКТ после резекции желудка проводят:
1. Через 20 мин.
 2. Через 30 мин.
 3. Через 40 мин.
 4. В любое время.
- 8.040. Верхний полюс глотки находится на уровне:
1. Основания черепа.
 2. Хоан.
 3. Корня языка.
 4. Подъязычной кости.
- 8.041. Граница между глоткой и пищеводом находится на уровне:
1. Черпаловидных хрящей.
 2. 5 шейного позвонка.
 3. 6 шейного позвонка.
 4. 7 шейного позвонка.
- 8.042. Средняя ширина просвета пищевода при тугом заполнении не превышает:
1. 1 см.
 2. 2 см.
 3. 3 см.
 4. 4 см.
- 8.043. Сегментарное деление пищевода по Бромбару предусматривает:
1. 3 сегмента.
 2. 5 сегментов.
 3. 7 сегментов.
 4. 9 сегментов.
- 8.044. Основным видом моторики пищевода, способствующим продвижению твердой пищи, является:
1. Первичная перистальтическая волна.
 2. Вторичная перистальтическая волна.
 3. Третичные сокращения.
 4. Тотальный спазм пищевода.
- 8.045. При умеренном раздувании желудка (и других органов желудочно-кишечного тракта) его стенки в нормальных условиях:
1. Выпрямлены.
 2. Вогнуты.
 3. Выпуклы.
 4. Полигональны.
- 8.046. При перегибах желудка его свод смещается:
1. Кпереди.
 2. Кзади.
 3. Кнутри.
 4. Кнаружи.
- 8.047. Складки слизистой антрального отдела желудка являются результатом деятельности мышечного слоя. Нормальным для них положением является:
1. Продольное.
 2. Поперечное.
 3. Косое.
 4. Любое из перечисленных в зависимости от фазы моторики.
- 8.048. Перистальтика желудка в норме при вертикальном положении больного начинается на уровне:
1. Кардии.
 2. Верхней половины тела.
 3. Нижней половины тела.
 4. Антрального отдела.
- 8.049. В нормальных условиях продолжительность пассажа бария по тонкой кишке составляет:
1. 1 ч.
 2. 3 ч.
 3. 4-5 ч.
 4. 7 ч.
- 8.050. Фатеров сосок в 75% случаев локализуется на медиальной стенке двенадцатиперстной кишки в ее:
1. Верхней горизонтальной части.
 2. Нисходящем отделе.
 3. Восходящем отделе.
 4. Нижней горизонтальной части.
- 8.051. Какая из методик энтерографии является наиболее физиологичной?

1. Методика Шерижье.
 2. Методика Вейнтруба-Вильямса.
 3. Методика Михайлова-Ильяшевич.
 4. Методика Розенштрауха.
- 8.052. Форма селезенки чаще всего:
1. Округлая.
 2. Овальная.
 3. Бобовидная.
 4. Эллипсоидная.
- 8.053. Контуры селезенки в норме:
1. Четкие.
 2. Волнистые.
 3. Нечеткие.
 4. Четкие и ровные только по краю, прилежащему к диафрагме.
- 8.054. В норме правый купол диафрагмы располагается на уровне передних отделов:
1. III-IV ребер (VII-VIII позвонков).
 2. V-VI ребер (XI-XII позвонков).
 3. VII-VIII ребер (XI грудного позвонка).
 4. IX-X ребер (XII грудного позвонка).
- 8.055. Левый купол диафрагмы расположен по отношению к правому:
1. На одном уровне.
 2. На одно ребро (межреберье) ниже.
 3. На одно ребро (межреберье) выше.
 4. Ниже на вдохе, выше на выдохе.
- 8.056. У детей, по сравнению со взрослыми, диафрагма располагается:
1. Выше.
 2. Ниже.
 3. На том же уровне.
 4. Нет определенной закономерности.
- 8.057. У пожилых людей, по сравнению с молодыми, диафрагма обычно располагается:
1. На том же уровне.
 2. Выше.
 3. Ниже.
 4. Нет определенной закономерности.
- 8.058. Экскурсия диафрагмы в нормальных условиях составляет при умеренном вдохе и глубоком выдохе соответственно:
1. 0,5 см и 1 см.
 2. 2-3 см и 4 см.
 3. 1 см и 2 см.
 4. 4 см и 5 см.
- 8.059. Амплитуду дыхательных движений диафрагмы изучают:
1. По внутреннему отделу диафрагмы.
 2. По центральному отделу диафрагмы.
 3. По наружному отделу диафрагмы.
 4. По всем трем отделам.
- 8.060. Ведущим рентгенологическим симптомом атрезии пищевода является:
1. Сужение пищевода.
 2. Наличие слепого мешка.
 3. Деформация пищевода.
 4. Расширение пищевода.
- 8.061. Характерная форма кисты пищевода:
1. Округлая.
 2. Овальная или в виде висюльки капли.
 3. Неправильная.
 4. Типа «песочных часов».
- 8.062. При «грудном желудке» пищевод всегда:
1. Расширен.
 2. Укорочен.
 3. Деформирован.
 4. Извилист.
- 8.063. Для общей брыжейки тонкой и толстой кишки не характерно:
1. Отсутствие дуодено-еюнального изгиба.
 2. Расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости.
 3. Расположение петель подвздошной кишки в левой половине брюшной полости.
 4. Расположение слепой кишки в центральных отделах брюшной полости.
- 8.064. Выраженное расширение и удлинение дистальных отделов толстой кишки над участком локального сужения с гладкими контурами и плавными переходами у молодого пациента наблюдается при:
1. Болезни Гиршспрунга.
 2. Туберкулезе.
 3. Болезни Крона.
 4. Неспецифическом язвенном колите.

- 8.065. Аберрантная поджелудочная железа чаще локализуется в:
1. Печени.
 2. Антральном отделе желудка.
 3. Двенадцатиперстной кишке.
 4. Тощей кишке.
- 8.066. Рентгенологическим симптомом гипотонии глотки является:
1. Расширение позадиперстневидного мягкотканного пространства.
 2. Деформация грушевидных синусов.
 3. Задержка контрастного вещества в валекулах и грушевидных синусах.
 4. Асимметричное прохождение контрастного вещества через глотку.
- 8.067. Термин «штопорообразный пищевод» отражает:
1. Аномалии развития.
 2. Порок развития.
 3. Воспалительное заболевание.
 4. Нервно-мышечное заболевание.
- 8.068. Дисфагия при железодефицитной анемии (синдром Россолимо-Бехтерева, Пламмера-Винсона) является следствием функциональных нарушений, сужений и образований мембран в просвете пищевода на уровне:
1. Шейного отдела.
 2. Бифуркации трахеи.
 3. Нижней трети пищевода.
 4. Абдоминального сегмента и кардии.
- 8.069. Абдоминальный отрезок пищевода, имеющий вид «мышинного хвоста», описывают как характерный признак при:
1. Ахалазии кардии.
 2. Кардиоэзофагеальном раке.
 3. Склеродермии.
 4. Эпифренальном дивертикуле.
- 8.070. Пищевод в виде бус, четкообразный, штопорообразный, псевдодивертикулярный пищевод - эти названия отражают одни и те же изменения пищевода, а именно:
1. Множественные дивертикулы.
 2. Гипермоторную дискинезию (позажный спазм).
 3. Вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита.
 4. Варикоз пищевода.
- 8.071. Парадоксальная дисфагия (задержка жидкой пищи) может встретиться при:
1. Дивертикуле пищевода.
 2. Ожоге пищевода.
 3. Эзофагокардиальном раке.
 4. Ахалазии кардии.
- 8.072. Нарушение функции глотки и аспирация контрастного вещества в трахею наблюдается при:
1. Дивертикуле пищевода.
 2. Ожоге пищевода.
 3. Эзофагите.
 4. Бульбарном парезе (параличе) глотки.
- 8.073. При парезе глотки на стороне поражения валекулы и грушевидные синусы:
1. Расширены.
 2. Быстро опорожняются.
 3. Не заполняются.
 4. Деформированы.
- 8.074. Газовый пузырь желудка при ахалазии 3-4 степени:
1. Деформирован.
 2. Отсутствует.
 3. Уменьшен.
 4. Увеличен.
- 8.075. Рефлюкс-эзофагит возникает у больных:
1. С гипермоторной дискинезией пищевода.
 2. С грыжей пищеводного отверстия диафрагмы при повышенной кислотности желудочного сока.
 3. С гастритом с пониженной кислотностью желудочного сока.
 4. С раком желудка.
- 8.076. Основные симптомы эзофагита могут быть получены при:
1. Тугом заполнении пищевода барием.
 2. Двойном контрастировании.
 3. Изучении рельефа слизистой оболочки.
 4. Применении фармакологических препаратов.
- 8.077. При химических ожогах пищевода рубцовое сужение просвета чаще наблюдается в:
1. Местах физиологических сужений.
 2. Средней трети.
 3. Дистальной трети.
 4. Верхней трети.
- 8.078. Язвы пищевода чаще встречаются на уровне:
1. Шейного отдела.

2. Верхней трети.
 3. Средней трети.
 4. Нижней трети.
- 8.079. Наиболее частым осложнением язвы пищевода является:
1. Малигнизация.
 2. Рубцовое сужение пищевода.
 3. Перфорация стенки пищевода.
 4. Кровотечение.
- 8.080. Стойкое циркулярное сужение средней трети пищевода протяженностью более 6 см с супрастенотическим расширением и карманоподобным нависанием стенки на границе с сужением – характерные рентгенологические проявления при:
1. Эндофитном раке.
 2. Рубцовом сужении после ожога.
 3. Эзофагоспазме.
 4. Склерозирующем медиастините.
- 8.081. Перфорацию пищевода чаще можно наблюдать при:
1. Химическом ожоге.
 2. Склеродермии.
 3. Ахалазии.
 4. Варикозе.
- 8.082. Осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
1. Гастрит.
 2. Рак пищевода.
 3. Нервно-мышечные расстройства пищевода.
 4. Рефлюкс-эзофагит.
- 8.083. Рубцово-воспалительные изменения пищевода с укорочением его дистального отдела и фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы развиваются у больных:
1. С сахарным диабетом.
 2. С ахалазией кардии.
 3. С язвенной болезнью и недостаточностью кардии.
 4. После резекции желудка.
- 8.084. Рентгенологические признаки: дополнительная тень на фоне заднего средостения, краевой дефект стенки прилежащего участка пищевода с двумя и более контурами, отсутствие ригидности стенок, сохранения слизистой - характерны для:
1. Полиповидного рака пищевода.
 2. Увеличения бифуркационных лимфоузлов.
 3. Неэпителиальной опухоли.
 4. Аномально расположенной правой подключичной артерии.
- 8.085. Стойкое сужение пищевода протяженностью до 5 см с неровными контурами и ригидными стенками, нарушение проходимости пищевода, отсутствие нормального рельефа слизистой с симптомом обрыва складки - рентгенологические симптомы:
1. Эндофитного рака.
 2. Рубцовой стриктуры.
 3. Эзофагоспазма.
 4. Вторичных изменений при хроническом медиастините.
- 8.086. Среди доброкачественных опухолей пищевода чаще всего встречается:
1. Аденома.
 2. Папиллома.
 3. Лейомиома.
 4. Фиброма.
- 8.087. Наиболее выраженное супрастенотическое расширение пищевода следует ожидать при:
1. Полиповидном раке.
 2. Эндофитном раке верхней трети пищевода.
 3. Эндофитном раке нижней трети пищевода.
 4. Чашеподобной карциноме.
- 8.088. Рак пищевода чаще всего встречается в:
1. Верхнем отделе пищевода.
 2. Среднем отделе пищевода.
 3. Нижнем отделе пищевода.
 4. Абдоминальном отрезке пищевода.
- 8.089. Методикой, уточняющей распространение опухолевой инфильтрации стенки пищевода, является:
1. Компьютерная томография.
 2. Двойное контрастирование пищевода.
 3. Многопроекционное исследование пищевода с бариевой взвесью.
 4. Исследование пищевода с фармакологическими релаксантами.
- 8.090. Большая протяженность изменений пищевода в виде множественных дефектов наполнения с участками ригидности стенок наиболее характерны для:
1. Полипов.
 2. Рака.

3. Саркомы.
4. Варикоза пищевода.
- 8.091. Тракционные дивертикулы чаще обнаруживаются:
1. В шейном отделе пищевода.
 2. В ампулярной части пищевода.
 3. В абдоминальном отрезке пищевода.
 4. На уровне бифуркации трахеи.
- 8.092. Дивертикулы пищевода, образующиеся при хроническом медиастините, называются:
1. Тракционными.
 2. Эпифренальными.
 3. Пульсионными.
 4. Ценкеровскими.
- 8.093. Причиной развития бифуркационных тракционных дивертикулов пищевода является:
1. Праволежащая дуга аорты.
 2. Аневризма аорты.
 3. Сдавление пищевода увеличенным левым предсердием при пороках сердца.
 4. Бронхоаденит.
- 8.094. Горизонтальный уровень жидкости на фоне средостения не наблюдается при следующих изменениях пищевода:
1. Дивертикулезе.
 2. Варикозе пищевода.
 3. Врожденном укорочении пищевода.
 4. Ахалазии кардии.
- 8.095. Рентгенологическое исследование пищевода целесообразно проводить бариевой взвесью с добавлением вяжущих средств при:
1. Раке кардиального отдела.
 2. Варикозе пищевода.
 3. Дивертикулитах.
 4. Ахалазии кардии.
- 8.096. Варикоз пищевода лучше выявляется при:
1. Исследовании на трохоскопе густой бариевой взвесью в сочетании с пробой Мюллера.
 2. Двойном контрастировании.
 3. Линейной томографии пищевода.
 4. Использовании фармакологических препаратов.
- 8.097. Наиболее важной проекцией исследования больного при фарингоэзофагеальном (ценкеровском) дивертикуле является:
1. Прямая.
 2. Первая косая.
 3. Боковая.
 4. Вторая косая.
- 8.098. Варикоз пищевода наиболее часто наблюдается:
1. В верхней трети.
 2. В нижней трети.
 3. В средней трети.
 4. На протяжении всего пищевода.
- 8.099. Парез глотки типичен для:
1. Опухоли щитовидной железы.
 2. Праволежащей дуги аорты.
 3. Сердечных пороков.
 4. Периферического рака легкого.
- 8.100. В верхней трети пищевода при стандартном исследовании в прямой и первой косой проекциях определяется косо идущая линия просветления, дающая симптом «плохо репонированного перелома». Во второй косой проекции на этом уровне пищевод в виде небольшой дуги смещен кпереди. Эта картина патогномична для:
1. Праволежащей дуги аорты.
 2. Аномалии отхождения правой подключичной артерии.
 3. Рубцового сужения аортального сегмента.
 4. Врожденного стеноза пищевода.
- 8.101. Изменения пищевода, вызванные увеличением лимфатических узлов средостения, чаще всего выявляются на уровне:
1. Трахеального сегмента.
 2. Аортального сегмента.
 3. Бронхиального и подбронхиального сегментов.
 4. Ретроперикардального и наддиафрагмального сегментов.
- 8.102. Из перечисленных заболеваний вызывают дисфагию:
1. Деформация пищевода праволежащей дугой аорты.
 2. Аномальное положение правой подключичной артерии.
 3. Тракционный дивертикул.
 4. Варикоз пищевода.
- 8.103. При праволежащей аорте пищевод на уровне ее дуги смещается:
1. Кпереди и влево.

2. Кпереди и вправо.
 3. Кзади и влево.
 4. Кзади и вправо.
- 8.104. Типичной зоной локализации эзофаго-бронхиальных свищей являются:
1. Уровень бифуркации трахеи.
 2. Аортальный сегмент.
 3. Ретрокардиальный сегмент.
 4. Дистальный отдел пищевода.
- 8.105. Смещение пищевода кзади типично для:
1. Увеличения бифуркационных лимфоузлов средостения.
 2. Праволежащей аорты.
 3. Аномалии отхождения правой подключичной артерии.
 4. Аневризмы нисходящего отдела аорты.
- 8.106. Смещение пищевода кзади не характерно для:
1. Опухоли щитовидной железы.
 2. Увеличения бифуркационных лимфоузлов.
 3. Праволежащей аорты.
 4. Увеличения левого предсердия.
- 8.107. Сужение верхней трети пищевода не характерно для:
1. Рака пищевода.
 2. Рубцового сужения пищевода после ожога.
 3. Склерозирующего медиастинита.
 4. Стенозирующего эзофагита.
- 8.108. Сколько физиологических сужений имеется в пищеводе?
1. 2 сужения.
 2. 4 сужения.
 3. 5 сужений.
 4. 6 сужений.
- 8.109. У больного имеются боли за грудиной при приеме пищи, периодическая дисфагия. Рентгенологически в наддиафрагмальном сегменте пищевода определяются ниша на контуре и на рельефе диаметром 0,3 см. Просвет пищевода на этом уровне циркулярно сужен, проходимость для бариевой взвеси сохранена. Имеется фиксированная грыжа пищеводного отдела диафрагмы. Ваше заключение:
1. Язва пищевода.
 2. Блюдцеобразный рак.
 3. Эндофитный рак.
 4. Эзофагит.
- 8.110. Сужение просвета пищевода не характерно для:
1. Эндофитного рака.
 2. Язвы пищевода.
 3. Варикоза.
 4. Доброкачественной опухоли.
- 8.111. Расширение тени средостения за счет пищевода может наблюдаться при:
1. Ахалазии пищевода.
 2. Ожоге пищевода.
 3. Раке среднего отдела пищевода.
 4. Рефлюкс-эзофагите.
- 8.112. Для дифференциальной диагностики функциональных и органических сужений области пищеводно-желудочного перехода дают наилучший эффект следующие фармакологические препараты:
1. Группы холинолитиков - атропин, метацин.
 2. Группы нитритов - амилнитрит, нитроглицерин.
 3. Группы ганглиоблокаторов - бускопан и др.
 4. Группы холиномиметиков - морфин и др.
- 8.113. В рентгенологической картине ахалазии кардии, кардиоспазма, кардиоэзофагеального рака, склеродермии общим симптомом является:
1. Смещение пищевода.
 2. Расширение пищевода.
 3. Укорочение пищевода.
 4. Удлинение пищевода.
- 8.114. При дифференциальной диагностике воспалительных, опухолевых и рубцовых изменений пищевода наиболее эффективной методикой является:
1. Исследование с бариевой взвесью.
 2. Двойное контрастирование.
 3. Компьютерная томография.
 4. Использование фармакопрепаратов и функциональных проб.
- 8.115. Наиболее сходную рентгенологическую картину дают следующие заболевания пищевода:
1. Варикоз и рак.
 2. Чашеподобная карцинома и рак.
 3. Стенозирующий кардиоэзофагеальный рак и ахалазия кардии.
 4. Рубцовое сужение после ожога и изменения при склеродермии.
- 8.116. На основании сходной рентгенологической картины следует идентифицировать изменения пищевода при:
1. Склеродермии и рубцовом стенозе после ожога.
 2. Энтерогенной кисте и раке.

3. Атрезии и ахалазии.
 4. «Грудном» желудке и эпифренальном дивертикуле.
- 8.117. Плоское инородное тело (монета) в верхнем отделе пищевода располагается:
1. Горизонтально.
 2. В сагиттальной плоскости.
 3. Во фронтальной плоскости.
 4. Косо.
- 8.118. Методика Ивановой-Подобед применяется при рентгенодиагностике:
1. Малого рака пищевода.
 2. Инородного тела пищевода.
 3. Дивертикулов пищевода.
 4. Полипов пищевода.
- 8.119. Какая методика применяется в первую очередь для обнаружения инородного тела глотки и верхнего отдела пищевода:
1. Контрастное исследование глотки и пищевода.
 2. Проглатывание ваты, смоченной в бариевой взвеси.
 3. Боковая рентгенография шеи по Земцову.
 4. Методика Ивановой-Подобед.
- 8.120. Для обнаружения инородного тела грудного отдела пищевода предпочтительнее:
1. Контрастное исследование пищевода.
 2. Методика Ивановой-Подобед.
 3. Двойное контрастирование пищевода.
 4. Проглатывание ваты, смоченной барием.
- 8.121. Остроконечная ниша малой кривизны тела желудка до 1 см в диаметре, выступающая за контур, с симметричным овалом, эластичной стенкой вокруг характерна для:
1. Доброкачественной язвы.
 2. Пенетрирующей язвы.
 3. Озлокачествленной язвы.
 4. Эрозивно-язвенного рака.
- 8.122. Трехслойная ниша, выступающая за контур желудка, рубцовая деформация желудка и воспалительная перестройка рельефа слизистой характерны для:
1. Острой язвы.
 2. Пенетрирующей язвы.
 3. Озлокачествленной язвы.
 4. Инфильтративно-язвенного рака.
- 8.123. Плоская ниша в антральном отделе желудка 2,5 см в диаметре неправильной формы с обширной аперистальтической зоной вокруг характерна для:
1. Доброкачественной язвы.
 2. Пенетрирующей язвы.
 3. Озлокачествленной язвы.
 4. Эрозивного начального рака.
- 8.124. Поверхностная ниша в виде «штриха» с зоной сглаженной слизистой вокруг, выпрямленность и укорочение малой кривизны желудка соответственно локализации изменений - характерные проявления:
1. Доброкачественной язвы.
 2. Пенетрирующей язвы.
 3. Озлокачествленной язвы.
 4. Эрозивного рака.
- 8.125. Наиболее частым видом послеязвенной рубцовой деформации желудка является деформация по типу:
1. «Песочных» часов.
 2. Улитки.
 3. Гаудековской.
 4. Каскадной.
- 8.126. В пилорoduodenальной области рубцово-язвенный стеноз чаще встречается на уровне:
1. Препилорического отдела желудка.
 2. Привратника.
 3. Луковицы двенадцатиперстной кишки.
 4. Постбульбарного отдела.
- 8.127. Дифференциальная рентгенодиагностика хронических и острых язв желудка возможна на основании одного из приведенных ниже симптомов:
1. Рубцовая деформация желудка с центром рубцевания соответственно локализации язвы.
 2. Диаметр язвенного кратера более 2 см.
 3. Симптом слоистости в язвенной нише.
 4. Конвергенция складок слизистой к язве.
- 8.128. Деформация по типу «песочных часов» - это асимметричное сужение просвета желудка в:
1. Теле желудка.
 2. Антральном отделе желудка.
 3. Препилорическом отделе желудка.
 4. Любом отделе желудка.
- 8.129. Улиткообразная деформация желудка является следствием рубцевания хронической язвы на малой кривизне в области:
1. Тела желудка.

2. Угла желудка.
 3. Антрального отдела желудка.
 4. Привратника желудка.
- 8.130. Деформация антрального отдела (улиткообразное скручивание) является результатом рубцевания хронической язвы на малой кривизне в области:
1. Верхней половины тела желудка.
 2. Нижней половины тела желудка.
 3. Угла желудка.
 4. Антрального отдела желудка.
- 8.131. Желудок увеличен в размерах с жидкостью натошак. Малая кривизна антрального отдела укорочена, пилородуоденальная область гипермотильна, привратник сужен, асимметричен, луковица двенадцатиперстной кишки деформирована. Опорожнение желудка замедленное. Ваше заключение:
1. Эндофитный рак.
 2. Рубцово-язвенный стеноз привратника.
 3. Антральный ригидный гастрит.
 4. Врожденный пилоростеноз.
- 8.132. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована: на латеральном контуре карман растянут, на медиальном дефект. Язвенную нишу следует искать на:
1. Передней стенке.
 2. Верхушке луковицы.
 3. Латеральной стенке.
 4. В основании луковицы.
- 8.133. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована в виде трилистника. Язвенную нишу (или т.н. «целующиеся ниши») следует искать:
1. В основании луковицы.
 2. На передней и задней стенках.
 3. На вершине луковицы.
 4. В основании луковицы.
- 8.134. Множественные дефекты наполнения в теле и синусе желудка неправильно овальной формы, конфигурация их меняется в процессе исследования. Эластичность стенок и перистальтика желудка сохранены. Эти симптомы характерны для:
1. Варикоза желудка.
 2. Избыточной слизи желудка.
 3. Полипов.
 4. Полипозного гастрита.
- 8.135. Множественные дефекты наполнения в антральном отделе желудка 0,5-1 см в диаметре, правильной округлой формы с четкими контурами и гладкой поверхностью на фоне неизменной слизистой – рентгенологические симптомы:
1. Варикоза желудка.
 2. Избыточной слизи желудка.
 3. Полипов.
 4. Полипозного гастрита.
- 8.136. Определяющими симптомами диффузного рака являются:
1. Уменьшение размеров желудочного пузыря, отсутствие перистальтики, нарушение эвакуации в желудке.
 2. Центральный дефект наполнения, дефект на рельефе, дополнительная тень на фоне газового пузыря желудка.
 3. Деформация желудка, ригидность его стенок, микрогастрия.
 4. Дефект наполнения, атипичный рельеф, нарушение перистальтики.
- 8.137. Ранний (начальный) рак желудка – это:
1. Полиповидная опухоль размером до 3 см.
 2. Опухоль слизистой оболочки и подслизистого слоя.
 3. Опухолевидная инфильтрация размерами до 3 см.
 4. «Малый» рак.
- 8.138. Ранний рак желудка - это понятие:
1. Рентгенологическое.
 2. Эндоскопическое.
 3. Хирургическое.
 4. Морфологическое.
- 8.139. Антральный отдел желудка укорочен и циркулярно сужен, контуры его неровные, перистальтика ослабленная, складки слизистой поперечно или косо перестроены. Это рентгенологическая картина:
1. Эндофитного рака.
 2. Рубцово-язвенного стеноза привратника.
 3. Антрального ригидного гастрита.
 4. Улиткообразной деформации.
- 8.140. Антральный отдел желудка концентрически сужен, контуры его неровные, стенки ригидные, привратник зияет, складки слизистой не прослеживаются. Ваше заключение:
1. Эндофитный рак.
 2. Рубцово-язвенный стеноз привратника.

3. Антральный ригидный гастрит.
 4. Сдавление желудка извне.
- 8.141. Желудок увеличен в объеме, пилорический канал удлинен и зияет, основание луковицы плоско-вогнуто, в привратнике и препилорическом отделе складки не прослеживаются. Ваше заключение:
1. Рубцово-язвенный стеноз привратника.
 2. Ригидный антральный гастрит.
 3. Раковый стеноз привратника.
 4. Врожденный пилоростеноз.
- 8.142. Одиночный дефект наполнения желудка размерами 2 см и более неправильно округлой формы, со структурной поверхностью и широким основанием - рентгенологические симптомы, характерные для:
1. Полипа.
 2. Неэпителиальной опухоли.
 3. Полипозного рака.
 4. Беоара.
- 8.143. Множественные дефекты на рельефе верхнего отдела желудка и дистального отдела пищевода размерами 1-2 см в сочетании с расширенными складками и сохраненной эластичностью стенок характерны для:
1. Варикоза.
 2. Избыточной слизистой.
 3. Полипов.
 4. Универсального гастрита.
- 8.144. Одиночный центральный дефект наполнения желудка неправильно округлой формы размерами более 3 см, легко смещающийся более чем на 10 см - характерные признаки:
1. Полипа.
 2. Неэпителиальной опухоли.
 3. Полипозного рака.
 4. Беоара.
- 8.145. Сифилитическая инфильтрация стенки желудка с исходом в склероз не имеет сходства с:
1. Ригидным антральным гастритом.
 2. Рубцовыми изменениями после ожога.
 3. Злокачественной лимфомой.
 4. Эндофитным раком скirrosного типа.
- 8.146. Пептическая язва анастомоза после резекции желудка чаще встречается при:
1. Резекции по Бильрот-I по поводу язвы.
 2. Резекции по Б-I по поводу опухоли.
 3. Резекции по Б-II по поводу язвы.
 4. Резекции по Б-II по поводу опухоли.
- 8.147. Наиболее важное методическое условие для рентгено-диагностики левостороннего поддиафрагмального абсцесса, как раннего осложнения после резекции желудка – это:
1. Латерограмма левого поддиафрагмального пространства.
 2. Прямая и боковая рентгенограммы левого поддиафрагмального пространства.
 3. Рентгенограммы с контрастированием культи желудка.
 4. Рентгенограммы с контрастированием селезеночной кривизны ободочной кишки.
- 8.148. Снижение тонуса двенадцатиперстной кишки со стазом бария в нижнем горизонтальном отделе при сохраненной проходимости, гиперсекреция, расширение складок слизистой – рентгенологические симптомы:
1. Дуоденита.
 2. Панкреатита.
 3. Кольцевидной поджелудочной железы.
 4. Хронической артерио-мезентериальной непроходимости.
- 8.149. Небольшое выпячивание неопределенной формы на медиальной стенке верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки с контрастным пятном, стойкое сужение просвета на этом уровне без нарушения проходимости, выраженная гипермобильность, утолщение складок слизистой – характерные признаки:
1. Внелуковичной язвы.
 2. Распадающегося рака.
 3. Дивертикулита.
 4. Дуоденита.
- 8.150. Четкообразные сужения и выпрямленность терминального отдела подвздошной кишки на протяжении 15-25 см, изменения рельефа слизистой по воспалительному типу с изъязвлениями и псевдополипами, зияние баугиниевой заслонки, гипермобильность зоны изменений - это рентгенологическая картина:
1. Энтерита.
 2. Рака.
 3. Болезни Крона.
 4. Лимфогранулематоза.
- 8.151. При стандартном рентгенологическом исследовании определяется повышенный тонус тонкой кишки, жидкость и слизь в просвете. В условиях искусственной гипотонии определяется зернисто-нодулярный рельеф, утолщенные круговые складки. Ваше заключение:
1. Болезнь Крона.

2. Туберкулез.
 3. Энтерит.
 4. Лимфогранулематоз.
- 8.152. Внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки чаще локализуются на уровне:
1. Верхней горизонтальной части и верхнего изгиба.
 2. Нисходящей части.
 3. Нижнего изгиба.
 4. Нижней горизонтальной части.
- 8.153. Ограниченное сужение просвета терминального отдела тонкой кишки в форме ригидного канала с исчезновением складок и супрастенотическим расширением, фиксированность пораженного сегмента - характерные рентгенологические признаки:
1. Болезни Крона.
 2. Туберкулеза в инфильтративной форме.
 3. Стенозирующего рака.
 4. Саркомы.
- 8.154. У больного с механической желтухой в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки определяется дефект заполнения размерами 2×2,5 см неправильной формы. Кишка раздражена. Эти симптомы характерны для:
1. Саркомы.
 2. Рака фатерова соска.
 3. Лейомиомы.
 4. Полипа.
- 8.155. Петля двенадцатиперстной кишки развернута, ее медиальный контур деформирован, ригидный, имеется симптом полутени (кулис) и признаки разрушения слизистой. Ваше заключение:
1. Рак головки поджелудочной железы.
 2. Панкреатит.
 3. Дуоденит.
 4. Перидуоденит.
- 8.156. Округлое выпячивание медиальной стенки двенадцатиперстной кишки размерами 1×1,5 см с эластичными стенками, в которой определяются складки слизистой - признаки, характерные для:
1. Доброкачественной язвы.
 2. Распадающегося рака.
 3. Дивертикула.
 4. Кисты.
- 8.157. Из перечисленных заболеваний тонкой кишки наиболее редко диагностируется рентгенологически:
1. Энтерит.
 2. Злокачественная лимфома.
 3. Неэпителиальная опухоль.
 4. Пневматоз стенки.
- 8.158. В основе рентгенодиагностики функциональных нарушений толстой кишки находится оценка:
1. Положения и размеров кишки.
 2. Гаустрации, ширины просвета, сроков пассажа бария.
 3. Рельефа слизистой оболочки.
 4. Эластичности стенок кишки.
- 8.159. При пероральном контрастировании толстой кишки через 24 часа наблюдается неравномерное распределение бария с наличием гаустральных и шнуровых спазмов. Через 49 часов толстая кишка от бария свободна. При ирригоскопии отмечается наличие раздраженных сегментов кишки с быстрым освобождением их от бариевой взвеси. Ваш диагноз:
1. Синдром раздраженной толстой кишки.
 2. Спастический запор.
 3. Ишемический колит.
 4. Функциональная диарея.
- 8.160. При рентгенологическом исследовании ободочной кишки в ее левой половине Вами отмечена мелкая зубчатость и двойной контур кишечной стенки, отсутствие гаустр, нарушение моторики, отечность складок слизистой. Ваше заключение:
1. Токсический мегаколон.
 2. Дивертикулез.
 3. Неспецифический язвенный колит.
 4. Злокачественная лимфома.
- 8.161. Сужение и укорочение толстой кишки, диффузные изменения рельефа слизистой с множественными полиповидными дефектами, гипермоторность – характерные признаки:
1. Банального колита.
 2. Полипоза.
 3. Злокачественной лимфомы.
 4. Неспецифического язвенного колита.
- 8.162. Краевой дефект заполнения диаметром 4-5 см с гладкими очертаниями выявлен в нижнемедиальном отделе слепой кишки, подвижность которой ограничена. После опорожнения кишки прослеживаются складки слизистой отодвинутые опухолевым образованием. Кишка раздражена. Субфебрилитет. Это проявления:
1. Экзофитного рака с прорастанием стенки кишки.
 2. Аппендикулярного инфильтрата.

3. Злокачественной лимфомы.
4. Неэпителиальной подслизистой опухоли.
- 8.163. Дефект наполнения в сигмовидном отделе ободочной кишки более 1,5 см в диаметре с волнистыми контурами и ячеистой структурой, меняющий форму при повышении внутрикишечного давления – рентгенологические признаки:
1. Аденоматозного полипа.
 2. Ювенильного полипа.
 3. Ворсинчатой опухоли.
 4. Неэпителиальной опухоли.
- 8.164. Наиболее часто (60%) карциноидные опухоли желудочно-кишечного тракта встречаются в:
1. Червеобразном отростке.
 2. Подвздошной кишке.
 3. Тощей кишке.
 4. Ободочной кишке.
- 8.165. Округлый дефект наполнения в левой половине ободочной кишки с ровными контурами, размерами до 2 см в диаметре наиболее характерен для:
1. Дивертикула.
 2. Экзофитного рака.
 3. Полипа.
 4. Давления извне.
- 8.166. Многочисленные округлые дефекты наполнения ободочной кишки с четкими контурами на фоне неизменной слизистой характерны для:
1. Рака.
 2. Болезни Крона.
 3. Множественных (групповых) полипов.
 4. Дивертикулеза.
- 8.167. Одиночный округлый дефект наполнения в толстой кишке с бугристой поверхностью размерами более 3 см – это рентгенологические признаки:
1. Дивертикула.
 2. Экзофитного рака.
 3. Полипа.
 4. Болезни Гиршпрунга.
- 8.168. Стойкое циркулярное сужение толстой кишки с подрытыми краями и неровными контурами наблюдается при:
1. Дивертикулезе.
 2. Стенозирующем раке.
 3. Неспецифическом язвенном колите.
 4. Болезни Гиршпрунга.
- 8.169. Сигмовидная кишка смещена вверх и фиксирована, ее просвет неравномерно сужен, рельеф сохранен, но перестроен. Такая картина наблюдается при:
1. Неспецифическом язвенном колите.
 2. Раке сигмовидной кишки.
 3. Вторичных изменениях кишки патологическими процессами придатков матки.
 4. Эктопированной («тазовой») почке.
- 8.170. Центральный округлый дефект наполнения диаметром около 8 см в дистальном отделе сигмы, которая на уровне дефекта и выше значительно расширена. Соответственно локализации дефекта пальпируется плотное образование, смещаемое вместе с кишкой. Проймимость кишки затруднена, больной жалуется на запоры. Ваше заключение:
1. Рак.
 2. Доброкачественная эпителиальная опухоль.
 3. Доброкачественная неэпителиальная опухоль.
 4. Каловый камень.
- 8.171. Сочетание полипоза толстой кишки, множественных остеом, опухолей мягких тканей характерно для синдрома:
1. Гарднера.
 2. Пейтца-Егерса.
 3. Карциноидного.
 4. Золлингера-Эллисона.
- 8.172. При рентгенологическом исследовании оперированной толстой кишки первоочередное внимание уделяется оценке:
1. Формы и положения кишки.
 2. Состоянию созданных анастомозов.
 3. Проймимости кишки.
 4. Рельефу слизистой оболочки.
- 8.173. При рентгенологической оценке анастомоза после брюшно-промежностной резекции прямой кишки с сохранением сфинктера следует учитывать, что анастомоз накладывается:
1. Бок в бок выше уровня входа в малый таз.
 2. Конец в конец выше уровня входа в малый таз.
 3. Бок в бок на уровне входа в малый таз.
 4. Конец в конец на уровне средних отделов крестца.
- 8.174. Симптом развращения подковы двенадцатиперстной кишки ярче выражен при:

1. Раке большого дуоденального (фатерова) соска.
 2. Раке головки поджелудочной железы.
 3. Кистах головки поджелудочной железы.
 4. Панкреатите.
- 8.175. Типичные изменения протоков поджелудочной железы при панкреатите имеют характер:
1. Полной обтурации.
 2. Одиночного или множественного сужения.
 3. Неравномерного расширения вирсунгова протока и деформации его ветвей.
 4. Кистозного расширения.
- 8.176. Контрастированный холедох на РХП-граммах при хроническом панкреатите:
1. Полностью обтурирован.
 2. Воронкообразно сужен.
 3. Расширен, местами сужен.
 4. Равномерно сужен (тубулярное сужение).
- 8.177. Высокие цифры кислотности желудочного сока, при рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки множественные язвы, выраженная гиперсекреция, при ангиографии поджелудочной железы - опухоль с богатой васкуляризацией. Эта триада симптомов характерна для:
1. Рака поджелудочной железы.
 2. Панкреатита.
 3. Синдрома Золлингера – Эллисона.
 4. Карциноидного синдрома.
- 8.178. Обтурационная желтуха, при рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки смещение антрального отдела кпереди и вверх, ригидность и атипичный рельеф слизистой в области медиальной стенки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. Эта триада симптомов характерна для:
1. Рака поджелудочной железы.
 2. Панкреатита.
 3. Синдрома Золлингера – Эллисона.
 4. Карциноидного синдрома.
- 8.179. В анамнезе больного обтурационная желтуха, операция по поводу индуративного панкреатита. При рентгенологическом исследовании брюшной полости выявляется газ в желчных протоках. Наиболее вероятен следующий вид операции:
1. Билиодигестивный анастомоз.
 2. Панкреатодуоденальная резекция.
 3. Резекция хвоста поджелудочной железы.
 4. Дренирование сальниковой сумки.
- 8.180. Три месяца назад больной перенес операцию по поводу рака головки поджелудочной железы. При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости в проекции холедоха и панкреатического протока определяются дренажные трубки, имеется газ в желчных протоках. Наиболее вероятен следующий вид операции:
1. Билиодигестивный анастомоз.
 2. Панкреатодуоденальная резекция.
 3. Резекция хвоста поджелудочной железы.
 4. Дренирование сальниковой сумки.
- 8.181. В анамнезе больного операция по поводу кисты поджелудочной железы. При рентгенологическом исследовании у задней стенки тела желудка выявляются металлические скобки, тень селезенки отсутствует, левый диафрагмальный синус облитерирован. Наиболее вероятен следующий вид операции:
1. Панкреатодуоденальная резекция.
 2. Билиодигестивный анастомоз.
 3. Резекция хвоста поджелудочной железы.
 4. Дренирование сальниковой сумки.
- 8.182. При подозрении на опухолевое поражение печени наиболее информативной методикой исследования является:
1. Обзорная рентгенография брюшной полости.
 2. Исследования в условиях пневмоперитонеума.
 3. Компьютерная томография и УЗИ.
 4. Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта.
- 8.183. Увеличенная печень с множественными обызвествлениями в виде глыбок или колец на значительном протяжении органа наблюдается при:
1. Абсцессах печени.
 2. Метастазах в печень.
 3. Конкрементах или обызвествлениях, расположенных забрюшинно.
 4. Эхинококкозе печени.
- 8.184. Смещение кардиального отдела и тела желудка кзади и влево, а выходного отдела - книзу наблюдается при:
1. Портальной гипертензии.
 2. Водянке желчного пузыря.
 3. Увеличении левой доли печени.
 4. Увеличении поджелудочной железы.
- 8.185. Увеличение печени в виде органического выбухания полушаровидной формы с ровными контурами и участками обызвествления в виде серпа или глыбок характерно для:
1. Рака печени.
 2. Эхинококковой кисты.

3. Частичной релаксации диафрагмы.
 4. Обызвествления реберных хрящей.
- 8.186. Отмечаются увеличение печени или ее деформация в виде ограниченного выбухания. В условиях пневмоперитонеума поверхность ее неровная, выявлен асцит. При спленопортографии в печени имеется бессосудистый участок с неровными контурами. Такие изменения наблюдаются при:
1. Гепатите.
 2. Первичном раке.
 3. Эхинококковой кисте.
 4. Гипертрофическом циррозе.
- 8.187. Нарушение работы сфинктеров и мускулатуры желчного пузыря и общего желчного протока, проявляющееся изменением нормального характера опорожнения желчного пузыря, наблюдается при:
1. Ожирении.
 2. Гепатитах.
 3. Дискинезиях пузыря и протоков.
 4. Доброкачественной опухоли желчного пузыря.
- 8.188. Размеры контрастированного желчного пузыря 3×5 см или 4×6 см. После приема желчегонного завтрака через 15 мин его размеры уменьшились на 3/4, а через 1 час его почти не видно. Имеет место:
1. Гипертоническая, гиперкинетическая дискинезия.
 2. Гипотоническая, гипокинетическая дискинезия.
 3. Блокада сфинктера Мирисси.
 4. Блокада сфинктера Одди.
- 8.189. Малоконтрастная тень желчного пузыря больших размеров слабо сокращается после желчегонного завтрака: через 3-4 часа в нем остается 70-80% контрастированной желчи. Имеет место:
1. Гипертоническая, гиперкинетическая дискинезия.
 2. Гипотоническая, гипокинетическая дискинезия.
 3. Спазм сфинктера Одди.
 4. Водянка желчного пузыря.
- 8.190. Обнаружение необызвествленных камней желчного пузыря и протоков на рентгенограммах без контрастирования билиарной системы:
1. Невозможно.
 2. Возможно в любом случае.
 3. Возможно при множественных мелких конкрементах.
 4. Возможно при размерах конкремента с гранью или диаметром более 1 см.
- 8.191. Холедох расширен, его дистальный конец имеет вид «выпуклой» линзы. Контрастное вещество в 12-перстную кишку не поступает. После приема спазмолитиков картина нормализуется. Имеет место:
1. Опухоль папиллярной области.
 2. Стенозирующий папиллит.
 3. Спазм сфинктера Одди.
 4. Дискинезия желчного пузыря.
- 8.192. Округлое краевое образование желчного пузыря 1,5×2 см, не меняющее своего положения в различных проекциях, является симптомом:
1. Доброкачественной опухоли.
 2. Перихолецистита.
 3. Конкремента.
 4. Рака.
- 8.193. Образование камней желчного пузыря обусловлено процессами:
1. Механическими.
 2. Химическими.
 3. Тепловыми.
 4. Физико-химическими.
- 8.194. При внутренней холецистохолангиографии выявлены быстрая гомогенизация тени пузыря, контрастирование пузыря снизу вверх, нечеткость границ между слоями пузыря и контрастированной желчи. Эти признаки свидетельствуют о:
1. Нарушении концентрационной функции желчного пузыря.
 2. Ненормальном соотношении альбуминов и глобулинов крови.
 3. Нарушении белковой функции печени.
 4. Нарушении двигательной функции желчного пузыря.
- 8.195. Наличие газа в желчных протоках свидетельствует о:
1. Недостаточности сфинктера Одди.
 2. Холангите.
 3. Внутреннем желчном свище.
 4. Эмфизематозном холецистите.
- 8.196. При отсутствии тени внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря, и наличии контрастного вещества в 12-перстной кишке целесообразно использовать:
1. Атропин.
 2. Морфин.
 3. Аэрон.
 4. Метацин.
- 8.197. У больного через 8 дней после операции холецистэктомии справа под диафрагмой на фоне тени печени определяется широкий уровень жидкости. Движение диафрагмы при дыхании отсутствует, контур ее нечеткий, над ней – дисковидный ателектаз, в косто-диафрагмальном синусе жидкость. Ваше заключение:
1. Абсцесс печени.

2. Интерпозиция толстой кишки.
 3. Подпеченочный абсцесс.
 4. Поддиафрагмальный абсцесс.
- 8.198. У больного после холецистэктомии и дренирования холедоха по поводу калькулезного холецистита, холедохолитиаза через дренажную трубку отделяется много желчи, кал обесцвечен. Форма obturации в виде менископодобного вдавления. Причина obturации:
1. Рак.
 2. Камень.
 3. Рубцовая стриктура.
 4. Спазм.
- 8.199. При увеличении селезенки наиболее типично смещение:
1. Диафрагмы.
 2. Желудка.
 3. Ободочной кишки.
 4. Двенадцатиперстной кишки.
- 8.200. Наиболее часто обызвествления селезенки наблюдаются при:
1. Инфаркте.
 2. Бактериальной инфекции.
 3. Субкапсулярной гематоме.
 4. Паразитарных кистах.
- 8.201. Отложение извести в селезенке при различных патологических процессах дают рентгенологическую картину:
1. Обширного беспорядочного обызвествления.
 2. Крапчатого обызвествления.
 3. Кольцевидных теней.
 4. Любое сочетание перечисленных выше.
- 8.202. В раннем периоде после операции спленэктомии не характерен следующий симптом:
1. Выпот в косто-диафрагмальном синусе.
 2. Релаксация диафрагмы.
 3. Уровень жидкости под диафрагмой.
 4. Хорошая подвижность диафрагмы.
- 8.203. Частичная релаксация диафрагмы обычно определяется:
1. Справа в передних отделах.
 2. Справа в задних отделах.
 3. Слева в задних отделах.
 4. Слева в передних отделах.
- 8.204. Полная релаксация диафрагмы встречается:
1. Справа.
 2. Слева.
 3. С обеих сторон.
 4. В центральных отделах.
- 8.205. Выраженное нарушение подвижности диафрагмы не характерно при:
1. Панкреатите.
 2. Холецистите.
 3. Поддиафрагмальном абсцессе.
 4. Циррозе печени.
- 8.206. Гомогенная, полукруглая, четко очерченная тень, интимно связанная с передне-внутренними отделами правого купола диафрагмы, в боковой проекции отходит от передней грудной стенки. При пневмоперитонеуме определяется истончение диафрагмы, которая повторяет форму указанной тени. Такая рентгенологическая картина характерна для:
1. Кисты диафрагмы.
 2. Диафрагмальной грыжи.
 3. Релаксации диафрагмы.
 4. Опухоли печени.
- 8.207. При вовлечении диафрагмы в воспалительный процесс нехарактерным является:
1. Нормальная подвижность купола.
 2. Утолщение диафрагмы.
 3. Выпот в плевральных синусах.
 4. Отсутствие подвижности купола.
- 8.208. Первичные опухоли диафрагмы рентгенологически чаще проявляются:
1. Резким ограничением подвижности.
 2. Утолщением одного из куполов.
 3. Округлой или овальной тенью с гладкими или волнистыми контурами.
 4. Неправильной формы тенью с неровной поверхностью и нечеткими очертаниями.
- 8.209. При вторичных опухолях диафрагмы наибольшее клиническое значение имеет прорастание из:
1. Грудной клетки.
 2. Легкого.
 3. Плевры.
 4. Кардиального отдела желудка.
- 8.210. Непаразитарные кисты диафрагмы преимущественно локализуются в:
1. Переднем отделе правого купола.
 2. Заднем отделе правого купола.

3. Переднем отделе левого купола.
 4. Заднем отделе левого купола.
- 8.211. Эхинококковые кисты диафрагмы чаще располагаются в:
1. Переднем отделе правого купола.
 2. Заднем отделе правого купола.
 3. Переднем отделе левого купола.
 4. Заднем отделе левого купола.
- 8.212. Абдоминальная часть пищевода и верхняя часть желудка находится выше диафрагмы, пищевод перед впадением в желудок образует изгибы. Такая картина характерна для:
1. Параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
 2. Аксиальной грыжи пищеводного отдела диафрагмы.
 3. Релаксации диафрагмы.
 4. Парастеральной грыжи.
- 8.213. Определяющим симптомом при параэзофагеальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы является:
1. Короткий пищевод.
 2. Удлиненный пищевод.
 3. Перемещение кардиального отдела желудка.
 4. Обычное расположение кардии.
- 8.214. При горизонтальном уровне жидкости на фоне средостения и хорошем самочувствии исследуемого в целях диагностики следует в первую очередь осуществить:
1. Исследование пищевода с барием.
 2. Томографию средостения.
 3. Латероскопию средостения.
 4. Париетографию пищевода.
- 8.215. Неоднородное затемнение в правом кардиальном углу, примыкающее к передней грудной стенке, в котором определяются петли кишечника - симптомы, характерные для:
1. Целомической кисты перикарда.
 2. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
 3. Грыжи Ларрея.
 4. Грыжи Бохдалека.
- 8.216. Травматические грыжи диафрагмы образуются в:
1. Центральном отделе.
 2. Заднем отделе правого купола.
 3. Заднем отделе левого купола.
 4. Переднем отделе левого купола.
- 8.217. Грыжи слабых зон диафрагмы наблюдаются чаще:
1. В сухожильном центре.
 2. В аортальном отверстии.
 3. Парастерально.
 4. Паракостально.
- 8.218. При дифференциальной диагностике между опухолевыми образованиями, релаксацией диафрагмы и патологическими процессами под диафрагмой наиболее информативной рентгенологической методикой является:
1. Бесконтрастная рентгенография.
 2. Компьютерная томография.
 3. Пневмоперитонеум.
 4. Пневмоторакс.
- 8.219. При дифференциальной диагностике между патологическими образованиями диафрагмы и органами грудной клетки наиболее информативной рентгенологической методикой является:
1. Обзорная рентгенография грудной клетки.
 2. Линейная томография.
 3. Пневмоперитонеум.
 4. Компьютерная томография.
- 8.220. Для рентгенологического определения содержимого грыжевого выпячивания передней брюшной стенки в большинстве случаев достаточно:
1. Обзорного исследования брюшной полости.
 2. Исследования в условиях пневмоперитонеума.
 3. Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта в прямой проекции.
 4. Контрастного исследования желудочно-кишечного тракта в боковой проекции.
- 8.221. К рентгенологическим признакам наличия свободной жидкости в брюшной полости относятся все перечисленные симптомы, за исключением признака:
1. Расширение латеральных каналов, нечеткость анатомических деталей.
 2. Воздушные тонкокишечные «арки», не имеющие уровня жидкости.
 3. Треугольные, полулунные и полосовидные затемнения между раздутыми кишечными петлями.

4. При перемене положения тела больного наибольшая степень затемнения каждый раз определяется в нижележащих отделах брюшной полости.
- 8.222. Прямое рентгенологическое изображение спаек в брюшной полости может быть получено при:
1. Контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта с барием.
 2. Пневмогастроколоноскопии.
 3. Пневмоперитонеуме.
 4. Обзорном исследовании органов брюшной полости.
- 8.223. Ограниченный перитонит – абсцесс брюшной полости чаще всего встречается и выявляется рентгенологически:
1. Под диафрагмой.
 2. Под печенью.
 3. Между кишечными петлями.
 4. В правой подвздошной области.
- 8.224. К прямым рентгенологическим признакам абсцесса брюшной полости относят:
1. Ограниченное затемнение брюшной полости.
 2. Смещение органов, окружающих участок затемнения.
 3. Ограниченный парез соседних кишечных петель.
 4. Газ и горизонтальный уровень жидкости в ограниченной полости.
- 8.225. Для патологического воспалительного процесса брюшной полости характерна следующая рентгенологическая симптоматика:
1. Симптом «пустоты», обусловленный раздвижением кишечных петель.
 2. Смещение ободочной кишки кзади.
 3. Фиксация и раздраженность смещенных образований кишечных петель.
 4. Ригидность стенок, атипичный рельеф слизистой и нарушение проходимости смещенных кишечных петель.
- 8.226. При дифференциальной рентгенодиагностике внутри брюшной и забрюшинной локализации патологических образований наиболее наглядным симптомом забрюшинной локализации является:
1. Смещение желудка кверху.
 2. Смещение желудка кпереди.
 3. Смещение селезеночного угла ободочной кишки книзу и медиально.
 4. Смещение дуодено-еюнального изгиба книзу и вправо.
- 8.227. При дифференциальной рентгенодиагностике внутри брюшной и забрюшинной локализации патологических образований симптомом забрюшинной локализации не является:
1. Смещение поперечно-ободочной кишки кверху.
 2. Смещение восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки кпереди.
 3. Расширение мочеточников.
 4. Фиксация петель тонкой кишки.
- 8.228. Наиболее надежный рентгенологический метод исследования в определении доброкачественности забрюшинного образования из перечисленных – это:
1. Компьютерная томография.
 2. Обзорная рентгенография.
 3. Обзорная рентгеноскопия.
 4. Урография.
- 8.229. Из патологических неорганных образований забрюшинного пространства чаще всего встречаются:
1. Доброкачественные опухоли.
 2. Злокачественные опухоли.
 3. Кисты.
 4. Воспалительные инфильтраты.
- 8.230. Достоверным симптомом перфорации полого органа является:
1. Нарушение положения и функции диафрагмы.
 2. Свободный газ в брюшной полости.
 3. Смещение почек.
 4. Метеоризм.
- 8.231. У больного с клиникой острого живота при рентгенологическом исследовании обнаружен свободный газ в брюшной полости. Рентгенолог обязан:
1. Закончить исследование.
 2. Сделать урографию.
 3. Контрастировать желудок водорастворимыми препаратами.
 4. Провести ирригоскопию.
- 8.232. При подозрении на прободную язву желудка или двенадцатиперстной кишки больному необходимо произвести в первую очередь:
1. Бесконтрастное исследование брюшной полости.
 2. Двойное контрастирование желудка.
 3. Исследование желудка с водорастворимыми контрастными препаратами.
 4. Исследование желудка с бариевой взвесью.

- 8.233. Диагноз механической тонкокишечной непроходимости по данным бесконтрастного рентгенологического исследования брюшной полости может быть установлен в:
1. 55% случаев.
 2. 70% случаев.
 3. 85% случаев.
 4. 95% случаев.
- 8.234. Классификация кишечной непроходимости по В.И. Петрову создана на основе:
1. Причины, вызвавшей непроходимость.
 2. Рентгенологических проявлений.
 3. Клинической картины.
 4. Уровня непроходимости.
- 8.235. Для любого вида механической кишечной непроходимости общими рентгенологическими признаками являются:
1. Свободный газ в брюшной полости.
 2. Свободная жидкость в брюшной полости.
 3. Наличие газа и жидкости в желудочно-кишечном тракте.
 4. Нарушение топографии желудочно-кишечного тракта.
- 8.236. На рентгенограммах брюшной полости видны вздутые газом кишечные петли, в которых при вертикальном положении больного определяется жидкость с горизонтальными уровнями. Такая картина характерна для:
1. Закрытой травмы живота.
 2. Фибромиомы матки.
 3. Хронического аппендицита.
 4. Кишечной непроходимости.
- 8.237. Определяющим рентгенологическим признаком выраженной механической тонкокишечной непроходимости является наличие:
1. Горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними.
 2. Горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними.
 3. Скопления газа в тонкой кишке.
 4. Большого количества газа в тонком и толстом кишечнике.
- 8.238. Определяющим рентгенологическим признаком механической левосторонней толстокишечной непроходимости является выявление:
1. Горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними.
 2. Горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними.
 3. Скопления газа в тонкой кишке.
 4. Большого количества газа в тонком и толстом кишечнике.
- 8.239. Отличительным признаком функциональной кишечной непроходимости является обнаружение:
1. Горизонтальных уровней жидкости, ширина которых больше высоты газа над ними.
 2. Горизонтальных уровней жидкости, ширина которых меньше высоты газа над ними.
 3. Скопления газа в тонкой кишке.
 4. Большого скопления газа в тонкой и толстой кишке.
- 8.240. В основе дифференциальной рентгенодиагностики функциональной и механической кишечной непроходимости лежит:
1. Локализация уровня непроходимости.
 2. Обнаружение асцита.
 3. Соотношение газа и жидкости в кишечнике, локальность или распространенность изменений.
 4. Характеристика «чаш Клойбера».
- 8.241. Методика рентгенологического исследования при острых желудочно-кишечных кровотечениях зависит от:
1. Локализации.
 2. Характера патологического процесса.
 3. Состояния больного.
 4. Всех перечисленных условий.
- 8.242. На высоте кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта рентгенологическое исследование производят в:
1. Горизонтальном положении с барием, в различных положениях больного.
 2. Вертикальном положении с барием, но без компрессии пальцами.
 3. В горизонтальном положении на животе с контрастированием желудка.
 4. Без каких-либо ограничений.
- 8.243. При желудочном кровотечении наибольшие диагностические трудности возникают, когда причиной кровотечения является:
1. Хроническая каллезная язва.
 2. Острая язва желудка.
 3. Раковая опухоль.
 4. Синдром Маллори-Вейса.
- 8.244. При остром желудочно-кишечном кровотечении рентгенологическое исследование проводят:
1. Сразу же при поступлении больного в клинику.

2. Через 3-4 ч.
 3. Через сутки.
 4. Через 12 ч.
- 8.245. При закрытой травме живота основным симптомом разрыва нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки является:
1. Смещение диафрагмы, желудка и толстой кишки.
 2. Затемнение левой поддиафрагмальной области.
 3. Свободный газ в брюшной полости.
 4. Забрюшинная эмфизема.
- 8.246. У больного с тупой травмой живота при обзорном рентгенологическом исследовании определяется затемнение правой половины брюшной полости, высокое положение правого купола диафрагмы, нижний край не определяется, желудок и толстая кишка смещены, раздуты газом. Ваше заключение:
1. Гематома двенадцатиперстной кишки.
 2. Разрыв толстой кишки.
 3. Разрыв печени.
 4. Подкапсулярное повреждение селезенки.
- 8.247. У больного с переломом костей таза при задержке мочи и при гематурии необходимо произвести в первую очередь:
1. Ирригоскопию.
 2. Аортографию.
 3. Выделительную урографию.
 4. Цистографию, КТ-ангиографию.
- 8.248. Рентгенологическая диагностика поддиафрагмального абсцесса основывается на:
1. Изображении самого абсцесса.
 2. Смещения соседних органов.
 3. Синдроме острого диафрагмита.
 4. Совокупности перечисленных признаков.
- 8.249. Высоко расположенный и неподвижный правый купол диафрагмы, выпот в реберно-диафрагмальных синусах, горизонтальный уровень жидкости на фоне тени печени - рентгенологические признаки:
1. Холангита.
 2. Цирроза печени.
 3. Правостороннего поддиафрагмального абсцесса.
 4. Опухоли печени.
- 8.250. Рентгенологические признаки: высокое стояние и малая подвижность левого купола диафрагмы, реактивные изменения в плевральной полости и базальных отделах легкого, неоднородное затемнение под левым куполом диафрагмы с горизонтальным уровнем жидкости, смещение желудка и селезеночного угла ободочной кишки - характерны для:
1. Разрыва селезенки.
 2. Тромбофлебической спленомегалии.
 3. Левостороннего поддиафрагмального абсцесса.
 4. Рака хвоста поджелудочной железы с распадом.
- 8.251. Различных размеров полостные образования с жидкостью и газом в проекции тени печени, определяемые в прямой и боковой проекциях, внутренний контур полостей неровный и волнистый – все это свидетельствуют о:
1. Интерпозиции толстой кишки.
 2. Холецистите.
 3. Поддиафрагмальном абсцессе.
 4. Абсцессе печени.
- 8.252. Участок затемнения с горизонтальным уровнем жидкости и газовым пузырем над ней в сочетании с раздвиганием и фиксацией контрастированных кишечных петель - характерная рентгенологическая картина:
1. Опухоли толстой кишки.
 2. Мезаденита.
 3. Перитонита.
 4. Межкишечного абсцесса.
- 8.253. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом проникающего ранения пищевода при бесконтрастном исследовании является:
1. Газ в просвете пищевода.
 2. Пневмомедиастинум, эмфизема мягких тканей шеи.
 3. Выпрямление шейного лордоза.
 4. Расширение тени средостения.
- 8.254. При инородном теле желудочно-кишечного тракта наиболее целесообразно провести:
1. Обзорное исследование брюшной полости.
 2. Исследование пищеварительного тракта с бариевой взвесью.
 3. Ирригоскопию.
 4. Томографию брюшной полости.
- 8.255. Основные признаки обтурации на уровне общего желчного протока при УЗИ:
1. Желчный пузырь увеличен и не сокращается под действием желчегонного завтрака, расширены внутриспеченочные и внепеченочные протоки.

2. Желчный пузырь увеличен и сокращается под действием желчегонного завтрака.
 3. Внутривенные протоки расширены.
 4. Желчный пузырь увеличен, протоки не расширены.
- 8.256. Наиболее достоверными ультразвуковыми признаками желчных камней являются:
1. Гиперэхогенные образования с акустической тенью, перемещающиеся при перемене положения больного.
 2. Гиперэхогенное образование без акустической тени.
 3. Гиперэхогенное образование, не смещающееся при перемене положения тела больного.
 4. Образование неоднородной структуры без акустической тени.
- 8.257. Какой из нижеперечисленных ультразвуковых признаков наблюдается при остром воспалении желчного пузыря?
1. Неравномерное гиперэхогенное утолщение стенки.
 2. Холестероз желчного пузыря.
 3. Утолщение стенки и трехслойность контура желчного пузыря.
 4. Увеличение желчного пузыря, отсутствие болезненности при надавливании.
- 8.258. Основные ультразвуковые признаки обтурации общего печеночного протока:
1. Внутривенные протоки расширены, холедох не расширен, желчный пузырь не увеличен.
 2. Протоки не расширены, желчный пузырь не увеличен.
 3. Желчный пузырь увеличен, не реагирует на желчегонный завтрак.
 4. Внепеченочные протоки расширены, желчный пузырь увеличен, не реагирует на желчегонный завтрак.
- 8.259. Для ультразвуковой картины кисты печени не характерно:
1. Образование с пониженной эхогенностью.
 2. Овальная форма.
 3. Округлая форма.
 4. Наличие тени позади образования.
- 8.260. Какой метод лучевой визуализации наиболее эффективен при альвеококкозе печени?
1. Рентгенография.
 2. Рентгеноскопия.
 3. Компьютерная томография.
 4. Лапароскопия.
- 8.261. Малигнизация при неспецифическом язвенном колите наблюдается примерно в:
1. В 10% случаев.
 2. В 30% случаев.
 3. В 40% случаев.
 4. В 50% случаев.
- 8.262. У больного с интермитирующей механической желтухой при ретроградной холангиопанкреатографии обнаружено сужение дистального конца общего желчного протока в виде писчего пера и гладкое краевое вдавление медиальной стенки кишки по месту впадения протока. Это проявление:
1. Камня в ампуле 12-перстной кишки.
 2. Стенозирующего папилита.
 3. Опухоли большого дуоденального соска.
 4. Парафатерального дивертикула.
- 8.263. Синдром приводящей петли является результатом:
1. Резекции желудка по Ру.
 2. Механических факторов, приводящих к затруднению оттока дуоденальных соков (ущемление, заворот, инвагинация отводящей петли и др.).
 3. Резекция желудка по Бильрот-II.
 4. Резекция желудка по Бильрот-I
- 8.264. Амплитуду дыхательных движений изучают с помощью решетки И.С.Амосова. Измерения проводят:
1. По внутреннему отделу диафрагмы.
 2. По центральному отделу диафрагмы.
 3. По наружному отделу диафрагмы.
 4. По всем трем отделам (в 3 точках).
- 8.265. Компактно расположенная группа однородных известковых глыбок над лонным сочленением обусловлена:
1. Камнями мочевого пузыря.
 2. Флеболитами.
 3. Тератодермоидной кистой.
 4. Фибромой матки или аденомой предстательной железы.
- 8.266. Мелкие, четко очерченные тени кольцевидной или линейной формы с гладким контуром вдоль костных стенок малого таза обусловлены:
1. Обыкновенными лимфоузлами.
 2. Камнями мочеточников.
 3. Флеболитами.
 4. Опухолями яичников.

- 8.267. Линейные тени известковой плотности локализуются вдоль позвоночника, а в боковой проекции - впереди от него. В этом случае имеет место:
1. Обызвествление стенок магистральных сосудов.
 2. Паразиты.
 3. Обызвествленные лимфоузлы.
 4. Организовавшийся натечник.
- 8.268. Линейные тени известковой плотности локализуются вдоль позвоночника, а в боковой проекции накладываются на тень позвоночника. Скорее всего, это:
1. Обызвествление стенок магистральных сосудов.
 2. Цистицеркоз.
 3. Организовавшийся натечник.
 4. Травматический миозит.
- 8.269. Одиночная известковой плотности тень неправильной формы до 1 см в правой верхней половине живота, располагающаяся в боковой проекции впереди от позвоночника, обусловлена:
1. Камнем желчного пузыря или общего желчного протока.
 2. Почечным камнем.
 3. Обызвествленным лимфоузлом.
 4. Обызвествлением в головке поджелудочной железы.
- 8.270. Одиночная известковой плотности тень неправильной формы до 1 см в правой верхней половине живота, в боковой проекции накладывается на позвоночник. Это:
1. Камень желчного пузыря или холедоха.
 2. Камень почки.
 3. Обызвествление в головке поджелудочной железы.
 4. Обызвествленный лимфоузел.
- 8.271. Наиболее достоверные диагностические данные о состоянии селезенки получают:
1. При обзорной рентгенографии живота.
 2. При рентгенографии в условиях пневмоперитонеума.
 3. При УЗИ.
 4. При ангиографии.
- 8.272. Аномалии развития селезенки (изменение формы, удвоение, хвостатая селезенка) и ее необычное расположение наиболее достоверно можно установить с помощью:
1. Обзорной рентгенографии.
 2. Рентгенографии в условиях премедикации.
 3. Компьютерной томографии.
 4. Термографии.
- 8.273. Микрокальцинаты в селезенке и их природа лучше выявляются с помощью:
1. Рентгенографии живота.
 2. Пневмоперитонеума.
 3. Тепловидения.
 4. Компьютерной томографии.
- 8.274. Прямая кишка по отношению к брюшине располагается:
1. Интраперитонеально.
 2. Экстраперитонеально.
 3. Мезоперитонеально.
 4. По-разному, в зависимости от ее отдела.
- 8.275. Не изменяет нормальный ход контрастированного пищевода:
1. Аорта.
 2. Левый главный бронх.
 3. Левое предсердие.
 4. Непарная вена.
- 8.276. При перегибах желудка его свод смещается:
1. Кпереди.
 2. Кзади.
 3. Кнутри.
 4. Кнаружи.
- 8.277. Складки слизистой антрального отдела желудка при прохождении перистальтической волны имеют направление:
1. Продольное.
 2. Поперечное.
 3. Косое.
 4. Комбинированное.
- 8.278. Из перечисленных отделов кишечника не имеет брыжейки:
1. Двенадцатиперстная кишка.
 2. Тощая кишка.
 3. Подвздошная кишка.
 4. Червеобразный отросток слепой кишки.
- 8.279. Мезентериальные сосуды в составе связки Трейца проходят:
1. Левее дуодено-еюнального перехода.
 2. Впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки.
 3. Позади двенадцатиперстной кишки.
 4. Ниже двенадцатиперстной кишки.
- 8.280. Показателем нормального общего желчного протока является:

1. Длина около 7,5 см.
 2. Диаметр менее 10 мм.
 3. Диаметр 15 мм.
 4. Диаметр менее 5 мм.
- 8.281. Большой дуоденальный сосок не локализуется в двенадцатиперстной кишке:
1. В ее верхней горизонтальной части.
 2. В верхней трети нисходящего отдела.
 3. В средней трети нисходящего отдела.
 4. В нижней трети нисходящего отдела.
- 8.282. Для общей брыжейки тонкой и ободочной кишки не характерно:
1. Отсутствие дуодено-еюнального изгиба.
 2. Расположение петель тощей кишки в правой половине брюшной полости.
 3. Расположение петель тощей кишки в левой половине брюшной полости.
 4. Расположение слепой кишки в центральных отделах брюшной полости.
- 8.283. Рентгенологическим симптомом пареза или паралича глотки не является:
1. Расширение позадиперстневидного мягкотканного пространства.
 2. Деформация грушевидных синусов.
 3. Задержка контрастного вещества в валекулах и грушевидных синусах.
 4. Асимметричное прохождение контрастного вещества через глотку.
- 8.284. Обзорное исследование живота у новорожденных детей целесообразно выполнять с помощью:
1. Рентгеноскопии.
 2. Рентгенографии.
 3. Ультразвукового метода.
 4. Магнитно-резонансного метода.
- 8.285. Сроки появления газа в петлях тонкой кишки у ребенка после рождения через:
1. 15 мин.
 2. 30 мин.
 3. 6-8 ч.
 4. 1 ч.
- 8.286. Сроки заполнения газом петель ободочной кишки у ребенка после рождения через:
1. 20 мин.
 2. 1 ч.
 3. 2 ч.
 4. 5 ч.
- 8.287. Основной рентгеноконтрастный препарат, рекомендуемый для исследования органов пищеварения у детей:
1. Водорастворимые трехйодистые препараты.
 2. Неионные препараты.
 3. Газообразные смеси.
 4. Водная взвесь сернокислого бария.
- 8.288. С осторожностью следует вводить контрастные вещества орально детям первых месяцев жизни:
1. С родовой травмой.
 2. С гидроцефалией.
 3. Страдающим запорами.
 4. С обезвоживанием.
- 8.289. Для исследования верхних отделов пищеварительного тракта детям первого года жизни предпочтительно использовать:
1. Водную взвесь сернокислого бария.
 2. Сульфобар.
 3. Гастрографин.
 4. Трехйодистые контрастные препараты.
- 8.290. Необходимый объем контрастного вещества для исследования верхних отделов пищеварительного тракта по отношению к разовой порции пищи детей первого года жизни составляет:
1. 100%.
 2. 50%.
 3. 33%.
 4. 20%.
- 8.291. Преимущества диагностической информации в выявлении межкишечных, поддиафрагмальных абсцессов у метода:
1. Рентгенологического.
 2. УЗИ.
 3. Компьютерно-томографического.
 4. Магнитно-резонансного томографического.
- 8.292. При острых болях в животе неясного происхождения следует начать специальные исследования с:
1. Обзорной рентгенографии живота.
 2. Компьютерной томографии живота.
 3. Термографии живота.

4. Ультразвукового исследования.
- 8.293. Угол впадения пищевода в желудок у детей первого года жизни равен:
1. 60°.
 2. 90°.
 3. 120°.
 4. 180°.
- 8.294. Верхний пищеводный сфинктер начинает функционировать:
1. С момента рождения.
 2. Со времени внутриутробного появления акта глотания.
 3. С 1 нед. возраста.
 4. С 10-летнего возраста.
- 8.295. Ширина просвета брюшного сегмента пищевода у детей при ультразвуковом исследовании:
1. Не измеряется.
 2. 2 мм.
 3. 3 мм.
 4. 4 мм.
- 8.296. Наиболее точная рентгенологическая методика определения атрезии пищевода с трахео-пищеводным свищом:
1. Обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей.
 2. Введение рентгеноконтрастного катетера в пищевод.
 3. Введение контрастного вещества в пищевод с одновременной обзорной рентгеноскопией (рентгенографией) грудной клетки.
 4. Введение через рентгеноконтрастный катетер водорастворимого контрастного вещества в количестве 2 мл с одновременной рентгенографией грудной и брюшной полостей.
- 8.297. Отличие короткого пищевода от приобретенного укорочения пищевода:
1. Обычное расположение брюшного сегмента пищевода.
 2. Изменение строения слизистой оболочки брюшной части пищевода.
 3. Расположение брюшного сегмента пищевода в грудной клетке и отсутствие газового пузыря желудка.
 4. Расположение брюшного сегмента пищевода в грудной клетке, отсутствие газового пузыря желудка в брюшной полости, ротация желудка вокруг продольной оси на 90°.
- 8.298. Основной признак врожденной ахалазии пищевода:
1. Задержка контрастного вещества в пищеводе на несколько часов.
 2. Расширение пищевода.
 3. Удлинение пищевода.
 4. Сужение над-, внутридиафрагмальных и брюшного сегментов пищевода.
- 8.299. В целях дифференциальной диагностики ахалазии пищевода от кардиоспазма используются фармакологические пробы:
1. Ацетилхолиновая.
 2. Атропиновая.
 3. Морфинная.
 4. Нейроплегическая.
- 8.300. Наиболее информативная рентгенологическая методика выявления халазии пищевода у детей:
1. По Тренделенбургу.
 2. Введение дополнительных порций контрастного вещества.
 3. Водно-сифонная проба.
 4. Исследование вниз головой.
- 8.301. Наиболее рациональная методика рентгенологического исследования при рентгеноконтрастных инородных телах пищевода:
1. Обзорная рентгеноскопия с прицельной рентгенографией.
 2. Обзорная рентгеноскопия.
 3. Методика Земцова.
 4. Методика Ивановой-Подобед.
- 8.302. Рентгенологическое расположение желудка относительно реберных дуг ребенка, начавшего ходить:
1. Косо-горизонтальное.
 2. Вертикальное.
 3. V-образное.
 4. Поперечное.
- 8.303. При рентгенологическом исследовании отчетливая перистальтика желудка у детей определяется:
1. После трех месяцев жизни.
 2. На первом году жизни.
 3. Сразу же после рождения.
 4. Во втором полугодии жизни.
- 8.304. Толщина мышечного слоя желудка у здоровых детей при ультразвуковом исследовании равна:
1. 2 мм.
 2. 4 мм.
 3. 6 мм.
 4. 8 мм.

- 8.305. Толщина мышечного слоя пилорического канала у детей первого года жизни при ультразвуковом исследовании:
1. Не определяется.
 2. Меньше 2 мм.
 3. Меньше 3 мм.
 4. Меньше 4 мм.
- 8.306. Прямой признак врожденного пилоростеноза:
1. Значительное увеличение размеров желудка.
 2. Замедленное выделение контрастного вещества из желудка в кишку.
 3. Сужение и удлинение пилорического канала желудка.
 4. Гиперперистальтика.
- 8.307. В понятие «истинный френопилорический» синдром входит:
1. Полная релаксация левого купола диафрагмы + пилороспазм.
 2. Частичная релаксация левого купола диафрагмы + пилороспазм.
 3. Пилороспазм + грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
 4. Врожденный пилоростеноз + грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- 8.308. Основной отличительный признак врожденного пилороспазма от пилоростеноза:
1. Сужение пилорического отдела желудка.
 2. Удлинение пилорического отдела желудка.
 3. Большое количество газов в петлях кишечника.
 4. Отсутствие сужения и удлинения пилорического канала.
- 8.309. Наиболее частая причина врожденной полной непроходимости 12-перстной кишки у новорожденных детей:
1. Атрезия 12-перстной кишки.
 2. Заворот 12-перстной кишки.
 3. Сдавление кишки эмбриональными тяжами.
 4. Кольцевидная поджелудочная железа.
- 8.310. Главный рентгенологический признак высокой атрезии 12-перстной кишки:
1. Отсутствие газов в кишечнике.
 2. Большой газовый пузырь желудка.
 3. Дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки.
 4. Дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки при полном отсутствии газа в петлях кишечника.
- 8.311. Основные симптомы низкой атрезии 12-перстной кишки:
1. Дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки.
 2. Полное отсутствие газа в петлях кишечника.
 3. Наличие двух дополнительных горизонтальных уровней жидкости в проекции 12-перстной кишки при отсутствии газа в тонкой и ободочной кишках.
 4. Значительное затруднение прохождения контрастного вещества по 12-перстной кишке.
- 8.312. Основные три рентгенологических признака внутреннего стеноза 12-перстной кишки:
1. Дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки + увеличение размеров начальных отделов 12-перстной кишки + клювовидное выпячивание в области перехода расширенной части кишки в суженную.
 2. Дополнительный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки + большое количество газа в петлях кишечника + прохождение контрастного вещества малыми порциями из 12-перстной кишки в тонкую.
 3. Увеличение полости желудка + наличие большого количества жидкости в желудке и 12-перстной кишке + дополнительный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки.
 4. Большое количество газа в петлях кишечника + увеличение полости желудка + дополнительный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки.
- 8.313. Основные причины артерио-мезентериальной компрессии у новорожденных:
1. Уменьшение угла отхождения верхней брыжечной артерии от брюшной аорты.
 2. Внутриутробно перенесенный перитонит.
 3. Укорочение корня брыжейки.
 4. Незавершенный поворот кишечника.
- 8.314. Безоары желудка – это:
1. Инородные тела.

2. Доброкачественные опухоли.
 3. Злокачественные опухоли.
 4. Гипертрофия слизистой оболочки желудка.
- 8.315. Наибольшее скопление лимфоидной ткани в:
1. Луковице 12-перстной кишки.
 2. Терминальном отделе подвздошной кишки.
 3. Тощей кишке.
 4. Прямой кишке.
- 8.316. Типичный рельеф слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки:
1. Резорбционный.
 2. Ретенционный.
 3. «Булыжной мостовой».
 4. Петлистый.
- 8.317. Основные признаки меконияльной непроходимости:
1. Наличие горизонтальных уровней в петлях кишечника.
 2. Наличие «арок» и «чаш Клойбера» в петлях кишечника.
 3. Мелкие скопления капелек жидкости в виде участков просветления в тонкой кишке.
 4. Наличие кальцификатов в брюшной полости.
- 8.318. Наиболее достоверный признак илеоцекальной инвагинации у детей первого года жизни:
1. Горизонтальные уровни жидкости в петлях кишечника.
 2. «Чаши Клойбера» и «арки» в кишечных петлях на обзорной рентгенограмме живота.
 3. Дополнительная тень округлой или овальной формы в области илеоцекального клапана при проведении воздушной ирригоскопии.
 4. Задержка поступления воздуха из слепой кишки в подвздошную при воздушной ирригоскопии.
- 8.319. Основным признаком болезни Гиршспрунга является:
1. Увеличение диаметра сигмовидного отдела ободочной кишки.
 2. Большое количество горизонтальных уровней жидкости в петлях кишечника.
 3. Зона сужения в области перехода сигмовидной части ободочной кишки в прямую.
 4. Отсутствие перистальтики в сигмовидной кишке.
- 8.320. Наиболее частая локализация полипов пищеварительного тракта у детей:
1. Желудок.
 2. Тонкая кишка.
 3. Прямая кишка.
 4. Ободочная кишка.
- 8.321. Рентгенологические признаки синдрома Пейтца-Егерса:
1. Множественные полипы в желудке.
 2. Множественные язвы ободочной кишки и псевдополипоз.
 3. Множественные полипы в ободочной кишки и единичные в желудке и тонкой кишке.
 4. Единичные полипы по всему пищеварительному тракту.
- 8.322. Рентгенологические признаки избыточно подвижной слепой кишки:
1. Смещение купола слепой кишки вверх.
 2. Укорочение восходящего отдела ободочной кишки.
 3. Возможность пальпаторного смещения слепой кишки с поворотом вокруг ее продольной оси.
 4. Изменение положения слепой кишки при тугом ее заполнении контрастным веществом и после опорожнения.
- 8.323. Соотношение максимального размера правой доли печени к максимальному размеру левой доли у здорового ребенка при ультразвуковом исследовании:
1. 1 : 1.
 2. 1,2 : 1.
 3. 1,5 : 1.
 4. 2,0 : 1.
- 8.324. Индекс 1-го сегмента печени при ультразвуковом исследовании у здоровых детей равен:
1. 10%.
 2. До 30%.
 3. 35%.
 4. 50%.
- 8.325. Расширенные вены при портальной гипертензии определяются в:
1. Пищевode.
 2. Желудке.
 3. Пищевode, желудке и луковице 12-перстной кишки.
 4. Тонкой кишке.
- 8.326. Ультразвуковое исследование показывает, что синдром портальной гипертензии обусловлен снижением градиента давления между портальной и кавальной системами ниже:

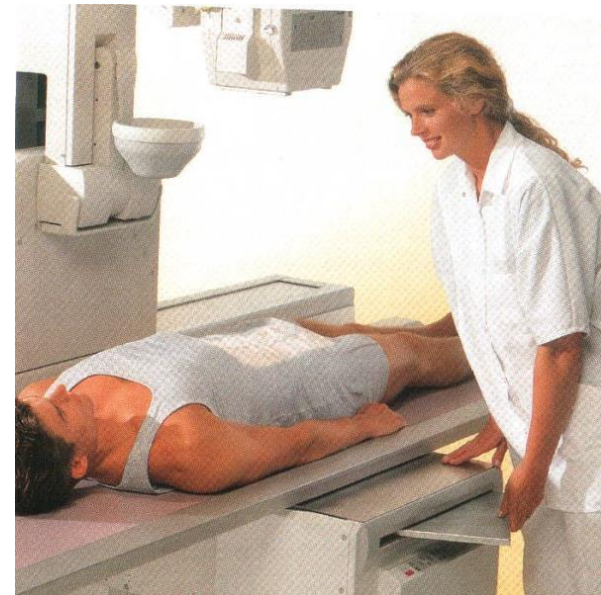
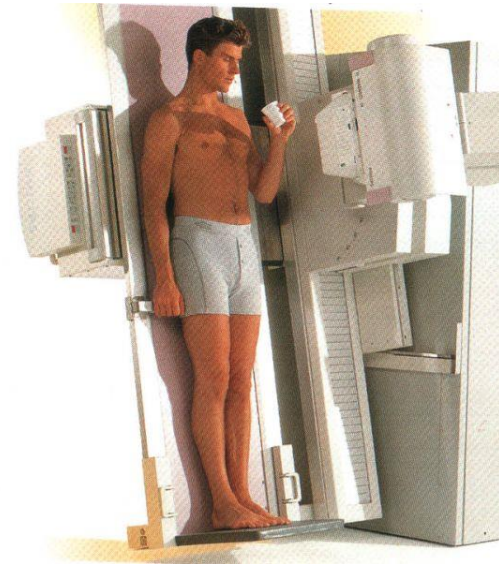
1. 2 мм рт. ст.
 2. 3 мм рт. ст.
 3. 5 мм рт. ст.
 4. 8 мм рт. ст.
- 8.327. Наиболее рациональным способом получения изображения желчного пузыря является:
1. Оральная холецистография.
 2. Сцинтиграфия.
 3. Холангиохолецистография.
 4. Ультразвуковое исследование.
- 8.328. Ширина общего желчного протока у здоровых детей при ультразвуковом исследовании:
1. Равна диаметру воротной вены.
 2. Равна 3/4 диаметра воротной вены.
 3. Составляет 1/2 диаметра воротной вены и меньше.
 4. Равна 1/4 диаметра воротной вены.
- 8.329. Толщина стенки желчного пузыря при ультразвуковом исследовании у здорового ребенка:
1. Не определяется.
 2. До 1 мм.
 3. До 2 мм.
 4. До 3 мм.
- 8.330. Сосудистые ориентиры для ультразвуковой визуализации поджелудочной железы:
1. Продольное сечение аорты и верхнебрыжеечной артерии.
 2. Поперечное сечение нижней полой вены, аорты, верхнебрыжеечной артерии и продольное сечение селезеночной вены.
 3. Продольное сечение нижней полой вены.
 4. Продольное сечение верхнебрыжеечной вены.
- 8.331. При ультразвуковом исследовании плотность паренхимы поджелудочной железы у новорожденных детей по сравнению с плотностью паренхимы печени:
1. Больше.
 2. Одинакова.
 3. Меньше.
 4. Не поддается сравнению.
- 8.332. При использовании ультразвукового датчика в 3,5 МГц главный проток поджелудочной железы у детей до 3-летнего возраста:
1. Не определяется.
 2. Равен 0,5 мм.
 3. Равен 1 мм.
 4. Равен 1,5 мм.
- 8.333. Наиболее частый ультразвуковой симптом сахарного диабета у детей:
1. Изменение размеров поджелудочной железы.
 2. Изменение плотности паренхимы поджелудочной железы.
 3. Изменение плотности паренхимы печени (жировой гепатоз).
 4. Изменение индекса 1-го сегмента печени.
- 8.334. Наиболее достоверное изображение селезенки получается при использовании:
1. Рентгенологического метода.
 2. Радиоизотопного метода.
 3. Ультразвукового метода.
 4. Ангиографического исследования.
- 8.335. На T1-ВИ неизменная паренхима печени характеризуется:
1. Сигналом средней интенсивности.
 2. Сигналом высокой интенсивности
 3. Сигналом низкой интенсивности
 4. Неоднородным сигналом низкой интенсивности.
- 8.336. На T2-ВИ неизменная паренхима печени имеет:
1. Гиперинтенсивный МР-сигнал.
 2. Гипоинтенсивный МР-сигнал.
 3. Изоинтенсивный МР-сигнал.
 4. Неравномерный гиперинтенсивный МР-сигнал.
- 8.337. На T1-ВИ неизменная печеночная ткань имеет МР-сигнал такой же как:
1. Селезенка.
 2. Кортикальный слой почек.
 3. Ткань мышц.
 4. Поджелудочная железа.
- 8.338. На T2-ВИ неизменная паренхима печени имеет:
1. МР-сигналу аналогичный сигналу от мышц.
 2. МР-сигнал схожий или более высокий по сравнению с интенсивностью поджелудочной железы.
 3. МР-сигнал более высокой интенсивности по сравнению с селезенкой
 4. МР-сигнал аналогичный сигналу от почек.
- 8.339. На T1-ВИ гемангиомы печени визуализируются в виде:
1. Четких гомогенных гиперинтенсивных образований с дольчатыми краями.

2. Четких гомогенных гипоинтенсивных образований с дольчатыми краями.
 3. Четких неоднородных гиперинтенсивных образований с дольчатыми краями.
 4. Неоднородных изоинтенсивных образований с гипоинтенсивным ободком.
- 8.340. На T2-ВИ гемангиомы печени характеризуются:
1. Гомогенной гипоинтенсивностью сигнала.
 2. Неоднородной гипоинтенсивностью сигнала.
 3. Неоднородной изоинтенсивностью сигнала.
 4. Гомогенная гиперинтенсивность сигнала с изредка встречающимися зонами понижения.
- 8.341. При использовании контрастного усиления наличие центрального рубца внутри гинерваскулярного образования в нецирротической печени с низкой интенсивностью сигнала на T1-ВИ и высокой интенсивностью сигнала на T2-ВИ характерно:
1. Гемангиомы печени.
 2. Очаговой узловой гиперплазии.
 3. Метастаза аленокаршшомы.
 4. Узловой регенераторной гиперплазии.
- 8.342. При использования контрастного усиления гиповаскулярное образование с гиперваскулярным ободком и вымыванием контрастного вещества в течении 10-15 мин после введения с наличием симптома ободка на T2-ВИ может указывать на наличие:
1. Гемангиомы печени.
 2. Очаговой узловой гиперплазии.
 3. Метастаза аденокарциномы.
 4. Узловой регенераторной гиперплазии.
- 8.343. При использования контрастного усиления образование с узловым усилением в артериальную фазу, с центрипетальным наполнением в последующие фазы и высокой интенсивностью сигнала на T2-ВИ может указывать на наличие:
1. Гемангиомы печени.
 2. Очаговой узловой гиперплазии.
 3. Метастаза аденокарциномы.
 4. Узловой регенераторной гиперплазии.
- 8.344. Патогномичными признаками очаговой узловой гиперплазии на нативных МР-изображениях являются:
1. Наличие неоднородной гиперинтенсивности на T1-ВИ и на T2-ВИ.
 2. Наличие неоднородной гиперинтенсивности на T1-ВИ и неоднородной гипоинтенсивности на T2-ВИ.
 3. Наличие гомогенной изоинтенсивности или незначительной гиперинтенсивности сигнала на T2-ВИ и изоинтенсивности или гипоинтенсивности его на T1-ВИ.
4. Наличие гомогенной гиперинтенсивности на T1-ВИ и гипоинтенсивности на T2-ВИ.
- 8.345. Узловая регенеративная гиперплазия на нативных T1-ВИ имеет следующие МР-сигнал:
1. Гиперинтенсивный МР-сигнал.
 2. Гипоинтенсивный МР-сигнал.
 3. Гиперинтенсивный МР-сигнал с гипоинтенсивным ободком.
 4. Изоинтенсивный МР-сигнал или незначительно гипоинтенсивный по сравнению с окружающей паренхимой печени.
- 8.346. Узловая регенеративная гиперплазия на нативных T2-ВИ имеет следующие МР-сигнал:
1. Гиперинтенсивный МР-сигнал.
 2. Гипоинтенсивный МР-сигнал.
 3. Гиперинтенсивный МР-сигнал с гипоинтенсивным ободком.
 4. Изоинтенсивный МР-сигнал или незначительно гиперинтенсивный по сравнению с окружающей паренхимой печени.
- 8.347. На T1-ВИ общий печеночный проток визуализируется как структура:
1. С низкой интенсивностью сигнала, расположенная латеральнее печеночной артерии.
 2. С высокой интенсивностью сигнала, расположенная медиальнее печеночной артерии.
 3. С высокой интенсивностью сигнала, расположенная латеральнее печеночной артерии,
 4. Изоинтенсивного сигнала, расположенная латеральнее печеночной артерии.
- 8.348. На T2-ВИ общий печеночный проток имеет:
1. Гиперинтенсивный МР-сигнал.
 2. Гипоинтенсивный МР-сигнал.
 3. Изоинтенсивный МР-сигнал.
 4. Неоднородный изоинтенсивный МР-сигнал.
- 8.349. Неизменный желчный пузырь натошак визуализируется как структура:
1. Низкой интенсивности сигнала на T1-ВИ и T2-ВИ.
 2. Высокой интенсивности сигнала на T1-ВИ и T2-ВИ.
 3. Высокой интенсивности сигнала на T1-ВИ, низкой интенсивности сигнала на T2-ВИ.
 4. Низкой интенсивности сигнала на T1-ВИ, высокой интенсивности сигнала на T2-ВИ.
- 8.350. Неизменная поджелудочная железа имеет:
1. Гиперинтенсивный МР-сигнал на T1-ВИ и гипоинтенсивный на T2-ВИ.
 2. Изоинтенсивный МР-сигнал на T1-ВИ и гипоинтенсивный на T2-ВИ.
 3. Изоинтенсивный МР-сигнал на T1-ВИ и T2-ВИ.
 4. Гиперинтенсивный МР-сигнал на T1-ВИ и изоинтенсивный на T2-ВИ.
- 8.351. Общий желчный проток имеет:

1. Низкую интенсивность сигнала на T1-ВИ и T2-ВИ.
2. Высокую интенсивность сигнала на T1-ВИ и T2-ВИ.
3. Высокую интенсивность сигнала на T1-ВИ, низкую интенсивности сигнала на T2-ВИ.
4. Низкую интенсивности сигнала на T1-ВИ, высокую интенсивность сигнала на T2-ВИ.

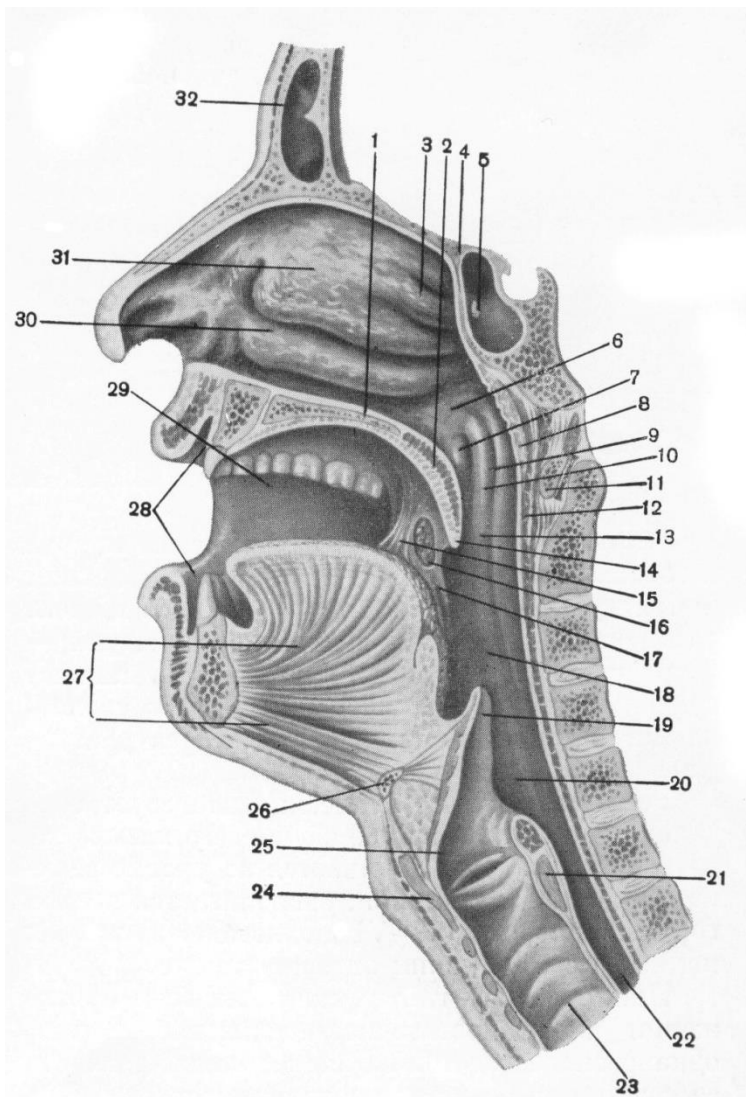
8.352. Неизменная селезенка на T1-ВИ характеризуется:

1. Гиперинтенсивным МР-сигналом.
2. Гипоинтенсивным МР-сигналом.
3. Изоинтенсивным МР-сигналом, более низким по сравнению с сигналом печени.
4. Изоинтенсивным МР-сигналом, более высоким по сравнению с сигналом печени.



СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

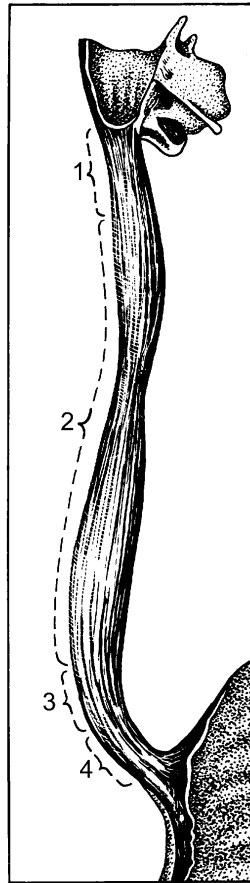
8.353. Глотка и пищевод.



Укажите правильно.

- 8.353.01. Твердое нёбо.
- 8.353.02. Верхнюю носовую раковину.
- 8.353.03. Самую верхнюю носовую раковину.
- 8.353.04. Нёбную занавеску.
- 8.353.05. Нёбно-трубную складку.
- 8.353.06. Клиновидную пазуху.
- 8.353.07. Глоточное отверстие евстахиевой трубы.
- 8.353.08. Глоточную миндалину.
- 8.353.09. Глоточный рецессус.
- 8.353.10. Дугу атланта.
- 8.353.11. Трубный валик.
- 8.353.12. Носоглотку.
- 8.353.13. Язычок.
- 8.353.14. Трубно-глоточную складку.
- 8.353.15. Заднюю нёбную дужку.
- 8.353.16. Переднюю нёбную дужку.
- 8.353.17. Нёбную миндалину.
- 8.353.18. Надгортанник.
- 8.353.19. Ротоглотку.
- 8.353.20. Перстневидный хрящ.
- 8.353.21. Горланоглотку.
- 8.353.22. Трахею.
- 8.353.23. Пищевод.
- 8.353.24. Полость гортани.
- 8.353.25. Тело подъязычной кости.
- 8.353.26. Мышцу дна полости рта.
- 8.353.27. Преддверие полости рта.
- 8.353.28. Полость рта.
- 8.353.29. Нижнюю носовую раковину.
- 8.353.30. Среднюю носовую раковину.
- 8.353.31. Лобную пазуху.
- 8.353.32. Щитовидный хрящ.

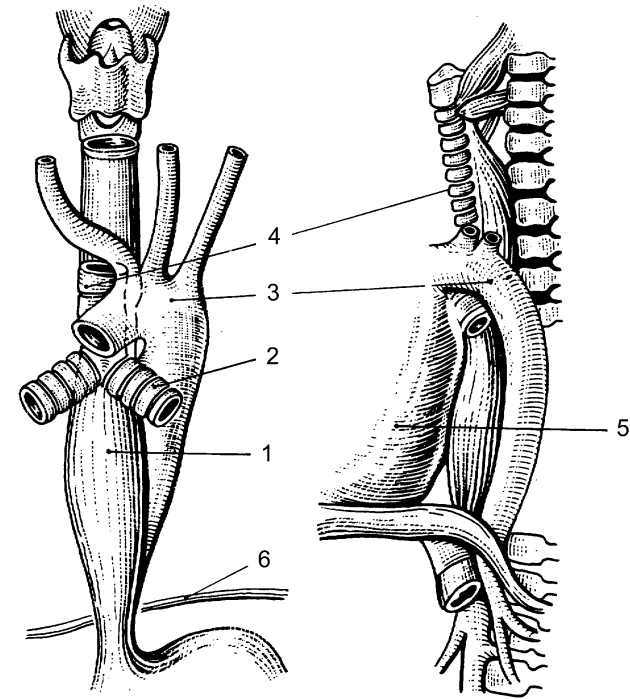
8.354. Пищевод.



Укажите правильно.

- 8.354.01. Грудной отдел пищевода.
- 8.354.02. Шейный отдел пищевода.
- 8.354.03. Диафрагмальный отдел пищевода.
- 8.354.04. Брюшной отдел пищевода.

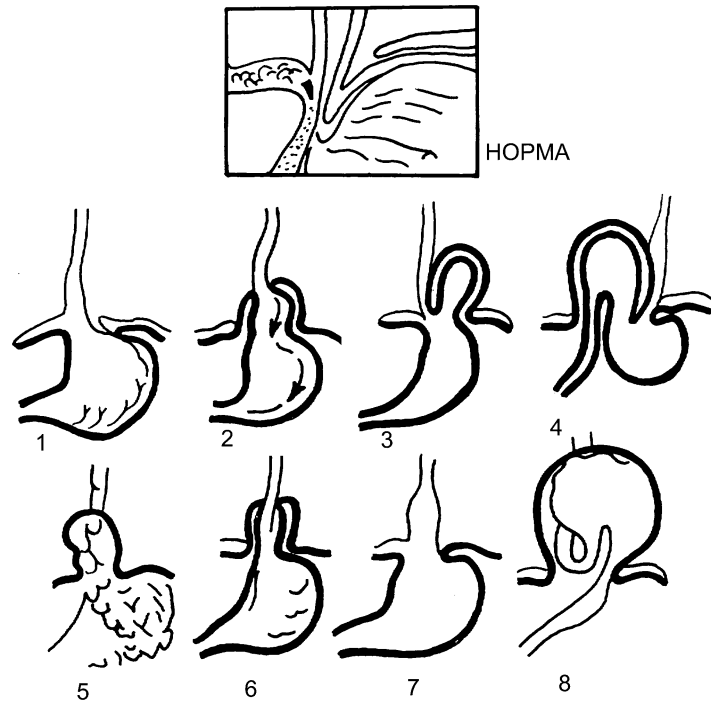
8.355. Пищевод и органы средостения.



Укажите правильно.

- 8.355.01. Пищевод.
- 8.355.02. Диафрагму.
- 8.355.03. Трахею.
- 8.355.04. Аорту
- 8.355.05. Бронх.

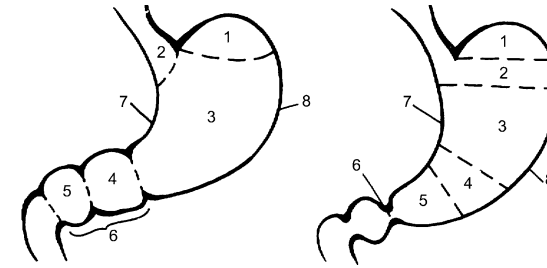
8.356. Грыжи пищеводного отдела диафрагмы.



Укажите номер рисунка, соответствующий диагнозу.

- 8.356.01. Антральная грыжа.
- 8.356.02. Субтотальная желудочная грыжа.
- 8.356.03. Врожденный короткий пищевод.
- 8.356.04. Приобретенный короткий пищевод.
- 8.356.05. Кишечная грыжа.
- 8.356.06. Фундальная грыжа.
- 8.356.07. Кардиальная грыжа.
- 8.356.08. Пищеводная грыжа.

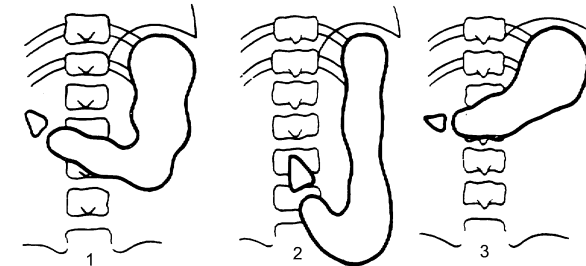
8.357. Анатомическое и рентгенологическое деление.



Укажите правильно.

- 8.357.01. Свод желудка.
- 8.357.02. Дно желудка.
- 8.357.03. Тело желудка.
- 8.357.04. Кардиальную часть желудка.
- 8.357.05. Привратниковую пещеру.
- 8.357.06. Канал привратника.
- 8.357.07. Синус.
- 8.357.08. Антральный отдел.
- 8.357.09. Привратник.
- 8.357.10. Малую кривизну.
- 8.357.11. Большую кривизну.

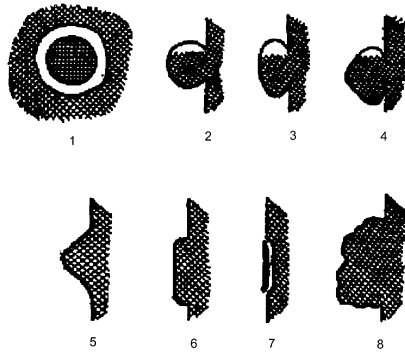
8.358. Желудок, положение и форма.



Укажите правильно желудок.

- 8.358.01. Гиперстеника.
- 8.358.02. Нормостеника.
- 8.358.03. Астеника.

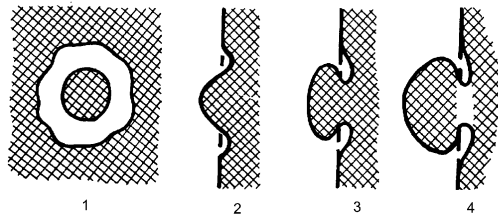
8.359. Форма доброкачественной ниши.



Укажите правильно.

- 8.359.01. Поверхностную нишу-«штрих».
- 8.359.02. Округлую пенетрирующую нишу.
- 8.359.03. Коническую пенетрирующую нишу.
- 8.359.04. Овальную пенетрирующую нишу.
- 8.359.05. Нишу на рельефе.
- 8.359.06. Коническую нишу.
- 8.359.07. Гигантскую нишу неправильной формы с неровным дном.
- 8.359.08. Цилиндрическую нишу с отвесными краями.

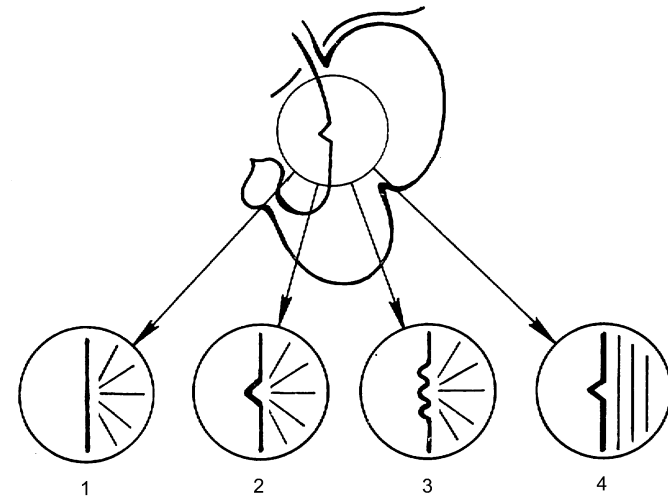
8.360. Язвенная ниша, инфильтративный вал.



Укажите правильно.

- 8.360.01. Язвенную нишу с широким устьем.
- 8.360.02. Пенетрирующую язву с узким перешейком.
- 8.360.03. Пенетрирующую язву с узким перешейком после компрессии.
- 8.360.04. Язвенную нишу на рельефе.

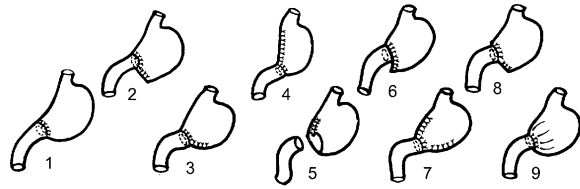
8.361. Послеязвенные рубцы.



Укажите правильно.

- 8.361.01. Конвергенцию складок слизистой с центральным углублением и остроконечным вдавлением.
- 8.361.02. Остаточное углубление на месте бывшей язвы без конвергенции складок слизистой оболочки.
- 8.361.03. Конвергенцию складок слизистой оболочки к месту бывшей язвы при ровном контуре желудка.
- 8.361.04. Конвергенцию складок слизистой оболочки с неровным, зубчатым контуром на месте бывшей язвы, сочетающаяся с 2–3 мелкими округлыми дефектами наполнения непосредственно в области рубца.

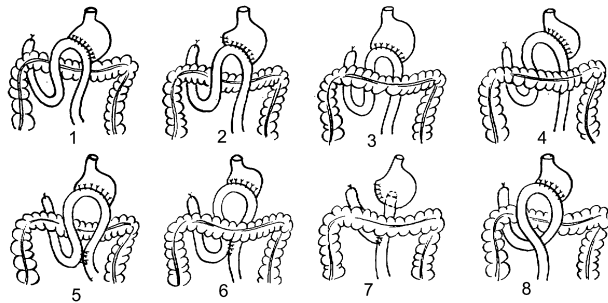
8.362. Основные модификации резекции желудка по Бильрот I.



Укажите правильно схему резекции.

- 8.362.01. Ридигера.
- 8.362.02. Габерера.
- 8.362.03. Бабкока.
- 8.362.04. Вельфлера.
- 8.362.05. Томоды.
- 8.362.06. А. Мельникова.
- 8.362.07. Шемакера.
- 8.362.08. Пеана.

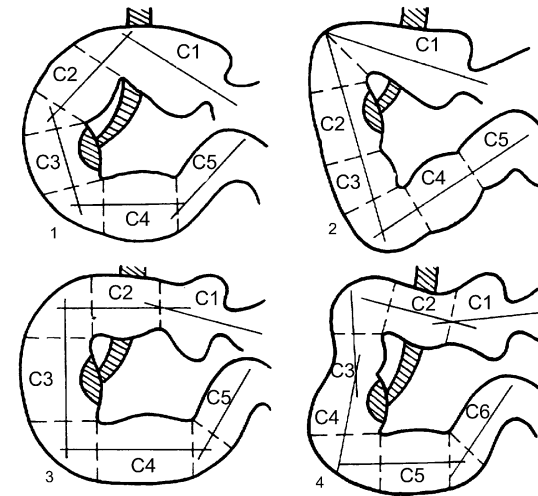
8.363. Основные модификации резекции желудка по Бильрот II.



Укажите правильно схему резекции.

- 8.363.01. Мойнихена.
- 8.363.02. Рейхеля.
- 8.363.03. Ру.
- 8.363.04. Рейхеля – Полия.
- 8.363.05. Бальфура.
- 8.363.06. Гофмейстера.
- 8.363.07. Кренлейна.
- 8.363.08. Эйзельсберга.

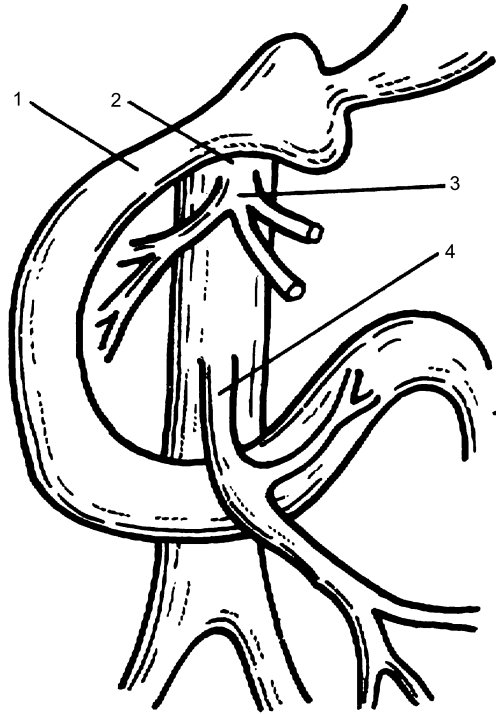
8.364. Двенадцатиперстная кишка, варианты рентген-анатомии.



Укажите правильно.

- 8.364.01. U-образную двенадцатиперстную кишку.
- 8.364.02. С-образную двенадцатиперстную кишку.
- 8.364.03. V-образную двенадцатиперстную кишку.

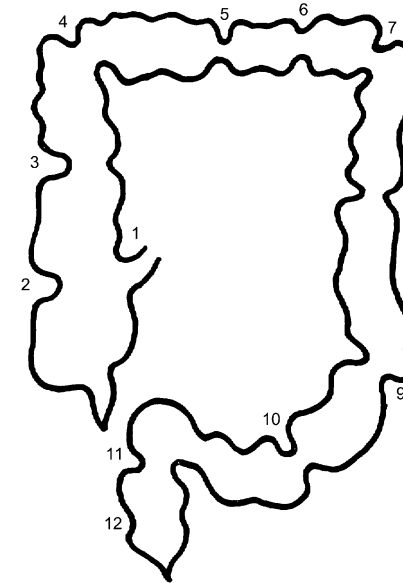
8.365. Двенадцатиперстная кишка, топографические взаимоотношения.



Укажите правильно.

- 8.365.01. Аорту.
- 8.365.02. Чревную артерию.
- 8.365.03. Двенадцатиперстную кишку.
- 8.365.04. Верхнюю брыжеечную артерию.

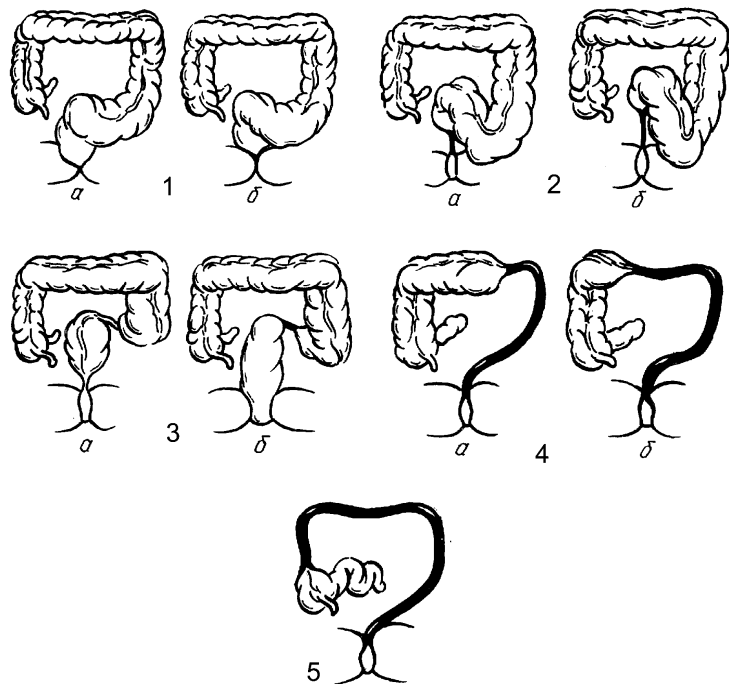
8.366. Толстая кишка, локализация сфинктеров.



Укажите правильно сфинктер.

- 8.366.01. Михайлова.
- 8.366.02. Варолиуса.
- 8.366.03. Бузи.
- 8.366.04. Херста.
- 8.366.05. Кеннона – Бема.
- 8.366.06. Гирша.
- 8.366.07. Кеннона.
- 8.366.08. Нелатона – Гепнера.
- 8.366.09. Мутье – Росси.
- 8.366.10. О'Берна – Пирогова – Мутье.
- 8.366.11. Балли.
- 8.366.12. Пайра – Штрауса.

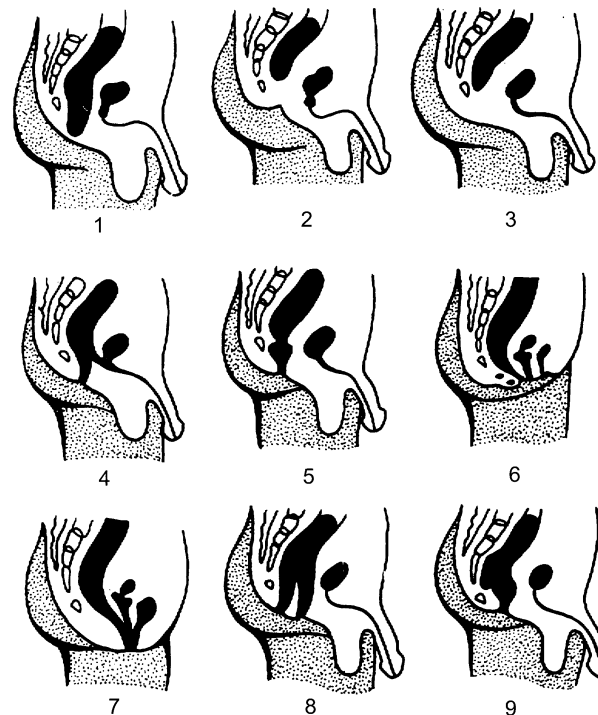
8.367. Болезнь Гиршпрунга, анатомические формы.



Укажите правильно.

- 8.367.01. Ректосигмоидную форму.
- 8.367.02. Тотальную форму.
- 8.367.03. Субтотальную форму.
- 8.367.04. Сегментарную форму.
- 8.367.05. Ректальную форму.

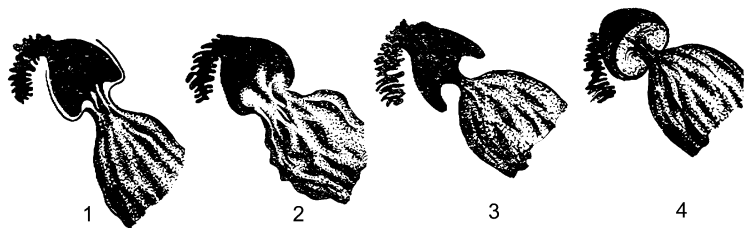
8.368. Прямая кишка, врожденные уродства.



Укажите номер рисунка, соответствующего диагнозу.

- 8.368.01. Удвоение прямой кишки.
- 8.368.02. Врожденная клоака.
- 8.368.03. Врожденный дивертикул прямой кишки.
- 8.368.04. Атрезия заднего прохода, эктопическое заднепроходное отверстие, открывающееся в предверие влагалища.
- 8.368.05. Врожденное сужение прямой кишки.
- 8.368.06. Прямокишечно-уретральный свищ при нормальном строении заднего прохода.
- 8.368.07. Атрезия заднего прохода.
- 8.368.08. Атрезия заднего прохода и прямой кишки.
- 8.368.09. Атрезия прямой кишки.

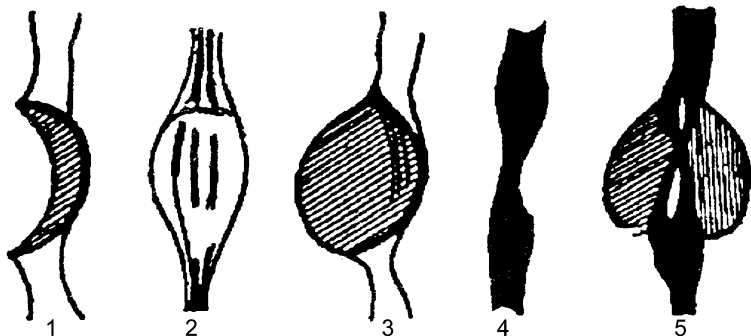
8.369. Деформация пилородуоденальной области.



Какой цифрой обозначена деформация при:

- 8.369.01. Истинном пролапсе слизистой оболочки.
- 8.369.02. Воспалительном отеке.
- 8.369.03. Гипертрофии привратника.

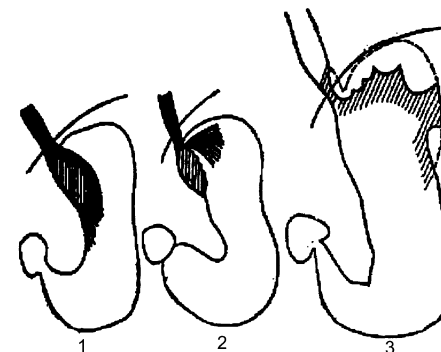
8.370. Основные симптомы лейомиомы пищевода.



Укажите правильно.

- 8.370.01. Дефект наполнения.
- 8.370.02. Веретенообразное расширение (утолщение) пищевода в месте локализации лейомиомы.
- 8.370.03. Сужение тени пищевода опухолью, находящейся на двух противоположных стенах.

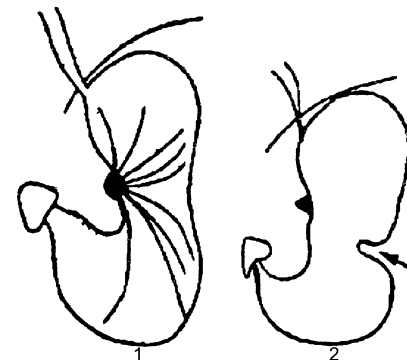
8.371. Рак кардильного отдела и свода желудка, схема рентгенологических симптомов.



Укажите правильно.

- 8.371.01. Симптом «обтекания».
- 8.371.02. Симптом «разбрызгивания».
- 8.371.03. Деформацию свода желудка.

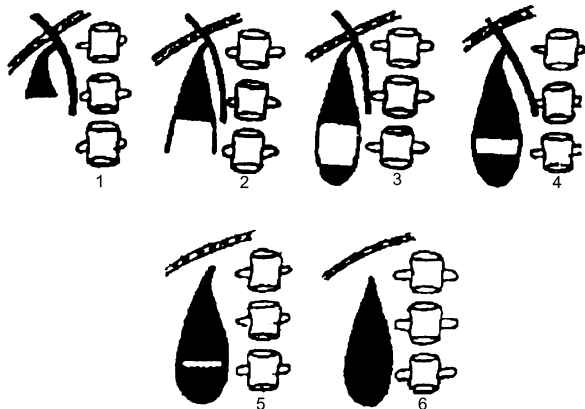
8.372. Язва желудка, схема рентгенологических симптомов.



Укажите правильно.

- 8.372.01. Симптом де Кервена.
- 8.372.02. Конвергенцию складок слизистой оболочки к нише.

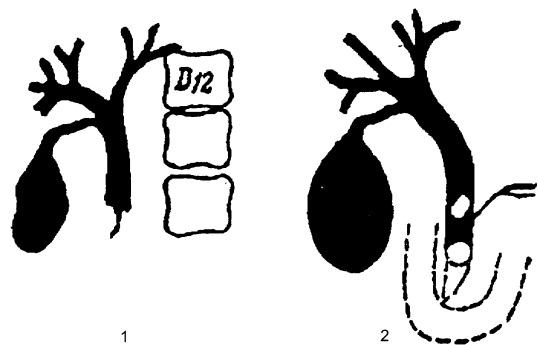
8.373. Желчный пузырь, концентрационная функция.



Укажите правильно фазу.

- 8.373.01. Колпачка.
- 8.373.02. Гомогенизации.
- 8.373.03. Трехслойности.
- 8.373.04. Пристеночных краевых полосок.

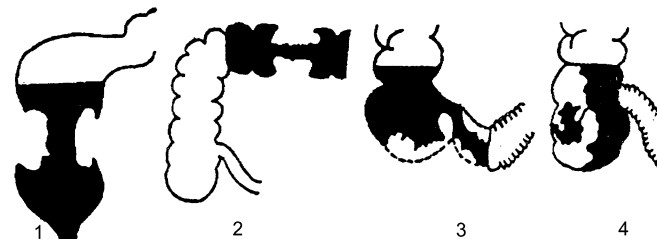
8.374. Желчный пузырь и желчные протоки.



Укажите правильно.

- 8.374.01. Опухоль общего желчного протока.
- 8.374.02. Камни общего желчного протока.

8.375. Рак толстой кишки, варианты дефектов наполнения.



Укажите правильно.

- 8.375.01. Циркулярные дефекты.
- 8.375.02. Краевой дефект.
- 8.375.03. Центральный дефект.

8.376. Пищевод, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

- 1. Ахалазии кардии.
- 2. Варикоза пищевода.
- 3. Дивертикула пищевода.
- 4. Ожога пищевода.
- 5. Рака пищевода.

8.377. Пищевод, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Ахалазии кардии.
2. Варикоза пищевода.
3. Дивертикула пищевода.
4. Ожога пищевода.
5. Рака пищевода.

8.378. Пищевод, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Ахалазии кардии.
2. Варикоза пищевода.
3. Дивертикула пищевода.
4. Ожога пищевода.
5. Рака пищевода.

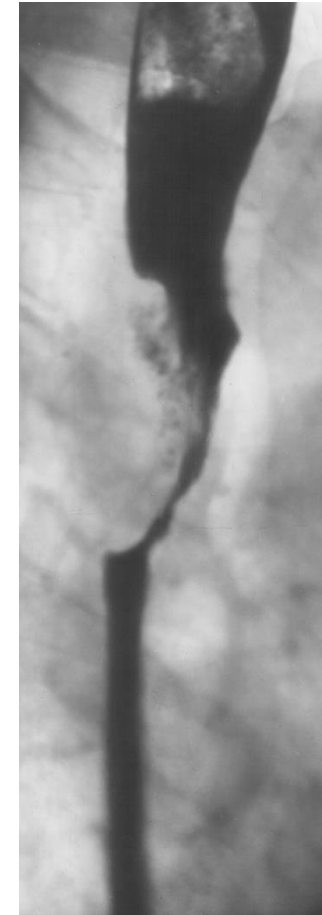
8.379. Пищевод, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Ахалазии кардии.
2. Варикоза пищевода.
3. Дивертикула пищевода.
4. Ожога пищевода.
5. Рака пищевода.

8.380. Пищевод, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Ахалазии кардии.
2. Варикоза пищевода.
3. Дивертикула пищевода.
4. Ожога пищевода.
5. Рака пищевода.

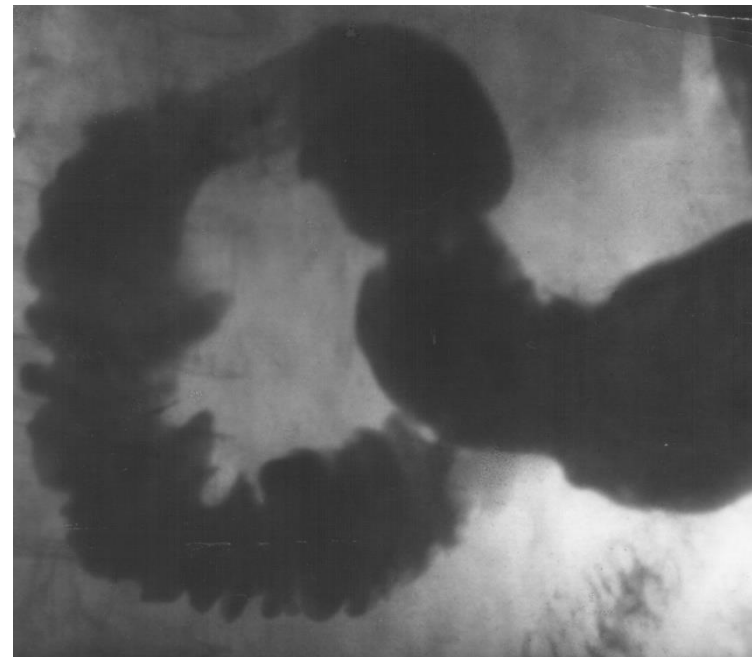
8.381. Желудок и двенадцатиперстная кишка, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.
2. Рака головки поджелудочной железы.
3. Стеноза привратника.
4. Рака фатерова соска.

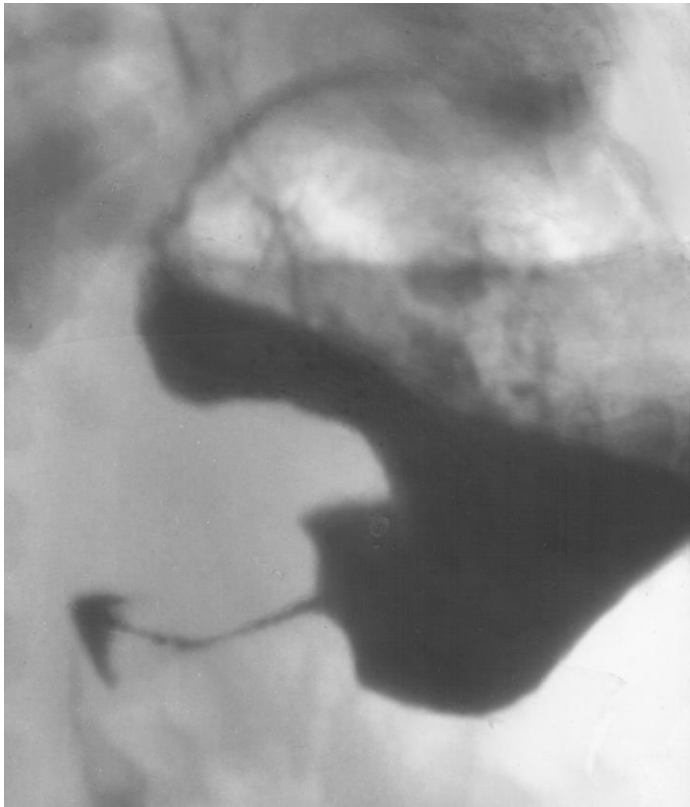
8.382. Желудок и двенадцатиперстная кишка, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.
2. Рака головки поджелудочной железы.
3. Стеноза привратника.
4. Рака фатерова соска.

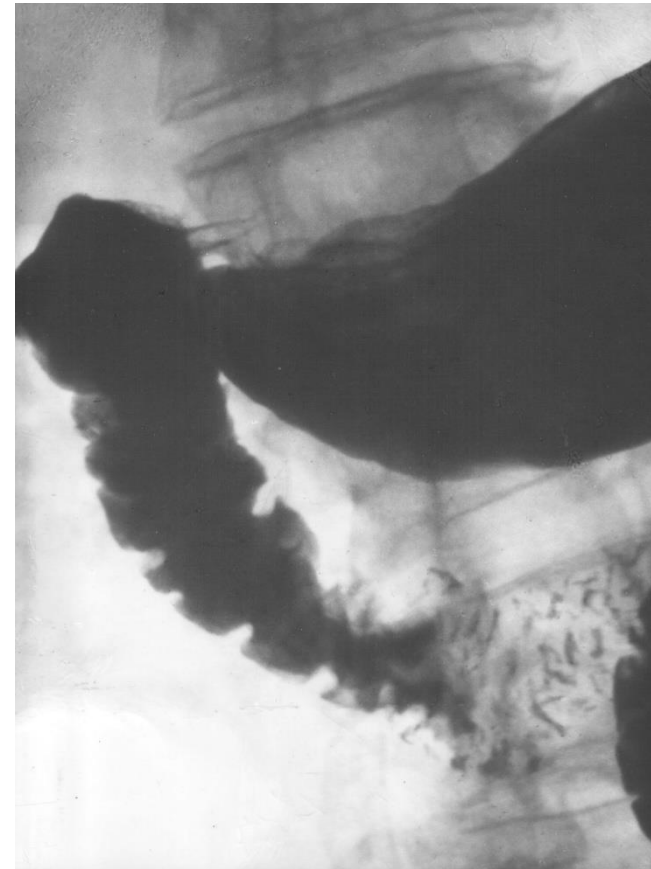
8.383. Желудок и двенадцатиперстная кишка, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.
2. Рака головки поджелудочной железы.
3. Стеноза привратника.
4. Рака фатерова соска.

8.384. Желудок и двенадцатиперстная кишка, рентгенограмма.



Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

1. Артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.
2. Рака головки поджелудочной железы.
3. Стеноза привратника.
4. Рака фатерова соска.

8.423. Органы пищеварения. Заболевание.

Пример. Женщина, 45 лет. Жалобы на схваткообразные боли в животе, возникающие после приема пищи, урчание в животе и диарею. Стул до 3-х раз в сутки, жидкий, неоформленный, объемный.

При копрологическом исследовании: в кале непереваренные мышечные волокна, жир, клетчатка.

При фракционном заполнении тонкой кишки бариевой взвесью в физиологическом растворе комнатной температуры определяется следующее: опорожнение желудка несколько замедленно. Продвижение бариевой взвеси неравномерное. В кишке сегментирует. Через 90 минут бариевая взвесь начинает поступать в слепую кишку. Петли тонкой кишки располагаются обычно, они подвижны, при пальпации безболезненны, просвет кишки неравномерный — отмечается наличие суженных и расширенных сегментов. В просвете кишки содержится газ. Рельеф слизистой изменен: складки слизистой утолщены, деформированы, контуры их нечеткие, неровные. В отдельных сегментах складки не видны. Некоторые петли подвздошной кишки туго не заполнились: видны только следы бариевой взвеси в них.

Ваш диагноз?

1. Болезнь Крона.
2. Хронический энтерит.
3. Туберкулез кишечника.
4. Спру.
5. Синдром мальабсорбции.

8.424. Органы пищеварения. Заболевание.

Пример. Мужчина, 51 год. Жалобы на болевые ощущения в животе, лихорадку, диарею. При пальпации в гипогастрии справа обнаруживаются признаки раздражения брюшины, болезненные опухолевидные образования в животе.

При рентгенологическом обследовании пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки изменений не выявлено.

При фракционном заполнении тонкой кишки бариевой взвесью в физиологическом растворе в проксимальных отделах тонкой кишки патологических изменений не выявлено. Терминальная петля подвздошной кишки на протяжении около 18 см значительно сужена, местами до 2-3 мм. Слепая кишка деформирована. Стенки пораженных сегментов ригидны, двигательная функция их отсутствует, рельеф слизистой оболочки не виден на большом протяжении. Отмечается оттеснение дистальных петель подвздошной кишки медиально и кверху большим инфильтратом. При релаксационной илеоцекографии туго заполнились все отделы толстой кишки и терминальная

петля подвздошной кишки. Последняя на протяжении 18—20 см резко сужена, слепая кишка сморщена, контуры пораженных отделов неровные, слизистая деформирована.

Ваш диагноз?

1. Аппендицит.
2. Хронический энтерит.
3. Болезнь Крона.
4. Туберкулез кишечника.
5. Лимфогранулематоз.

8.425. Органы пищеварения. Заболевание.

Пример. Женщина, 39 лет. Жалобы на нарушение аппетита, тошноту, тяжесть в животе после еды, слабость, недомогание, субфебрильную температуру, повышенную потливость, вздутие кишечника, неустойчивый стул.

При рентгенологическом исследовании толстой кишки с помощью контрастной клизмы определяется: бариевая взвесь в количестве 500 мл с 1%-ным раствором танина заполнила на всем протяжении прямую и ободочную кишки. Положение, просвет и гаустрация заполненных отделов обычные. Ретроградно заполнилась и часть терминальной петли подвздошной кишки. Обращает на себя внимание широкий просвет баугиниевой заслонки. Добиться тугого заполнения слепой кишки не удалось. Рельеф слизистой образован ячеистой структурой складок слизистой. Контуры слепой и восходящей кишок представляются выпрямленными, просвет их несколько суженным. В поперечно-ободочной кишке складки слизистой обычные, в нисходящей, сигмовидной и прямой кишках складки преимущественно продольные, в дистальных отделах они расширены; в просвете видна слизь. Дистальный отдел подвздошной кишки имеет сглаженные контуры, просвет ее несколько расширен. Складки слизистой перед вступлением в слепую кишку имеют ячеистый вид, опорожнение кишки замедленное. После раздувания стенки пораженных отделов кишечника расправились, по латеральному контуру слепой кишки на фоне газа определяется дополнительная тень.

Ваш диагноз?

1. Хронический аппендицит.
2. Болезнь Крона.
3. Илеотифлит.
4. Лимфогранулематоз.
5. Туберкулез илеоцекальной области.

8.426. Органы пищеварения. Заболевание.

Пример. Мужчина, 43 лет. Жалобы на интермиттирующую лихорадку, профузные, чаще ночные поты, похудание, кожный зуд, боли в животе, метеоризм, диарею. Анализ крови – лейкопения, повышенная СОЭ.

Проведено рентгенологическое обследование тонкой кишки.

Рентгенограмма. После фракционного приема охлажденной бариевой взвеси в физиологическом растворе. Опорожнение желудка несколько ускорено, заполнение тонкой кишки неравномерное. Выявляется несколько участков сужения просвета тонкой кишки. Бариевая взвесь определяется над участками сужения в виде отдельных скоплений с нечеткими, неровными контурами. Складки слизистой тонкой кишки в местах сужения утолщены, деформированы, местами плохо выражены. Они определяются лишь в некоторых петлях тощей кишки. Патологические изменения больше выражены в начальном отделе тощей и в дистальном отделе подвздошной кишок, в илеоцекальной области прощупывается плотный конгломерат.

Ваш диагноз?

1. Лимфогранулематоз.
2. Тропическая спру.
3. Глютеновая болезнь.
4. Болезнь Уиппла.
5. Туберкулез кишечника.

8.427. Органы пищеварения. Заболевание.

Пример. Женщина, 55 лет. Жалобы на слабость, потерю аппетита, вздутие живота, коликообразные боли, запор.

Проведено рентгенологическое исследование тонкой кишки.

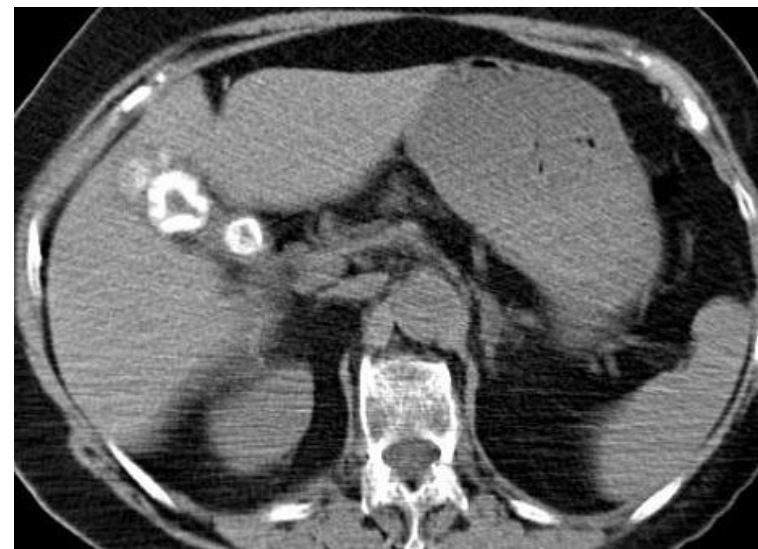
Рентгенограмма. После фракционного приема охлажденной бариевой взвеси (больная выпила две порции бариевой взвеси по 50 мл с 15-минутным интервалом). Бариевая взвесь длительно задерживается в одном из проксимальных сегментов подвздошной кишки, где отмечается значительное сужение ее просвета. Рельеф слизистой в месте сужения резко перестроен. Стенки суженного участка неровные. В супрастенотически расширенной петле имеется уровень жидкости и газ. Двигательная функция петель тощей кишки выше места сужения повышена.

В течение длительного времени бариевая взвесь не проходит дистальнее места сужения. Здесь же пальпируется под экраном небольшая подвижная припухлость.

Ваш диагноз?

1. Туберкулез тонкой кишки.
2. Болезнь Крона.
3. Опухоль тонкой кишки.
4. Лимфогранулематоз.
5. Болезнь Уиппла.

8.428. Брюшная полость. КТ



Какого рода патологические изменения определяются на данном КТ-изображении?

1. Калькулезный панкреатит
2. Увеличение забрюшинных лимфоузлов
3. Опухоль желудка
4. Камни желчного пузыря

8.429. Брюшная полость. КТ



Выполнена КТ печени с болюсным внутривенным контрастным усилением (КТ-ангиография). Какой фазе контрастного усиления соответствует данное изображение?

1. Нативной
2. Артериальной
3. Портовенозной
4. Отсроченной

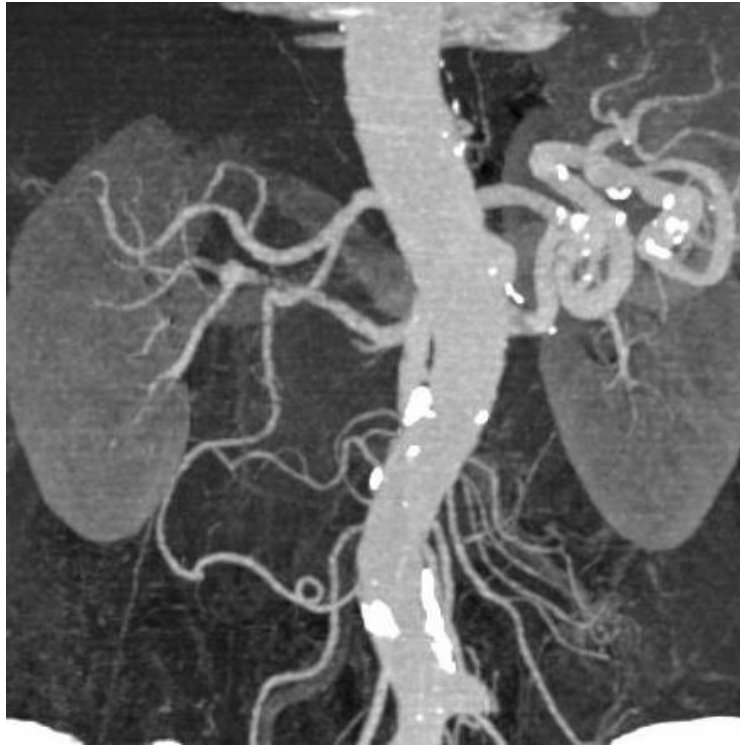
8.430. Брюшная полость. КТ



Выполнена КТ печени с болюсным внутривенным контрастным усилением (КТ-ангиография). Какой фазе контрастного усиления соответствует данное изображение?

1. Нативной
2. Артериальной
3. Портовенозной
4. Отсроченной

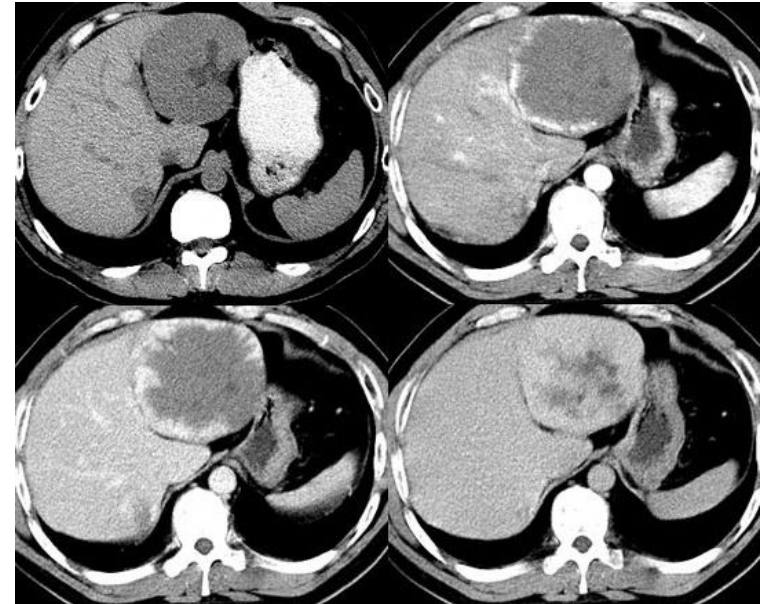
8.431. Брюшная полость. КТ



Выполнена КТ-ангиография брюшной полости. Какого рода патологические изменения определяются на данной КТ-реконструкции?

1. Атеросклероз аорты и ее ветвей
2. Гипоплазия правой почки
3. Спленомегалия
4. Аневризма аорты

8.432. Брюшная полость. КТ



Мужчина 38 лет. При КТ брюшной полости до (вверху слева) и после болюсного внутривенного введения йодсодержащего контрастного вещества в артериальной (вверху справа), портоvenозной (внизу слева) и отсроченной (внизу справа) фазах в печени выявлено два образования, накапливающих контрастное вещество от периферии к центру. Ваше заключение?

1. Эхинококкоз
2. Метастазы
3. Рак печени
4. Фокальная узловая гиперплазия
5. Гемангиома

Раздел 10. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ.

- 10.001. Какой метод исследования в остеологии является основным?
1. Флюорография.
 2. Линейная томография.
 3. Рентгенография.
 4. Рентгенография с прямым увеличением изображения.
- 10.002. Какой метод исследования в остеологии является специальным?
1. Флюорография.
 2. Линейная томография.
 3. Артрография.
 4. Телерентгенография.
- 10.003. Какой метод в остеологии является частным?
1. Рентгеноскопия.
 2. Рентгенография.
 3. Артрография.
 4. Рентгенография с прямым увеличением.
- 10.004. К какому методу исследования относится линейная томография?
1. Основному методу.
 2. Специальному методу.
 3. Частному методу.
 4. Общему методу.
- 10.005. Какой из методов является наиболее достоверным в диагностике остеопороза?
1. Рентгенография.
 2. Ультразвуковая денситометрия.
 3. Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия.
 4. Компьютерная томография.
- 10.006. К какому методу исследований относится фистулография?
1. Основному.
 2. Специальному.
 3. Частному.
 4. Общему.
- 10.007. К какой анатомической части кости относятся дополнительные костные образования, служащие местом прикрепления мышц и сухожилий?
1. Эпифизу.
 2. Метафизу.
 3. Апофизу.
 4. Диафизу.
- 10.008. К какой анатомической части кости относятся суставные концы длинных трубчатых костей, развивающиеся из самостоятельных ядер окостенения?
1. Эпифизу.
 2. Метафизу.
 3. Апофизу.
 4. Диафизу.
- 10.009. К какой анатомической части кости относится участок ее, состоящий из компактного вещества в виде трубки, заполненной костным мозгом?
1. Эпифизу.
 2. Метафизу.
 3. Апофизу.
 4. Диафизу.
- 10.010. Как называется часть кости между костно-мозговым каналом и суставным ее концом?
1. Эпифиз.
 2. Метафиз.
 3. Апофиз.
 4. Диафиз.
- 10.011. Какой слой надкостницы является остеогенным?
1. Фиброзный.
 2. Средний.
 3. Камбиальный.
 4. Наружный.
- 10.012. На каком году жизни появляется точка окостенения в надколеннике?
1. Первом.
 2. Втором.
 3. Третьем.
 4. Пятом.
- 10.013. Синостоз головки плечевой кости у мужчин наступает на:
1. 10-м году жизни.
 2. 15-м году жизни.
 3. 18-м году жизни.
 4. 25-м году жизни.
- 10.014. Истончение и исчезновение костных балок, их деминерализация, увеличение межбалочных пространств, появление крупнопетлистого рисунка губчатого вещества, истончение и разволокнение коркового слоя – характерно для:
1. Остеосклероза.
 2. Деструкции.

3. Остеопороза.
 4. Гиперостоза.
- 10.015. Постепенно возникающее разрушение кости с замещением ее какой-либо патологической тканью (гноем, опухолью и др.) называется:
1. Секвестрацией.
 2. Остеолизом.
 3. Деструкцией.
 4. Остеонекрозом.
- 10.016. Перестройка костной структуры, характеризующаяся увеличением числа костных перекладин в единице объема кости, их утолщением, деформацией и уменьшением вплоть до полного исчезновения костномозговых полостей характерно для:
1. Остеопороза.
 2. Остеосклероза.
 3. Гиперостоза.
 4. Гипертрофии кости.
- 10.017. Из какого основного компонента складывается рентгенологическая картина при остеомиелите?
1. Изменения формы кости.
 2. Изменения величины кости.
 3. Изменения сустава.
 4. Изменения костной структуры.
- 10.018. Наиболее важным и ранним рентгеновским симптомом оссифицирующего периостита является:
1. Тонкая линейная тень по краям диафиза кости.
 2. Гиперостоз.
 3. Остеосклероз.
 4. Гипертрофия кости.
- 10.019. Какая форма периостальных наслоений характерна для остеогенной саркомы?
1. Муфтообразная.
 2. Шиповидная.
 3. Симптом козырька.
 4. Древовидная.
- 10.020. Какие контуры периостальных наслоений характерны для прогрессирования процесса?
1. Гладкие и ровные.
 2. Нечеткие и смазанные.
 3. Неровные и зубчатые.
 4. Четкие.
- 10.021. Какое заболевание наиболее часто вызывает периостальные изменения в дистальном метафизе бедра?
1. Сифилис.
 2. Туберкулез.
 3. Остеогенная саркома.
 4. Остеомиелит Гарре.
- 10.022. Вздутие кости вызывает:
1. Остеомиелит.
 2. Абсцесс Броди.
 3. Туберкулез.
 4. Киста.
- 10.023. Расширение суставной щели наблюдается при:
1. Остеохондропатии.
 2. Деформирующем артрозе.
 3. Гнойном артрите.
 4. Болезни Гоффы.
- 10.024. Субхондральный склероз в суставных концах кости бывает при:
1. Остром артрите.
 2. Деформирующем артрозе.
 3. Туберкулезе.
 4. Ревматизме.
- 10.025. При каком заболевании может наблюдаться внутрисуставная мышь?
1. Болезни Кинбека.
 2. Болезни Келера.
 3. Болезни Кенига.
 4. Болезни Кашина-Бека.
- 10.026. Стойкое смещение суставных концов сочленяющихся костей за пределы их физиологической подвижности, вызывающие нарушение функции сустава, называется:
1. Переломом.
 2. Вывихом.
 3. Дистрофией.
 4. Контузией.
- 10.027. Какой перелом кости является внутрисуставным?
1. Диафизарный.
 2. Оскольчатый.
 3. Метафизарный.
 4. Эпифизарный.
- 10.028. Какой перелом следует считать асептическим?
1. Закрытый.
 2. Дырчатый.
 3. Открытый.
 4. Огнестрельный.

- 10.029. Перелом лучевой кости в типичном месте называют переломом:
1. Беннета.
 2. Коллеза.
 3. Мальгенья.
 4. Дюпоитрена.
- 10.030. Поперечный поднадкостничный надлом длинной трубчатой кости обычно бывает у:
1. Стариков.
 2. Детей.
 3. Лиц зрелого возраста.
 4. Пожилых людей.
- 10.031. Перелом со множеством осколков, у которых заостренные концы, как правило, наблюдаются у:
1. Стариков.
 2. Новорожденных.
 3. Юношей.
 4. Девушек.
- 10.032. Рентгенологически костная мозоль после травмы определяется у взрослого человека на:
1. Первой неделе.
 2. Второй неделе.
 3. Третьей неделе.
 4. Десятый день.
- 10.033. При каком вывихе наблюдается остеопороз суставных концов и всего дистального отдела конечности, а также вторичные изменения в суставе типа деформирующего артроза?
1. Травматическом.
 2. Привычном.
 3. Патологическом.
 4. Застарелом.
- 10.034. Нарушен энхондральный остеогенез, при котором имеет место карликовость, короткие конечности при обычной длине туловища, деформация нижних конечностей и позвоночника. Рентгенологически выявляют укорочение и эпиметафизарную гипертрофию трубчатых костей, утолщение коркового слоя; пястные кости и фаланги пальцев укорочены, утолщены, отмечается изодактилия; таз сужен; основание черепа укорочено; макроцефалия (непропорциональная короткоконечностная карликовость). Подобная картина бывает при:
1. Дисхондроплазии.
 2. Ахондроплазии.
 3. Несовершенном остеогенезе.
 4. Фиброзной остеодисплазии.
- 10.035. При каком пороке развития скелета появляются разрастания в эпифизарных и метафизарных отделах костей в виде нароста(ов) на кости губчатой структуры, иногда содержащие известковые вкрапления?
1. Ахондроплазии.
 2. Дисхондроплазии.
 3. Экзостозной хондроплазии.
 4. Фиброзной остеодисплазии.
- 10.036. При каком пороке развития скелета наблюдается резкая деформация скелета с искривлением и укорочением конечностей, выраженный остеопороз и множественные переломы длинных трубчатых костей с периостальными костными мозолями?
1. Дисхондроплазии.
 2. Несовершенном остеогенезе.
 3. Ахондроплазии.
 4. Псевдохондроплазии.
- 10.037. При каком пороке развития имеет место системный остеосклероз и метафизарная гипертрофия?
1. Остеопетрозе.
 2. Мелореостозе.
 3. Остеопойкилии.
 4. Дисхондроплазии.
- 10.038. При каком из перечисленных случаев у детей, сразу после рождения, ацетабулярный индекс = 25 град, расстояние от наиболее выступающей проксимальной поверхности бедра до ацетабулярной линии = 1,2 см, а линии Менарда-Шентона и Кальве непрерывные и пологие?
1. Дисплазии тазобедренного сустава.
 2. Врожденном вывихе бедра.
 3. Болезни Легга-Кальве-Пертеса.
 4. Норме.
- 10.039. Смещение вертлужной впадины в сторону малого таза с углублением ее и с внедрением в нее головки бедренной кости характерно для:
1. Воронкообразного таза.
 2. Инфантильного таза.
 3. Остеомалятрического таза.
 4. Артрокадатиса тазобедренного сустава (таза Отто-Хробака).
- 10.040. К какой наследственной болезни, обусловленной аномалией развития соединительной ткани, Вы отнесете следующие изменения: сочетание поражения опорно-двигательного аппарата (чрезмерно длинные конечности, арахнодактилия и др.) с подвывихом и вывихом хрусталика и вегетативно-сосудистыми расстройствами?
1. Синдрому Марфана.
 2. Синдрому Сервелла.

3. Синдрому Маффуччи.
4. Синдрому Фейрбанка.
- 10.041. Какое заболевание имеет веретенообразное утолщение диафиза кости за счет периостальных наслоений, гиперостоза и эностоза; контуры кости четкие и гладкие; имеет место выраженный остеосклероз?
1. Абсцесс Броди.
2. Послетифозный остеомиелит.
3. Туберкулез.
4. Остеомиелит Гарре.
- 10.042. Какое заболевание кости имеет триаду признаков: гнойный свищ, секвестр и рецидивирующее течение?
1. Острый остеомиелит.
2. Хронический остеомиелит.
3. Опухоль Юинга.
4. Болезнь Педжета.
- 10.043. Эпиметафизарная зона предварительного обызвествления расширена на 3 мм, уплотнена, зазубрена, под ней имеется светлая полоска грануляционной ткани; ядра окостенения выражены хорошо; поражение носит системный характер. Для какой болезни это характерно?
1. Врожденного сифилиса.
2. Рахита.
3. Болезни Бланта.
4. Эпифизарного остеомиелита.
- 10.044. Какой очаг деструкции характерен для абсцесса Броди?
1. Округлый очаг просветления диаметром 3 см с гладкими контурами, окруженный склеротическим ободком.
2. Округлый очаг деструкции диаметром 2 см, с нечеткими расплывчатыми (изъеденными) контурами.
3. Четко отграниченный овальной формы костный дефект, с крупноячеистой структурой, гладкими контурами, размером 3×5 см.
4. Округлой формы, бесструктурный, с известковыми вкраплениями костный дефект, расположенный в толще вздутой кости.
- 10.045. Округлой формы очаг разрежения в метафизе бедренной кости размером 1,5 см. Внутри очага плотные костные включения, снаружи - выраженный остеосклероз. Подобная картина характерна для:
1. Изолированной кисты.
2. Абсцесса Броди.
3. Остеомы.
4. Остеоид-остеомы.
- 10.046. При каком заболевании наблюдается утолщение, удлинение и дугообразное искривление вперед большеберцовой кости (саблевидная голень)?
1. Туберкулезе.
2. Остеомиелите.
3. Сифилисе.
4. Ахондроплазии.
- 10.047. Мелкие с нечеткими, смазанными краями очаги деструкции в метафизе большеберцовой кости с периостальной реакцией в виде линейного опсифицирующего периостита наиболее характерны для:
1. Острого остеомиелита.
2. Туберкулеза.
3. Сифилиса.
4. Ретикулосаркомы кости.
- 10.048. Какой из перечисленных ниже секвестров туберкулезный?
1. Одиночный крупный секвестр повышенной плотности с неровными краями и заостренными концами, вокруг которого имеется секвестральная коробка.
2. Секвестр округлой формы, небольших размеров, с изъеденными краями невысокой плотности, напоминает кусочек тающего сахара.
3. Небольших размеров, плотный, блюдцеобразный секвестр.
4. Проникающий (пенетрирующий) секвестр высокой плотности.
- 10.049. Нарост на кости с правильной трабекулярной структурой, на широком основании, без периостальной реакции является:
1. Остеомой.
2. Хордомой.
3. Саркомой.
4. Миеломой.
- 10.050. При каком заболевании разрушается корковый слой?
1. Хондроме.
2. Остеогенной саркоме.
3. Гемангиоме.
4. Остеоме.
- 10.051. При каком заболевании корковый слой пораженной кости расслаивается на ряд продольных пластинок?
1. Саркоме Юинга.
2. Хондроме.
3. Гемангиоме.

4. Остеоме.
- 10.052. При каком заболевании имеет место периостальная реакция в виде спикул или периостального веера?
1. Миеломе.
 2. Хондроме.
 3. Остеогенной саркоме.
 4. Остеохондроме.
- 10.053. В ребрах, в костях таза и в черепе имеются резко контурированные округлые костные дефекты от 2-3 мм до 2-3 см, периостальная реакция отсутствует, гиперкальциемия, в моче белок Бен-Джонса - признаки характерные для:
1. Метастатического рака.
 2. Фиброзной дисплазии.
 3. Миеломатоза.
 4. Гемобластоза.
- 10.054. Позвонок вздут, с мелкоячеистой структурой и утолщениями костных трабекул, которые имеют вертикальное направление; кортикальный слой истончен - симптомы характерные для:
1. Гемангиомы.
 2. Хондромы.
 3. Остеохондромы.
 4. Миеломы.
- 10.055. Различной величины очаги деструкции в костях таза и позвоночника с неровными и нечеткими контурами, периостальная реакция отсутствует - такие симптомы бывают при:
1. Миеломатозе.
 2. Гемофилии.
 3. Остеохондроме.
 4. Метастазах.
- 10.056. В метадиафизе большеберцовой кости определяются асимметричное утолщение за счет вздутия изнутри; структура очага ячеисто-трабекулярная, периостальной реакции нет, остеопороз отсутствует - картина типична для:
1. Остеобластокластомы.
 2. Миеломы.
 3. Гемангиомы.
 4. Остеогенной саркомы.
- 10.057. При каком системном заболевании имеет место перестройка губчатого вещества костной ткани с образованием грубоволокнистой и пятнисто-хлопьевидной структуры, а при поражении черепа она имеет вид «курчавой головы»?
1. Болезни Реклингаузена.
 2. Остебластокластоме.
3. Болезни Педжета.
4. Фиброзной дисплазии.
- 10.058. При каком заболевании развивается следующая деформация костей: вздутие плоских костей, дугообразное искривление длинных трубчатых костей, позвонки принимают форму «рыбьих»?
1. Миеломатозе.
 2. Хондроматозе.
 3. Метастатическом раке.
 4. Паратиреоидной остеодистрофии.
- 10.059. Какое заболевание имеет системный остеопороз?
1. Болезнь Реклингаузена.
 2. Остеомиелит Гарре.
 3. Болезнь Педжета.
 4. Болезнь Альберс-Шенберга.
- 10.060. При каком заболевании бывают «банановые переломы»?
1. Деформирующем остозе.
 2. Остеохондроме.
 3. Остебластокластоме.
 4. Хроническом остеомиелите.
- 10.061. Какое заболевание из нижеперечисленных исключено у ребенка 10 лет, у которого симметричный обезображивающий остеоартроз, системный остеопороз, короткопалость, сплющивание и клиновидная деформация позвонков, уплощение межпозвонковых дисков?
1. Болезнь Кашина-Бека.
 2. Деформирующий эндемический остеоартроз.
 3. Урвовская болезнь.
 4. Рахит.
- 10.062. Для какого заболевания характерна максимальная плотность и отсутствие структуры костей, их неравномерный гиперостоз, сужение костномозговых каналов?
1. Рахита.
 2. Флюороза.
 3. Фиброзной дисплазии.
 4. Болезни Реклингаузена.
- 10.063. Рентгенологически выявлен системный остеопороз и нарушение энхондрального окостенения; контуры эпифизов и частично метафизов нечеткие, разломаченные; ядра окостенения плохо определяются, метафизы расширены по типу бокала, корковый слой истончен, костно-мозговой канал расширен - картина характерна для:
1. Сифилиса.
 2. Остеомиелита.
 3. Рахита.
 4. Туберкулеза.

- 10.064. При каком заболевании наблюдается системный оссифицирующий периостоз и деформация пальцев в виде «барабанных палочек»?
1. Легочной остеодистрофии.
 2. Алиментарной остеодистрофии.
 3. Паратиреоидной остеодистрофии.
 4. Почечной остеодистрофии.
- 10.065. При каком заболевании бывает отслоенный обызвествленный периостоз?
1. Болезни Педжета.
 2. Изолированной костной кисте.
 3. Болезни Реклингаузена.
 4. Аневризматической костной кисте.
- 10.066. При каком заболевании выявляют значительное разрушение суставных концов с обезображиванием их и образованием свободных фрагментов и очагов новой костной ткани в мягких тканях, деформацию сустава, патологические вывихи и подвывихи?
1. Деформирующем артрозе.
 2. Нейрогенной артропатии.
 3. Туберкулезе сустава.
 4. Синовии.
- 10.067. При каком заболевании имеет место рассасывание головки плечевой кости без выраженных костных разрастаний?
1. Остеоме.
 2. Фиброме.
 3. Сиригомиелии.
 4. Саркоме.
- 10.068. При каком заболевании развивается хаос в локтевом суставе с патологическим вывихом?
1. Деформирующем спондилезе.
 2. Сирингомиелии.
 3. Остеохондрозе позвоночника.
 4. Сколиозе позвоночника.
- 10.069. На рентгенограмме коленного сустава суставные поверхности уплощены, эпиметафизы утолщены и обезображены, в мягких тканях сустава имеются свободные костные фрагменты, сустав резко деформирован - такая картина развивается при:
1. Декомпрессионной болезни.
 2. Рахите.
 3. Сухотке спинного мозга.
 4. Болезни Рейно.
- 10.070. При каком заболевании сустава и его полости обнаруживают неравномерное обызвествление, округлой формы тельца, имеющие в центре прозрачную хрящевую основу, а по периферии - неравномерную кольцевидную плотную кайму?
1. Хондроматозе сустава.
 2. Деформирующем артрозе.
 3. Туберкулезе сустава.
 4. Ревматоидном артрите.
- 10.071. Равномерное сплющивание тела позвонка при одновременном удлинении в передне-заднем размере характерно для болезни:
1. Кюммеля.
 2. Бехтерева.
 3. Шейерманна-Мау.
 4. Кальве.
- 10.072. Головка бедренной кости сплющена, высота ее уменьшена, интенсивность повышена, суставная щель расширена - симптомы, характерные для:
1. Болезни Легга-Кальве-Пертеса.
 2. Болезни Понсе.
 3. Коксита.
 4. Болезни Гоффы.
- 10.073. Как называется болезнь, при которой имеет место уплотнение структуры, пятнистость и секвестроподобная сегментация апофиза бугра пяточной кости?
1. Болезнь Тиммана.
 2. Болезнь Кенига.
 3. Болезнь Хаглунда-Шинца.
 4. Болезнь Кинбека.
- 10.074. Как называется болезнь, при которой имеет место блюдцеобразная деформация головки 2-й плюсневой кости и ее уплотнение?
1. Болезнь Келера I.
 2. Болезнь Кальве.
 3. Болезнь Келера II.
 4. Болезнь Кинбека.
- 10.075. Ладьевидная кость уменьшена в объеме, уплотнена и деформирована, контуры ее неровные, но резкие, суставные щели расширены - симптомы, характерные для болезни:
1. Кинбека.
 2. Келера I.
 3. Келера II.
 4. Кальве.
- 10.076. У мальчика 15 лет боль в колене, припухлость и болезненность в зоне бугристости большеберцовой кости. На рентгенограмме структура бугристости нечеткая, имеет секвестроподобную фрагментацию; хрящевая прослойка между бугристостью и метафизом увеличена - симптомы, характерные для болезни:

1. Олбрайта.
 2. Бланта.
 3. Осгуда-Шлаттера.
 4. Гоффы.
- 10.077. При каком заболевании крови не наблюдается: увеличение селезенки, утолщение длинных трубчатых костей с характерной игольчатой структурой наподобие «ежика» или «ставших дыбом волос»?
1. Большой талассемии.
 2. Средиземноморской анемии.
 3. Эритробластической анемии.
 4. Гемофилии.
- 10.078. Какая гемофилия встречается у женщин?
1. Гемофилия А.
 2. Гемофилия В.
 3. Гемофилия С.
 4. Гемофилия А и В.
- 10.079. При каком заболевании крови развивается субпериостальная гематома, краевые изъяны, кистозные полости, псевдоопухоли?
1. Анемии.
 2. Лейкозе.
 3. Гемофилии.
 4. Миеломной болезни.
- 10.080. Если в коленном суставе имеется полное ограничение движений, наблюдается резкое сужение суставной щели, субхондральный склероз и имеется кратерообразное углубление межмышечковой ямки бедренной кости, то в первую очередь следует думать о:
1. Болезни Гоффы.
 2. Артропатии.
 3. Гоните.
 4. Гемофилическом синдроме.
- 10.081. При каком заболевании выявляются гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия, протеинурия или белок Бен-Джонса в моче и множественные очаги деструкции в костях черепа, ребрах, позвоночнике и других костях; очаги округлой формы с четкими и ровными контурами; периостальная реакция отсутствует?
1. Болезни Рустицкого-Калера.
 2. Болезни Гланцманна-Виллебранда.
 3. Болезни Кристмаса.
 4. Болезни Кули.
- 10.082. Отметьте характерный признак остеомиелофиброза:
1. Очаг деструкции.
 2. Нормальная структура.
 3. Остеосклероз.
 4. Остеопороз.
- 10.083. При наличии изолированного очага костной деструкции в проксимальной части бедренной кости размером 2×2 см, ячеистой структуры, округлой формы с четкими контурами, без периостальной реакции дает право заподозрить у больного в первую очередь:
1. Абсцесс Броди.
 2. Саркому Юинга.
 3. Одиночный метастаз.
 4. Эозинофильную гранулему.
- 10.084. При какой стадии ревматоидного артрита появляется узурация суставных поверхностей?
1. I стадии.
 2. II стадии.
 3. III стадии.
 4. IV стадии.
- 10.085. Какой основной отличительный признак II стадии ревматоидного артрита?
1. Субхондральный склероз.
 2. Сужение суставной щели.
 3. Остеопороз.
 4. Расширение суставной щели.
- 10.086. В каких суставах раньше всего развивается анкилоз при ревматоидном артрите?
1. Тазобедренном.
 2. Крестцово-подвздошном.
 3. Коленных.
 4. Пястно-фаланговых.
- 10.087. Артроз проксимальных межфаланговых суставов проявляется узелками:
1. Гебердена.
 2. Шморля.
 3. Поммера.
 4. Бушара.
- 10.088. Узелки Гебердена развиваются при:
1. Первичном артрозе.
 2. Ревматоидном артрите.
 3. Вторичном артрозе.
 4. Туберкулезе.
- 10.089. Для какого заболевания сустава характерен субхондральный склероз?

1. Артрит.
 2. Артроза.
 3. Болезни Рейтера.
 4. Болезни Рейно.
- 10.090. На рентгенограммах кисти обнаружены утолщения дистальных межфаланговых суставов и лизис дистальных фаланг пальцев - симптомы, характерные для полиартрита:
1. Ревматического.
 2. Сифилитического.
 3. Псориатического.
 4. Бруцеллезного.
- 10.091. Снижение высоты рентгеновской суставной щели на 1/2 ее высоты, субхондральный склероз свидетельствует о:
1. Артрозе.
 2. Вывихе.
 3. Артрите.
 4. Норме.
- 10.092. На рентгенограмме коленного сустава изображение суставной щели отсутствует, определяется переход костных балок из одной сочлененной кости в другую - симптомы, характерные для:
1. Артрит.
 2. Артроза.
 3. Анкилоза.
 4. Нормы.
- 10.093. При каком заболевании определяется разрушение суставного конца пораженной кости вплоть до полного «расплавления»?
1. Остеоме.
 2. Гемофилии.
 3. Хондроме.
 4. Туберкулезе.
- 10.094. В месте прикрепления сухожилий мышц к большому бугру плечевой кости и нижней поверхности акромиального отростка контур кости неровный, нечеткий из-за обызвествления и окостенения сухожилий мышц. Ваше заключение?
1. Анкилоз.
 2. Артрит.
 3. Тендиоз.
 4. Артроз.
- 10.095. На рентгенограмме коленного сустава у передней поверхности основания надколенника и бугристости большеберцовой кости, у мест прикрепления сухожилия четырехглавой мышцы видны остеофиты. Ваше заключение?
1. Болезнь Гоффы.
 2. Тендиоз.
 3. Туберкулез.
 4. Болезнь Рейтера.
- 10.096. В области межмышечного поля, в месте прикрепления передней крестообразной связки коленного сустава определяется костный вырост. Ваше заключение?
1. Тендиоз.
 2. Лигаментоз.
 3. Артроз.
 4. Артрит.
- 10.097. При каком синдроме наступает обызвествление мягких тканей в области внутреннего мыщелка бедренной кости, проявляющееся отеком коленного сустава, болезненностью в нем при движении и пальпации?
1. Сервелла.
 2. Марфана.
 3. Пеллегрини-Штида.
 4. Маффуччи.
- 10.098. Что сдавливают и оттесняют увеличенные и деформированные крючковидные отростки?
1. Пищевод.
 2. Артерию.
 3. Вену.
 4. Мышцу.
- 10.099. Если на спондилограммах обнаруживают симптом струны, симптом лесенки, сколиоз и дегенерацию пульпозного ядра, то имеет место:
1. Деформирующий спондилез.
 2. Остеохондроз позвоночника.
 3. Туберкулез позвоночника.
 4. Остеомиелит позвоночника.
- 10.100. Равномерное снижение высоты диска; субхондральный склероз; остеофиты, расположенные поперечно к длинику позвоночника; узлы Поммера - все это характерно для:
1. Деформирующего спондилеза.
 2. Остеохондроза.
 3. Болезни Кюммеля.
 4. Болезни Кальве.

- 10.101. Позвонки имеют форму переднего клина, межпозвоночная щель не изменена, верхняя пластинка тела позвонка вдавлена. Что это?
1. Остеохондроз позвоночника.
 2. Перелом позвонка.
 3. Туберкулез.
 4. Остеомиелит.
- 10.102. При выявлении на спондилограмме симптома «бамбуковой палки» и анкилоза крестцово-подвздошного сочленения необходимо думать о:
1. Туберкулезе.
 2. Болезни Бехтерева.
 3. Остеохондрозе.
 4. Болезни Кальве.
- 10.103. Бывает ли паравертебральный абсцесс при гематогенном остеомиелите позвоночника?
1. Да.
 2. Никогда.
 3. Очень редко.
- 10.104. Характерны ли обызвествления для паравертебрального абсцесса при гематогенном остеомиелите позвоночника?
1. Да.
 2. Не характерны.
- 10.105. Какой из перечисленных признаков позволяет отличить гематогенный остеомиелит позвоночника от туберкулезного спондилита?
1. Реакция передней продольной связки.
 2. Деструкция двух смежных тел позвонков.
 3. Разрушение замыкающих пластинок тел позвонков.
 4. Вовлечение в процесс прилегающих мягких тканей.
- 10.106. Какой из перечисленных симптомов не характерен для туберкулезного спондилита?
1. Деструкция тела позвонка.
 2. Деструкция замыкающей пластинки тела позвонка.
 3. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 4. Быстрое нарастание склероза вокруг очага поражения.
- 10.107. Какой из перечисленных путей распространения наиболее характерен для туберкулезного спондилита?
1. Чрезсуставной.
 2. Чрездисковый.
 3. Подсвязочный.
 4. Смешанный.
- 10.108. Каковы контуры очагов деструкции в фазе разгара туберкулезного артрита?
1. Четкие.
 2. Нечеткие.
 3. Четкие с ободком склероза по периферии.
 4. Могут быть как четкими, так и нечеткими.
- 10.109. Каковы контуры очагов деструкции в фазе затихания туберкулезного артрита?
1. Нерезкие.
 2. Четкие с ободком склероза по периферии.
 3. Нечеткие.
 4. Могут быть как четкими, так и нечеткими.
- 10.110. Какой из перечисленных признаков позволяет отличить туберкулезный артрит от гнойного?
1. Медленное постепенное развитие процесса.
 2. Затемнение физиологических просветлений сустава.
 3. Деструкция в местах прикрепления капсулы.
 4. Деструкция суставных поверхностей костей.
- 10.111. Какой из перечисленных признаков позволяет отличить ревматоидный артрит от туберкулезного?
1. Множественность поражения суставов.
 2. Равномерный распространенный остеопороз.
 3. Краевая деструкция суставных поверхностей костей.
 4. Деструкция в местах прикрепления капсулы.
- 10.112. Какой из перечисленных признаков позволяет отличить туберкулез плечевого сустава от ревматоидного артрита?
1. Отсутствие поражения второго плечевого сустава.
 2. Краевая деструкция в месте прикрепления капсулы.
 3. Регионарный равномерный остеосклероз.
 4. Остеосклероз.
- 10.113. Какой из перечисленных признаков позволяет отличить поражение коленного сустава при гемофилии от туберкулезного артрита?
1. Углубление мышечковой ямки.
 2. Краевая деструкция в местах прикрепления капсулы.
 3. Затемнение физиологических просветлений сустава.
 4. Деструкция суставных поверхностей костей.
- 10.114. Какой из перечисленных признаков позволяет отличить гнойный артрит от туберкулезного?
1. Наличие периостита.
 2. Деструкция в местах прикрепления капсулы.
 3. Наличие вывиха или подвывиха.
 4. Деструкция суставных поверхностей костей.

- 10.115. Какой из названных признаков позволяет отличить туберкулезный коксит от остеохондропатии головки бедренной кости?
1. Отсутствие первичного поражения головки бедренной кости.
 2. Атрофия кости.
 3. Равномерный остеопороз.
 4. Увеличение в объеме параартикулярных мягких тканей.
- 10.116. Какой из названных признаков характерен для диафизарного туберкулеза?
1. Вздутие пораженной кости.
 2. Краевая деструкция на уровне коркового слоя.
 3. Гиперостоз.
 4. Остеосклероз.
- 10.117. Бывают ли вывихи и подвывихи при туберкулезном поражении суставов?
1. Никогда.
 2. Да.
- 10.118. Какой из перечисленных признаков не характерен для диафизарного туберкулеза?
1. Очаги деструкции.
 2. Остеопороз.
 3. Секвестры.
 4. Гиперостоз.
- 10.119. Для диафизарного туберкулеза костей кисти наиболее характерно поражение:
1. Одиночное.
 2. Солитарное.
 3. Множественное.
 4. Аксиальное.
- 10.120. Какая из костей, образующих локтевой сустав, поражается первично туберкулезом наиболее часто?
1. Плечевая.
 2. Локтевая.
 3. Лучевая.
 4. Сесамовидная.
- 10.121. Какой из перечисленных воспалительных процессов чаще поражает большой вертел бедренной кости?
1. Туберкулез.
 2. Сифилис.
 3. Гематогенный остеомиелит.
 4. Бруцеллез.
- 10.122. Какой из перечисленных отделов скелета поражается наиболее часто при бруцеллезе?
1. Позвоночник.
 2. Череп.
 3. Ключица.
 4. Кости кисти и стопы.
- 10.123. Какой из перечисленных суставов поражается наиболее часто при бруцеллезе?
1. Крестцово-подвздошный.
 2. Грудино-ключичный.
 3. Коленный.
 4. Тазобедренный.
- 10.124. Какой из перечисленных рентгенологических признаков наиболее характерен для бруцеллеза крестцово-подвздошного сочленения?
1. Остеосклероз.
 2. Остеопороз.
 3. Увеличение объема мягких тканей.
 4. Остеолитическая деструкция костей, образующих сустав.
- 10.125. В каких костях локализуется остеома?
1. Диафизах и метадиафизах длинных костей.
 2. В коротких костях.
 3. В околоносовых пазухах.
 4. В плоских костях свода черепа и околоносовых пазухах.
- 10.126. Каковы краеобразующие контуры остеомы?
1. Четкие.
 2. Нечеткие.
 3. Бугристые.
 4. Фестончатые.
- 10.127. Какова рентгенологическая структура остеомы?
1. Компактная, губчатая, смешанная.
 2. Неравномерная, губчатая, с плотными включениями.
 3. Компактная с участками просветлений.
 4. Просветленная.
- 10.128. В каком возрасте встречается остеома?
1. До 20 лет.
 2. 21-40 лет.
 3. 41-60 лет.
 4. В любом возрасте.

- 10.129. В каких костях скелета чаще локализуется остеоид-остеома?
1. В апофизах длинных костей.
 2. В диафизах и метадиафизах длинных костей.
 3. В коротких костях.
 4. В длинных костях.
- 10.130. В каком возрасте встречается остеоид-остеома?
1. 21-40 лет.
 2. 40-60 лет.
 3. Старше 60 лет.
 4. В любом возрасте.
- 10.131. В каком отделе длинных костей чаще локализуется остеоид-остеома?
1. В костно-мозговой полости.
 2. В корковом веществе диафизов.
 3. В губчатом веществе эпифизов.
 4. В губчатом веществе апофизов.
- 10.132. Какие размеры очага деструкции чаще наблюдаются при остеоид-остеоиде?
1. До 1 см в диаметре.
 2. 2-3 см в диаметре.
 3. До 5 см в диаметре.
 4. Свыше 5 см в диаметре.
- 10.133. Какие из перечисленных рентгенологических симптомов характерны для остеоид-остеоиды?
1. Линейный и многослойный периостоз.
 2. Бахромчатый периостоз.
 3. Гиперостоз и склероз.
 4. Вздутие кости.
- 10.134. Что наиболее характерно в клинической симптоматике остеоид-остеоиды?
1. Высокая температура.
 2. Болезненность при пальпации.
 3. Отсутствие боли, припухлость, деформация кости.
 4. Преобладание болей в ночное время.
- 10.135. Какое из утверждений правильное?
1. Остеоид-остеоид опасна для жизни.
 2. Остеоид-остеоид может вызвать деформацию и привести к нарушению роста кости (удлинение, укорочение).
 3. Остеоид-остеоид никогда не приводит к деформации и не влияет на рост кости.
 4. Остеоид-остеоид, как правило, приводит к деформации и нарушению роста кости.
- 10.136. Характерен ли обширный мягкотканый компонент для остеоид-остеоиды?
1. Да.
 2. Нет.
- 10.137. Место локализации в скелете, типичное для компактных остеоиды?
1. Свод черепа и кости лица.
 2. Длинные кости.
 3. Кости таза.
 4. Позвоночник.
- 10.138. Какое из нижеперечисленных утверждений неправильно?
1. Компактные остеоиды представляют собой дополни-тельные образования нормальной костной структуры.
 2. Компактные остеоиды характеризуются однородной интенсивной тенью.
 3. Компактные остеоиды могут располагаться на широком основании и на ножке.
 4. Компактные остеоиды раздвигают внутреннюю и наружную пластинки костей свода.
- 10.139. Какая рентгенологическая методика имеет решающее значение в распознавании компактных остеоиды свода черепа?
1. Томография.
 2. Тангенциальная рентгенография.
 3. Рентгенография с прямым увеличением.
 4. Рентгенография в стандартных проекциях.
- 10.140. В каких околоносовых пазухах чаще всего располагаются компактные остеоиды?
1. Лобных.
 2. Решетчатых.
 3. Верхнечелюстных.
 4. Клиновидных.
- 10.141. Какой вид отграничения наиболее типичен для доброкачественных опухолей и опухолевидных образований внутрикостной локализации?
1. Нечеткое.
 2. Четкое.
 3. Склеротический ободок.
 4. Широкий склеротический вал.
- 10.142. Какое из приведенных утверждений правильно?
1. Вздутие кости не наблюдается при злокачественных опухолях.
 2. Вздутие кости наиболее характерно для доброкачественных опухолей, но наблюдается и при

- злокачественных опухолях с относительно медленным ростом.
3. Вздутие кости является обязательным симптомом доброкачественных опухолей и опухолевидных образований.
 4. Вздутие кости в сочетании с ячеисто-трабекулярным рисунком патогномично только для остеобластокластомы.
- 10.143. Какой из перечисленных рентгенологических симптомов позволяет отдифференцировать хондросаркому от фиброзной дисплазии?
1. Мягкотканый компонент.
 2. Вздутие кости.
 3. Ячеистая структура очага поражения.
 4. Единичные известковые включения.
- 10.144. Какое состояние мягких тканей не характерно для доброкачественных опухолей костей?
1. Утолщение мягких тканей.
 2. Нормальная толщина мягких тканей.
 3. Нормальная структура мягких тканей.
 4. Истончение мягких тканей.
- 10.145. При каких доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях не наблюдается мягкотканый компонент в отсутствие озлокачествления?
1. Остеоидной остеоме.
 2. Гигантоклеточной опухоли.
 3. Эозинофильной гранулемы.
 4. Хондроме.
- 10.146. Для какого из перечисленных доброкачественных образований не характерна множественность поражения скелета?
1. Гигантоклеточной опухоли.
 2. Эозинофильной гранулемы.
 3. Фиброзной дисплазии.
 4. Коркового дефекта на почве механической перегрузки.
- 10.147. Какой клинический симптом не характерен для остеоид-остеомы?
1. Ночные боли.
 2. Экссудат в близлежащем суставе.
 3. Регионарная атрофия мягких тканей.
 4. Болеутоляющий эффект анальгина.
- 10.148. Какой рентгенологический симптом необычен для остеоид-остеомы длинной кости?
1. Ячеисто-трабекулярный рисунок.
 2. Гиперостоз.
 3. Участок разрежения размером до 1,5 см в центре гиперостоза.
 4. Наличие более плотной тени на фоне участка разрежения.
- 10.149. Где чаще всего располагается холестеатома?
1. В корковом слое диафизов и метафизов длинных костей.
 2. В нижней челюсти.
 3. В губчатом веществе пяточной кости.
 4. В среднем ухе.
- 10.150. Какие рентгенологические симптомы являются общими для остеоидной остеомы и коркового остеомиелита при локализации в диафизе длинной кости?
1. Очаг деструкции в толще коркового слоя.
 2. Секвестр.
 3. Остеопороз.
 4. Быстрая динамика процесса развития.
- 10.151. Какая рентгенологическая методика имеет решающее значение в диагностике остеоид-остеомы?
1. Тангенциальная рентгенография.
 2. Томография.
 3. Рентгенография с прямым увеличением изображения.
 4. Рентгенография с повышенной жесткостью излучения.
- 10.152. В каком отделе скелета может локализоваться хондрома?
1. В плоских костях хрящевого происхождения.
 2. В коротких костях.
 3. В длинных костях.
 4. В любом отделе скелета хрящевого происхождения.
- 10.153. В каком отделе длинных костей локализуется хондрома?
1. В эпиметафизе.
 2. В метафизе и диафизе.
 3. В апофизе.
 4. В любом отделе длинной кости.
- 10.154. Какое из поражений наиболее характерно для хондромы?
1. Солитарное.
 2. Генерализованное.
 3. Множественное.
 4. Аксиальное.
- 10.155. Каковы контуры участка деструкции при хондроме?

1. Нечеткие.
 2. Чаще четкие.
- 10.156. Бывают ли при хондроме известковые включения?
1. Нет.
 2. Могут быть.
- 10.157. Как изменяется корковый слой при хондроме?
1. Не изменяется.
 2. Утолщается.
 3. Неравномерный, местами истончается либо утолщается.
 4. Истончается или не изменяется.
- 10.158. Характерны ли периостозы для хондромы?
1. Да.
 2. Нет.
- 10.159. Характерен ли мягкотканый компонент для хондромы?
1. Да.
 2. Нет.
- 10.160. Где локализуется очаг деструкции при хондроме?
1. Аксиально.
 2. Централью.
 3. Периферически.
 4. Централью или периферически.
- 10.161. Назовите кости, где чаще всего располагаются энхондромы?
1. Длинные кости кистей и стоп.
 2. Прочие длинные кости.
 3. Плоские.
 4. Свод черепа.
- 10.162. Какая локализация типична для энхондромы длинной кости?
1. Эпифиз.
 2. Метафиз.
 3. Метадиафиз.
 4. Диафиз.
- 10.163. Какой рентгенологический симптом не характерен для энхондромы?
1. Гиперостоз.
 2. Вздутие кости.
 3. Ячеисто-трабекулярный рисунок.
 4. Мелкоочаговое обызвествление.
- 10.164. При какой локализации энхондромы озлокачествляются реже всего?
1. Ребра.
 2. Кости таза.
 3. Длинные кости кистей и стоп.
 4. Прочие длинные кости.
- 10.165. Длинные кости, где наиболее часто встречается остеохондрома:
1. Плечевая, большеберцовая, бедренная.
 2. Малоберцовая, лучевая, локтевая.
 3. Пяточная, носовая.
 4. Фаланги пальцев, пястные, плюсневые кости.
- 10.166. Где наиболее часто локализуется одонтома в скелете?
1. В длинных костях.
 2. В плоских костях.
 3. В нижней челюсти.
 4. В своде черепа.
- 10.167. Какова рентгенологическая картина при остеохондроме?
1. В виде остеопороза.
 2. В виде очага деструкции со вздутием кости.
 3. В виде очага деструкции, сопровождающегося гиперостозом кости.
 4. В виде дополнительного опухолевидного образования, исходящего из кости на широком или узком основании.
- 10.168. В каком отделе длинных костей локализуется гемангиома?
1. В эпифизе и эпиметафизе.
 2. В апофизе.
 3. В метадиафизе и диафизе.
 4. В метафизе.
- 10.169. Какова рентгенологическая структура остеохондромы?
1. Неоднородная с плотными известковыми включениями.
 2. Может быть однородной или содержать плотные включения.
 3. Ячеистая.
 4. Однородная компактная.
- 10.170. Какой из указанных симптомов характерен для остеохондромы?
1. Многослойный периостоз.
 2. Гиперостоз.
 3. Вздутие кости.
 4. Отсутствие периостозов.
- 10.171. В каком возрасте встречается остеохондрома?
1. До 20 лет.
 2. 30 – 50 лет.
 3. Старше 50 лет.
 4. В любом возрасте.

- 10.172. В каком возрасте чаще встречается хондробластома?
1. До 20 лет.
 2. 21 – 40 лет.
 3. 41 – 60 лет.
 4. Старше 60 лет.
- 10.173. В каких костях наиболее часто локализуется хондробластома?
1. В длинных.
 2. В мелких.
 3. В плоских.
 4. В коротких.
- 10.174. В каком отделе длинных костей локализуется хондробластома?
1. В эпиметафизе.
 2. В диафизе и метадиафизе.
 3. В апофизе.
 4. В эпиметафизе и апофизе.
- 10.175. Какова структура очага поражения при хондробластоме?
1. Однородная без включений.
 2. Неоднородная с известковыми включениями.
 3. Однородная или неоднородная с известковыми включениями.
 4. Ячеистая.
- 10.176. Каков корковый слой при хондробластоме?
1. Не изменен.
 2. Утолщен.
 3. Разрушен.
 4. Истончен.
- 10.177. Каков характер периостальной реакции при хондробластоме?
1. Бахромчатый и кружевной.
 2. Игольчатый и козырьковый.
 3. Слабо выражена или отсутствует.
 4. Линейный и многослойный.
- 10.178. Какой рентгенологический симптом отличает хондробластому проксимального конца плечевой кости от туберкулезной костоеды?
1. Вздутие пораженного участка кости.
 2. Округлый очаг деструкции.
 3. Атрофия.
 4. Четкость отграничения от здоровой кости.
- 10.179. Локализация гемангиомы в скелете является редкой в:
1. Позвоночнике.
 2. Длинных костях.
 3. Своде черепа.
 4. Ребрах.
- 10.180. Какие признаки не характерны для гемангиомы позвонков?
1. Грубые, вертикально расположенные трабекулы в теле позвонка.
 2. Симптом «рамы».
 3. Переход на задние отделы позвонка - дугу и отростки.
 4. Умеренное вздутие тела позвонка.
- 10.181. Лучистый рисунок трабекул характерен для локализации гемангиом в:
1. Позвоночнике.
 2. Своде черепа.
 3. Длинных костях.
 4. Ребрах.
- 10.182. Какие рентгенологические симптомы не характерны для гемангиомы свода черепа?
1. Умеренное вздутие кости.
 2. Мелкофестончатый характер очертаний патологического очага.
 3. Разрушение внутренней пластинки.
 4. Преимущественное радиарное расположение элементов.
- 10.183. Какие из перечисленных костей чаще поражаются гемангиомой?
1. Длинные кости.
 2. Лопатка и кости таза.
 3. Ребра.
 4. Череп и позвоночник.
- 10.184. Какова структура поражения при гемангиоме?
1. Остеосклероз.
 2. Бесструктурный очаг деструкции.
 3. Очаг деструкции с единичными плотными включениями.
 4. Очаг деструкции с сетчато-ячеистой структурой.
- 10.185. Укажите локализацию гигантоклеточной опухоли в длинной кости?
1. Диафиз.
 2. Эпифиз.
 3. Метаэпифиз.
 4. Апофиз.
- 10.186. Какие рентгенологические симптомы не характерны для литической фазы гигантоклеточной опухоли?
1. Разрушение коркового слоя.
 2. Следы перегородок.

3. Периостальный козырек.
4. Отсутствие склеротического ободка.
- 10.187. Какая из перечисленных опухолей и опухолевидных образований дает быстрый рост?
1. Гемангиома.
2. Злокачественная остеокластома.
3. Костная киста.
4. Энхондрома.
- 10.188. В каком возрасте чаще встречается остеокластома?
1. До 20 лет.
2. 21-50 лет.
3. Старше 50 лет.
4. В любом возрасте.
- 10.189. В каких костях чаще встречается остеокластома?
1. В длинных.
2. В плоских.
3. В коротких.
4. В мелких.
- 10.190. Какой отдел длинных костей поражается при остеокластоме?
1. Эпифиз.
2. Диафиз.
3. Эпиметафиз.
4. Любой отдел.
- 10.191. Характерно ли вздутие кости для ячеистой фазы остеокластомы?
1. Нет.
2. Характерно.
- 10.192. Что происходит с корковым слоем при ячеистой фазе остеокластомы?
1. Не изменяется.
2. Утолщается.
3. Истончается.
4. Разрушается.
- 10.193. Какой из перечисленных рентгенологических признаков характерен для литической фазы остеокластомы?
1. Гиперостоз.
2. Эностаальный склероз.
3. Очаг деструкции с плотными известковыми включениями.
4. Очаг деструкции без четких контуров.
- 10.194. Каковы особенности очага поражения при литической фазе остеокластомы?
1. Очаг деструкции с ячеистой структурой.
2. Очаг остеолитической деструкции.
3. Очаг деструкции с участками эностаального склероза.
4. Диффузная деструкция, распространяющаяся вдоль длинника кости.
- 10.195. Каким заболеванием является остеокластома?
1. Нейтральным.
2. Доброкачественной опухолью.
3. Первично злокачественной опухолью.
4. Чаще доброкачественной, изредка первично злокачественной опухолью.
- 10.196. Что чаще поражается первично при локализации остеокластомы в позвонке?
1. Остистый отросток.
2. Тело позвонка.
3. Поперечный отросток.
4. Дуга позвонка.
- 10.197. При развитии остеокластомы в длинной кости характерно:
1. Искривление оси кости в любой плоскости.
2. Ускорение роста.
3. Удлинение или укорочение конечности.
4. Рост кости не нарушен.
- 10.198. В каком из перечисленных суставов чаще встречается остеокластома?
1. В тазобедренном.
2. В лучезапястном.
3. В локтевом.
4. В коленном.
- 10.199. Как изменяется в рентгеновском изображении корковый слой в литической фазе остеокластомы?
1. Истончается, частично не прослеживается.
2. Не изменяется.
3. Не прослеживается.
4. Утолщается.
- 10.200. Что получают при пункции остеокластомы?
1. Кровь.
2. Бурого цвета жидкость.
3. Янтарного цвета жидкость.
4. Бурые опухолевые массы.
- 10.201. В каком возрасте чаще встречается солитарная костная киста?

1. До 20 лет.
 2. 21-40 лет.
 3. 41-60 лет.
 4. В любом возрасте.
- 10.202. Какие кости скелета наиболее часто поражаются солитарной костной кистой?
1. Плоские кости.
 2. Короткие кости.
 3. Длинные кости.
 4. Любая кость.
- 10.203. В каком отделе длинных костей локализуется солитарная костная киста?
1. Эпифиз и эпиметафиз.
 2. Апофиз.
 3. Метадиафиз и диафиз.
 4. Любой отдел.
- 10.204. Для солитарной костной кисты характерно вздутие:
1. Аксиальное.
 2. Выраженное.
 3. Умеренно либо слабо выраженное.
 4. Отсутствие вздутия.
- 10.205. Для солитарной костной кисты характерно:
1. Однослойный периостоз.
 2. Многослойный периостоз.
 3. Гиперостоз.
 4. Отсутствие периостозов.
- 10.206. Структура очага поражения при солитарной костной кисте:
1. Мелкая ячеистая.
 2. Небольшое количество ячеек.
 3. Чаще бесструктурный очаг деструкции, реже крупная ячеистая структура.
 4. Очаг деструкции с интенсивными включениями.
- 10.207. Какой из перечисленных патологических процессов не распространяется через зону роста?
1. Солитарная костная киста.
 2. Хондробластома.
 3. Туберкулезный остит.
 4. Костный абсцесс Броди.
- 10.208. Какое утверждение является неправильным?
1. Солитарная костная киста поражает детей и подростков.
 2. Солитарная костная киста локализуется преимущественно в метафизах и диафизах длинных костей, располагаясь центрально.
 3. Солитарная костная киста впервые проявляется патологическим переломом.
 4. Солитарная костная киста часто озлокачивается.
- 10.209. Что получают при пункции солитарной костной кисты?
1. Бурые опухолевые массы.
 2. Воду.
 3. Кровь.
 4. Янтарного или бурого цвета жидкость.
- 10.210. В каком возрасте наиболее часто встречается аневризмальная костная киста?
1. До 20 лет.
 2. 21-40 лет.
 3. 41-50 лет.
 4. Старше 50 лет.
- 10.211. В каких костях встречается аневризмальная костная киста?
1. В длинных.
 2. В плоских.
 3. В коротких.
 4. В любой кости.
- 10.212. Очаг деструкции при аневризмальной костной кисте в длинных костях локализуется:
1. Аксиально.
 2. Централью.
 3. Периферически.
 4. Централью и периферически.
- 10.213. Характерны ли периостозы (гиперостозы) на границе аневризмальной костной кисты со здоровой костью?
1. Нет.
 2. Характерны.
- 10.214. Периостозы при аневризмальной костной кисте локализуются:
1. На уровне участка вздутия.
 2. На границе с участком вздутия со стороны диафиза.
 3. На границе с участком вздутия со стороны эпифиза.
 4. Как на уровне участка вздутия, так и за его пределами.
- 10.215. Какой из перечисленных признаков наиболее характерен для гнойного артрита?

1. Равномерный остеопороз.
 2. Сужение рентгеновской суставной щели.
 3. Деструкция костей в местах прикрепления суставной капсулы.
 4. Деструкция суставных поверхностей.
- 10.216. Какой из перечисленных признаков не характерен для гнойного артрита?
1. Равномерный остеопороз.
 2. Сужение рентгеновской суставной щели и подвывихи.
 3. Периостальные наслоения в метадиафизах.
 4. Расширение рентгеновской суставной щели.
- 10.217. Какой из названных признаков характерен для инфекционного артрита в фазе синовита?
1. Затемнение физиологических просветлений сустава.
 2. Сужение рентгеновской суставной щели.
 3. Деструкция суставных поверхностей.
 4. Периостальные наслоения в метадиафизах.
- 10.218. Какой из названных признаков характерен для гнойного артрита в фазе капсулярной флегмоны?
1. Деструкция костей в местах прикрепления суставной капсулы.
 2. Расширение рентгеновской суставной щели.
 3. Деструкция суставных поверхностей.
 4. Субхондральный остеосклероз.
- 10.219. Какой из названных признаков не характерен для III стадии ревматоидного полиартрита?
1. Узурация суставных поверхностей и мест прикрепления суставных капсул.
 2. Сужение рентгеновских суставных щелей.
 3. Подвывихи и вывихи.
 4. Анкилозы.
- 10.220. Какой из названных признаков не характерен для IV стадии ревматоидного полиартрита?
1. Расширение рентгеновских суставных щелей.
 2. Узурация суставных поверхностей и мест прикрепления суставных капсул.
 3. Подвывихи и вывихи.
 4. Анкилозы.
- 10.221. Какие формы ревматоидного полиартрита встречаются чаще?
1. Первично синовиальные.
 2. Первично костные.
 3. Висцеральные.
 4. С одинаковой частотой все.
- 10.222. Кто чаще поражается ревматоидным полиартритом?
1. Дети.
 2. Женщины.
 3. Мужчины.
 4. С одинаковой частотой все люди.
- 10.223. Какой из названных признаков характерен для I стадии ревматоидного полиартрита?
1. Равномерный остеопороз суставных концов.
 2. Узурация суставных поверхностей и мест прикрепления суставных капсул.
 3. Подвывихи и вывихи.
 4. Анкилозы.
- 10.224. Какой из названных признаков характерен для II стадии ревматоидного полиартрита?
1. Сужение рентгеновских суставных щелей.
 2. Узурация суставных поверхностей и мест прикрепления суставных капсул.
 3. Подвывихи и вывихи.
 4. Анкилозы.
- 10.225. Какой из названных признаков характерен для атрофии Зудека?
1. Деструкция суставных поверхностей.
 2. Расширение рентгеновской суставной щели.
 3. Пятнистый остеопороз.
 4. Краевые костные разрастания.
- 10.226. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном полиартрите?
1. Суставы кисти.
 2. Коленные.
 3. Тазобедренные.
 4. Крестцово-подвздошные.
- 10.227. В каком возрасте наиболее часто развивается ревматоидный полиартрит?
1. В детском.
 2. В подростковом.
 3. В молодом.
 4. В старческом.

- 10.228. В каком возрасте чаще развивается анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)?
1. В детском.
 2. В молодом.
 3. В зрелом.
 4. В старческом.
- 10.229. Кто чаще поражается анкилозирующим спондилитом?
1. Мужчины.
 2. Женщины.
 3. Дети.
 4. Одинаково все люди.
- 10.230. Какие суставы наиболее часто поражаются при анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)?
1. Крестцово-подвздошные, дугоотростчатые, реберно-позвоночные.
 2. Суставы кистей и стоп.
 3. Тазобедренные, коленные, голеностопные.
 4. Плечевые, локтевые, голеностопные.
- 10.231. Какие из названных суставов наиболее рано вовлекаются в процесс при анкилозирующем спондилите?
1. Крестцово-подвздошные.
 2. Крупные суставы нижних конечностей.
 3. Грудино-ключичный.
 4. Плечевой.
- 10.232. Назовите наиболее ранние рентгенологические признаки анкилозирующего спондилита?
1. Узурация и сужение рентгеновских суставных щелей крестцово-подвздошных суставов.
 2. Окостенение связочного аппарата дугоотростчатых суставов.
 3. Окостенение передней продольной связки.
 4. Окостенение межостистых, межпоперечных связок.
- 10.233. Назовите основной признак, отличающий поражение крестцово-подвздошных суставов при анкилозирующем спондилите от бруцеллезного сакроилеита?
1. Симметричность поражения.
 2. Узурация суставных поверхностей.
 3. Сужение рентгеновской суставной щели.
 4. Окостенение параартикулярного связочного аппарата.
- 10.234. В каком возрасте встречается подагрический артрит?
1. В пожилом и старческом.
 2. В зрелом.
 3. В молодом.
 4. В детском и юношеском.
- 10.235. Кто преимущественно поражается при подагрическом артрите?
1. Мужчины.
 2. Женщины.
 3. С одинаковой частотой все люди.
 4. Дети.
- 10.236. Какие суставы наиболее часто поражаются при подагрическом артрите?
1. Плюснефаланговые и межфаланговые суставы стопы.
 2. Крупные суставы нижних конечностей.
 3. Локтевые суставы.
 4. Пястно-фаланговые и межфаланговые суставы кисти.
- 10.237. Какой из перечисленных признаков наиболее характерен для подагрического артрита?
1. Четко очерченные краевые узураты эпифизов на границе с хрящевым покровом.
 2. Сужение рентгеновской суставной щели.
 3. Субхондральный склероз.
 4. Краевые костные разрастания.
- 10.238. Какое поражение суставов является наиболее характерным для подагрического артрита?
1. Солитарное.
 2. Полиартикулярное.
 3. Моноартикулярное.
 4. С одинаковой частотой.
- 10.239. Какое поражение суставов чаще наблюдается при остеохондропатиях?
1. Аксиальное.
 2. Одностороннее.
 3. Двустороннее симметричное.
 4. Как одно-, так и двустороннее.
- 10.240. В каком возрасте возникают остеохондропатии?
1. В детском и подростковом.
 2. В молодом.
 3. В зрелом.
 4. В старческом.
- 10.241. Какая из названных локализаций не характерна для остеохондропатий?
1. Череп.

2. Головка бедренной кости.
 3. Головки II-III плюсневых костей.
 4. Ладьевидная кость стопы.
- 10.242. Назовите наиболее раннюю стадию остеохондропатии, выявляемую при рентгенологическом исследовании?
1. Компрессия.
 2. Некроз.
 3. Дегенеративно-пролиферативная (фрагментации).
 4. Стадия восстановления.
- 10.243. Какой из названных рентгенологических признаков характерен для стадии некроза при остеохондропатии?
1. Повышение интенсивности пораженного отдела.
 2. Понижение интенсивности пораженного отдела.
 3. Нормальная интенсивность пораженного отдела.
 4. Грубобрабекулярная структура пораженного отдела.
- 10.244. Какие изменения объема пораженной кости характерны для стадии некроза при остеохондропатии?
1. Уменьшение объема.
 2. Увеличение объема.
 3. Длительное отсутствие изменений объема.
 4. Как увеличение, так и уменьшение объема.
- 10.245. Как изменяется рентгеновская суставная щель при остеохондропатии?
1. Удлиняется.
 2. Расширяется.
 3. Суживается.
 4. Не изменяется.
- 10.246. Какой из названных рентгенологических признаков не характерен для дегенеративно-пролиферативной стадии (фрагментации) остеохондропатии?
1. Сужение рентгеновской суставной щели.
 2. Расширение рентгеновской суставной щели.
 3. Уплотнение и расширение пораженного отдела кости.
 4. Неоднородная структура пораженного отдела кости (чередование участков просветления и уплотнения).
- 10.247. Какой из названных рентгенологических признаков не характерен для стадии неполного восстановления остеохондропатии?
1. Неоднородная структура пораженного отдела с чередованием участков просветления и уплотнения.
 2. Неоднородная структура пораженного отдела с чередованием участков просветления, уплотнения и нормальной губчатой кости.
 3. Расширение рентгеновской суставной щели.
 4. Уплотнение и расширение пораженного отдела кости.
- 10.248. Какой из названных рентгенологических признаков не характерен для исхода остеохондропатии?
1. Неоднородная структура пораженного отдела.
 2. Нормальная губчатая структура пораженного отдела.
 3. Расширение рентгеновской суставной щели.
 4. Полное восстановление формы и размеров пораженного отдела.
- 10.249. В каком возрасте преимущественно возникает остеохондропатия головки бедренной кости?
1. До 5 лет.
 2. 5-12 лет.
 3. 13-19 лет.
 4. 21-30 лет.
- 10.250. Кто преимущественно поражается при остеохондропатии головки бедренной кости?
1. Девочки.
 2. Мальчики.
 3. Женщины.
 4. С одинаковой частотой все люди.
- 10.251. Какой из названных признаков не характерен для остеохондропатии головки бедренной кости в стадии фрагментации?
1. Вальгусная деформация бедренной кости.
 2. Варусная деформация бедренной кости.
 3. Уплотнение и расширение головки.
 4. Расширение шейки.
- 10.252. Какой из названных признаков не характерен для остеохондропатии головки бедренной кости стадии некроза и компрессии?
1. Уплотнение головки.
 2. Уплотнение и расширение головки.
 3. Расширение рентгеновской суставной щели.
 4. Анкилоз.
- 10.253. Какой из названных признаков не наблюдается при остеохондропатии головки бедренной кости в стадии восстановления?
1. Очаги просветления в шейке под зоной роста.
 2. Расширение рентгеновской суставной щели.

3. Расширение шейки и варусная деформация бедренной кости.
4. Неоднородная структура головки.
- 10.254. Какой из названных признаков не наблюдается при остеохондропатии головки бедренной кости при полном завершении процесса (исход)?
1. Подвывих головки кнутри.
 2. Расширение рентгеновской суставной щели.
 3. Уплотнение и латеропозиция головки.
 4. Расширение шейки.
- 10.255. В каком возрасте преимущественно возникает остеохондропатия ладьевидной кости стопы?
1. До 2 лет.
 2. 3-7 лет.
 3. 8-12 лет.
 4. 15-18 лет.
- 10.256. Кто преимущественно поражается при остеохондропатии ладьевидной кости стопы?
1. Девочки.
 2. Мужчины.
 3. Женщины.
 4. Мальчики.
- 10.257. Какой исход наиболее характерен для остеохондропатии ладьевидной кости стопы?
1. Полное восстановление формы и структуры.
 2. Неравномерная структура.
 3. Деформация.
 4. Деформирующий артроз.
- 10.258. В каком возрасте преимущественно возникает остеохондропатия головок плюсневых костей?
1. До 5 лет.
 2. 6-10 лет.
 3. 12-17 лет.
 4. 18-25 лет.
- 10.259. Какой исход наиболее характерен для остеохондропатии головок плюсневых костей?
1. Дальнейшее течение заболевания.
 2. Полное восстановление формы и структуры.
 3. Восстановление структуры деформированных головок.
 4. Деформация головок в сочетании с деформирующим артрозом.
- 10.260. В каком возрасте преимущественно возникает остеохондропатия тела позвонка?
1. 3-7 лет.
 2. 8-10 лет.
 3. 11-15 лет.
 4. 16-20 лет.
- 10.261. Какой признак не характерен для стадии некроза и компрессии при остеохондропатии тела позвонка?
1. Неоднородная структура повышенной интенсивности.
 2. Однородная структура повышенной интенсивности.
 3. Снижение высоты тела позвонка.
 4. Кифотическая деформация.
- 10.262. Какой признак не характерен для стадии восстановления при остеохондропатии тела позвонка?
1. Полное восстановление тела и размеров.
 2. Увеличение высоты прилежащих межпозвонковых дисков.
 3. Уменьшение роста.
 4. Восстановление структуры.
- 10.263. Как следует именовать инволютивные изменения в суставах?
1. Гормональная перестройка.
 2. Дегенеративно-дистрофические изменения.
 3. Артропатия.
 4. Равнозначное употребление любого из вышеприведенных выражений.
- 10.264. Какая из названных дегенеративно-дистрофических поражений не наблюдается у взрослых?
1. Остеохондропатия.
 2. Деформирующий артроз.
 3. Частичный асептический некроз.
 4. Кистовидная перестройка.
- 10.265. Какой из названных признаков не свойственен деформирующему артрозу I стадии?
1. Сужение рентгеновской суставной щели в два раза.
 2. Незначительное сужение суставной щели.
 3. Незначительный субхондральный склероз суставной впадины.
 4. Заостренность краев суставной впадины.

- 10.266. Какой из названных признаков не свойственен деформирующему артрозу II стадии?
1. Кистовидные просветления в эпифизах.
 2. Сужение рентгеновской суставной щели в 2 раза.
 3. Субхондральный склероз суставных поверхностей.
 4. Краевые костные разрастания.
- 10.267. Какой из названных признаков не характерен деформирующему артрозу III стадии?
1. Незначительное сужение рентгеновской суставной щели.
 2. Резкое сужение рентгеновской суставной щели.
 3. Выраженный субхондральный склероз.
 4. Выраженные краевые костные разрастания.
- 10.268. Какой из названных признаков свидетельствует о деформирующем артрозе IV стадии?
1. Остеопороз.
 2. Краевые костные разрастания.
 3. Кистовидные просветления в эпифизах.
 4. Частичный асептический некроз.
- 10.269. Какой из названных признаков не наблюдается при дегенеративно-дистрофическом поражении сустава по типу частичного асептического остеонекроза?
1. Расширение рентгеновской суставной щели.
 2. Участок некроза, отграниченный зоной остеолиза.
 3. Фрагментация участка некроза.
 4. Сужение рентгеновской суставной щели.
- 10.270. Какой из перечисленных признаков не характерен для дегенеративно-дистрофического поражения сустава по типу кистовидной перестройки?
1. Расширение рентгеновской суставной щели.
 2. Крупное кистовидное образование в одном из эпифизов.
 3. Крупные кистовидные образования в обоих эпифизах.
 4. Ободок склероза вокруг кистовидного образования.
- 10.271. В каком отделе сустава чаще развивается кистовидная перестройка при дегенеративно-дистрофическом поражении?
1. В головке.
 2. В шейке.
 3. Во впадине.
 4. В любом отделе с одинаковой частотой.
- 10.272. В каком из названных суставов верхней конечности деформирующий артроз достигает III стадии?
1. В ключично-акромиальном.
 2. В суставах кисти.
 3. В плечевом.
 4. В локтевом.
- 10.273. В каком из названных суставов нижней конечности деформирующий артроз обычно не достигает III стадии?
1. В голеностопном.
 2. В межберцовом.
 3. В тазобедренном.
 4. В коленном.
- 10.274. Начиная с какого возраста обычно встречается пигментный вилло-нодулярный синовит?
1. До 5 лет.
 2. 6 – 10 лет.
 3. 11 – 15 лет.
 4. 16 и более.
- 10.275. Кто чаще поражается пигментным вилло-нодулярным синовитом?
1. Дети.
 2. Мужчины.
 3. Женщины.
 4. Мужчины и женщины с одинаковой частотой.
- 10.276. Какой из названных суставов наиболее часто поражается пигментным вилло-нодулярным синовитом?
1. Коленный.
 2. Голеностопный.
 3. Локтевой.
 4. Плюснефаланговый.
- 10.277. Какой из названных признаков не характерен для пигментного вилло-нодулярного синовита?
1. Сужение суставной щели.
 2. Увеличение объема параартикулярных мягких тканей.
 3. Затемнение физиологических просветлений.
 4. Множественные кистовидные образования в эпифизах сочленяющихся костей.
- 10.278. Чем обусловлено повышение интенсивности мягкотканых разрастаний при пигментном вилло-нодулярном синовите?
1. Остеопорозом.
 2. Высоким содержанием гемосидерина.
 3. Известковыми включениями.
 4. Как гемосидерином, так и известковыми включениями.

- 10.279. Чем обусловлено затемнение физиологических просветлений сустава при пигментном вилло-нодулярном синовите?
1. Склерозом сумки.
 2. Только выпотом.
 3. Только синовиальными разрастаниями.
 4. Выпотом и синовиальными разрастаниями.
- 10.280. Какая из названных методик наиболее информативна в распознавании пигментного вилло-нодулярного синовита?
1. Пневмоартромография и МРТ.
 2. Стандартная рентгенография.
 3. Томография.
 4. Рентгенография с прямым увеличением.
- 10.281. Наблюдаются ли кистовидные образования в эпифизах при пигментном вилло-нодулярном синовите?
1. Нет.
 2. Наблюдаются у половины больных.
- 10.282. В каком возрасте наблюдается синовиальная саркома?
1. В периоде роста.
 2. У взрослых.
 3. У пожилых.
 4. В любом возрасте.
- 10.283. Какая локализация в конечностях наиболее характерна для синовиальной саркомы?
1. В области сустава.
 2. В апофизе.
 3. В области диафиза.
 4. В любом отделе конечности.
- 10.284. Какой из названных признаков не характерен для синовиальной саркомы?
1. Остеонекроз на уровне опухоли.
 2. Атрофия костей от давления на уровне опухоли.
 3. Краевая деструкция кости на уровне опухоли.
 4. Околосуставное мягкотканное образование.
- 10.285. Какой из названных костных признаков не наблюдается при синовиальной саркоме?
1. Раздвигание смежных костей.
 2. Атрофия от давления.
 3. Периостозы.
 4. Вздутие кости.
- 10.286. В каком возрасте наиболее часто встречается хондроматоз сустава?
1. 11-20 лет.
 2. 21-30 лет.
 3. 31-40 лет.
 4. 41-60 лет.
- 10.287. Какие из названных суставов преимущественно поражаются хондроматозом?
1. Локтевой и коленный.
 2. Плечевой и тазобедренный.
 3. Лучезапястный и голеностопный.
 4. Суставы кисти и стопы.
- 10.288. Выберите правильный ответ относительно хондроматоза сустава:
1. Преобладает генерализованное поражение.
 2. Преобладает моноартикулярное поражение.
 3. Преобладает полиартикулярное поражение.
 4. Моно- и полиартикулярное поражения встречаются с одинаковой частотой.
- 10.289. Какой из названных признаков не характерен для хондроматоза сустава при отсутствии обызвествления внутрисуставных тел?
1. Четко очерченные полулунные дефекты суставных концов сочленяющихся костей.
 2. Явления деформирующего артроза.
 3. Нарушение соотношений в суставе.
 4. Периостозы в области метадиафизов.
- 10.290. Какой из названных признаков наиболее характерен для остеохондроматоза сустава?
1. Внутрисуставные округлые неравномерно обызвествленные образования.
 2. Субхондральный склероз суставных поверхностей.
 3. Краевые костные разрастания.
 4. Нарушение соотношений в суставе.
- 10.291. В каком из перечисленных суставов чаще всего возникает бурсит?
1. В плечевом.
 2. В локтевом.
 3. В коленном.
 4. В тазобедренном.
- 10.292. Какой из названных признаков наиболее характерен для известкового бурсита?
1. Параартикулярное обызвествление или окостенение.
 2. Обызвествление кольцевидной формы в проекции сустава.
 3. Увеличение объема параартикулярных мягких тканей.

4. Явления деформирующего артроза.
- 10.293. Для какой из перечисленных нозологических форм не характерна остеоартропатия?
1. Диабет.
 2. Сиригомиелия.
 3. Сифилис спинного мозга.
 4. Гемофилия.
- 10.294. Какой из перечисленных признаков не характерен для артропатии?
1. Припухлость.
 2. Парестезии.
 3. Резко выраженная болезненность.
 4. Нарушение чувствительности.
- 10.295. Для остеоартропатии не характерно поражение:
1. Одного сустава.
 2. Нескольких суставов.
 3. Симметричное поражение 2-х одноименных суставов.
 4. Системное поражение суставов.
- 10.296. Наблюдаются ли периостозы при остеоартропатии?
1. Нет.
 2. Наблюдаются редко.
- 10.297. Какой из перечисленных симптомов не характерен для остеоартропатии?
1. Остеолиз.
 2. Хаотичное костеобразование.
 3. Спикулы.
 4. Вывихи.
- 10.298. Какой из перечисленных признаков является дифференциально-диагностическим между остеогенной саркомой длинной кости и остеохондропатией?
1. Увеличение объема параартикулярных мягких тканей.
 2. Костеобразование в параартикулярных мягких тканях.
 3. Поражение всех костей, образующих сустав.
 4. Периостозы.
- 10.299. Какой из перечисленных признаков характерен для остеоартропатии?
1. Вздутие кости.
 2. Игольчатый периостоз.
 3. Хаотичное костеобразование в параартикулярных мягких тканях.
 4. Оформленная полость с секвестром.
- 10.300. Какой из перечисленных суставов наиболее часто поражается при сиригомиелии?
1. Плечевой.
 2. Тазобедренный.
 3. Голеностопный.
 4. Коленный.
- 10.301. Какой из перечисленных суставов наиболее часто поражается при сифилитической артропатии?
1. Коленный, плечевой.
 2. Локтевой.
 3. Лучезапястный.
 4. Тазобедренный.
- 10.302. Какой из перечисленных отделов скелета наиболее часто поражается при диабетической артропатии?
1. Позвоночник.
 2. Стопа.
 3. Кисть.
 4. Таз.
- 10.303. Какой из названных признаков не характерен для деформирующего спондилеза?
1. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 2. Краевые костные разрастания по переднебоковым поверхностям тел позвонков.
 3. Сохранение двигательной функции межпозвоночного диска.
 4. Отсутствие патологических искривлений позвоночника.
- 10.304. Какой из перечисленных признаков не свойственен для грыжи фиброзного кольца межпозвоночного диска?
1. Сохранение нормальной высоты межпозвоночного диска.
 2. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 3. Локальное краевое костное разрастание по заднебоковой поверхности тела позвонка.
 4. Уменьшение горизонтального размера межпозвоночного отверстия.
- 10.305. Какой из перечисленных признаков не свойственен для грыжи тела позвонка (Шморля)?
1. Краевые костные разрастания.
 2. Нишевидное углубление на краниальной или каудальной поверхности тела позвонка.
 3. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 4. Уменьшение вертикального размера межпозвоночного отверстия.

- 10.306. Какой из названных признаков свойственен для хондроза межпозвоночного диска?
1. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 2. Сохранение нормальной высоты межпозвоночного диска.
 3. Субхондральный склероз.
 4. Краевые костные разрастания.
- 10.307. Какой из названных признаков не свойственен для остеохондроза межпозвоночного диска?
1. Сохранение нормальной высоты межпозвоночного диска.
 2. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 3. Субхондральный склероз.
 4. Нестабильность позвоночного сегмента.
- 10.308. Какой из перечисленных признаков свойственен фиксирующему лигаментозу (болезни Форестье)?
1. Анкилозирование тел позвонков за счет лентовидного окостенения передней продольной связки.
 2. Субхондральный склероз.
 3. Грыжа Шморля.
 4. Нестабильность позвоночного сегмента.
- 10.309. Какой из названных признаков не свойственен фиксирующему лигаментозу (болезни Форестье)?
1. Субхондральный склероз.
 2. Лентовидное окостенение передней лентовидной связки.
 3. Анкилозирование тел позвонков по передней боковой поверхности.
 4. Снижение высоты межпозвоночного диска.
- 10.310. Какой из перечисленных признаков характерен для деформирующего артроза дугоотростчатых соединений?
1. Кистовидные образования.
 2. Сужение рентгеновских суставных щелей.
 3. Субхондральный склероз.
 4. Краевые костные разрастания.
- 10.311. Какой из перечисленных признаков характерен для деформирующего артроза унковертебральных суставов?
1. Кистовидные образования.
 2. Снижение высоты межпозвоночного диска.
 3. Заострение крючков.
 4. Склероз и отклонение крючков кнаружи.
- 10.312. При каком из названных патологических состояний не развивается нестабильность межпозвоночного диска?
1. Фиброзе.
 2. Остеосклерозе.
 3. Хондрозе.
 4. Остеохондрозе.
- 10.313. При каком из названных процессов развивается нестабильность межпозвоночного диска?
1. Остеохондрозе.
 2. Деформирующем спондилезе.
 3. Грыже тела позвонка (Шморля).
 4. Фиксирующем лигаментозе (болезни Форестье).
- 10.314. При каком из названных патологических процессов не нарушается двигательная функция межпозвоночного диска?
1. Деформирующем спондилезе.
 2. Фиброзе.
 3. Фиксирующем лигаментозе.
 4. Остеохондрозе.
- 10.315. Асептический некроз головок бедренных костей характерен для следующего нарушения развития:
1. Мраморной болезни.
 2. Экзостозной дисплазии.
 3. Спондилоэпифизарной дисплазии.
 4. Врожденной ломкости костей.
- 10.316. Какое нарушение скелета сочетается с ангиодисплазией мягких тканей?
1. Дисхондроплазия.
 2. Спондилоэпифизарная дисплазия.
 3. Врожденная ломкость костей.
 4. Врожденный остеосклероз.
- 10.317. Какое нарушение скелета сочетается с пигментными пятнами на коже?
1. Экзостозная дисплазия.
 2. Спондилоэпифизарная дисплазия.
 3. Врожденная ломкость костей.
 4. Фиброзная дисплазия.
- 10.318. Какое нарушение развития скелета сочетается с пороком развития головного мозга?
1. Экзостозная дисплазия.
 2. Синдром Пайла.
 3. «Мраморная» болезнь.
 4. Спондилоэпифизарная дисплазия.
- 10.319. Какая из перечисленных дисплазий не имеет семейно-наследственного характера?
1. Фиброзная дисплазия.
 2. Экзостозная дисплазия.
 3. Спондило-эпифизарная дисплазия.

4. Диафизарные гиперостозы.
- 10.320. Какая из названных дисплазий не осложняется озлокачествлением?
1. Фиброзная дисплазия.
 2. Хондроматоз костей.
 3. Экзостозная дисплазия.
 4. Ахондроплазия.
- 10.321. Какая из названных болезней может сопровождаться оссификацией мягких тканей?
1. Фиброзная дисплазия.
 2. Мелореостоз.
 3. Хондроматоз.
 4. Миозит.
- 10.322. Какая из названных болезней сопровождается варусной деформацией голеней?
1. Эпифизарная дисплазия.
 2. Болезнь Бланта.
 3. Фиброзная дисплазия.
 4. Диафизарные гиперостозы.
- 10.323. Какое из названных нарушений развития скелета сочетается с пороком сердца?
1. Арахнодактилия.
 2. Экзостозная дисплазия.
 3. Спондилоэпифизарная дисплазия.
 4. Врожденная ломкость костей.
- 10.324. Склерозирование костной ткани параллельно зонам роста наблюдается при:
1. Склерозирующих метастазах.
 2. Деформирующей остеодистрофии.
 3. Фиброзной дисплазии.
 4. «Мраморной» болезни.
- 10.325. При каком нарушении развития скелета патологические переломы обычно не срастаются?
1. «Мраморной» болезни.
 2. Остеопойкилии.
 3. Фиброзной дисплазии.
 4. Врожденной ломкости костей.
- 10.326. Какая из названных дисплазий сопровождается симптомом вздутия кости?
1. Спондилоэпифизарная дисплазия.
 2. Арахнодактилия.
 3. Фиброзная дисплазия.
 4. Несовершенный остеогенез.
- 10.327. Для какой из названных дисплазий характерен гиперостоз?
1. Хондродисплазия.
 2. Остеопойкилии.
 3. Черепно-ключичной дисплазии.
 4. Мелореостоза.
- 10.328. При какой из перечисленных дисплазий может прерываться корковый слой в участках поражения?
1. Мелореостозе.
 2. Хондродисплазия.
 3. Ахондроплазии.
 4. Диафизарных гиперостозах.
- 10.329. При какой из перечисленных дисплазий в пораженных участках наблюдаются известковые включения?
1. Хондродисплазия.
 2. Несовершенном остеогенезе.
 3. Черепно-ключичной дисплазии.
 4. Метафизарной дисплазии.
- 10.330. Какая из локализаций в скелете наименее характерна для фиброзной дисплазии?
1. Длинные кости кистей и стоп.
 2. Остальные длинные кости.
 3. Череп.
 4. Ребра.
- 10.331. Для какой из дисплазий наиболее характерно поражение длинных костей кистей и стоп?
1. Хондродисплазия.
 2. Метафизарной дисплазии.
 3. Эпифизарной дисплазии.
 4. Экзостозной дисплазии.
- 10.332. Асептические некрозы наиболее часто наблюдаются при спондилоэпифизарной дисплазии в головках следующих суставов:
1. Локтевых.
 2. Тазобедренных.
 3. Коленных.
 4. Голеностопных.
- 10.333. Какие из названных нарушений проявляются повышенной ломкостью костей?
1. Эпифизарная дисплазия.
 2. Несовершенный остеогенез.
 3. Остеопороз.
 4. Хондродисплазия.

- 10.334. При какой дисплазии рано присоединяются дегенеративно-дистрофические поражения в суставах?
1. Эпифизарной дисплазии.
 2. Остеопороз.
 3. Фиброзной дисплазии.
 4. Мелореостозе.
- 10.335. Какая из названных дисплазий характеризуется симметричным поражением костей?
1. Хондроматоз скелета.
 2. Мелореостоз.
 3. Диафизарные гиперостозы.
 4. Фиброзная дисплазия.
- 10.336. Какая из перечисленных дисплазий может подвергаться озлокачествлению?
1. Хондродисплазия.
 2. Остеопороз.
 3. Несовершенный остеогенез.
 4. Спондилоэпифизарная дисплазия.
- 10.337. Какая из названных дисплазий имеет черты, сходные со склерозирующими метастазами рака?
1. Остепойкилия.
 2. Фиброзная дисплазия.
 3. Диафизарные гиперостозы.
 4. Эпифизарная дисплазия.
- 10.338. Укажите дисплазии, при которых могут возникать патологические переломы?
1. Диафизарные гиперостозы.
 2. Остеопетроз.
 3. Мелореостоз.
 4. Спондилоэпифизарные дисплазии.
- 10.339. Вблизи каких суставов наиболее часто образуется костно-хрящевые экзостозы?
1. Лучезапястных.
 2. Тазобедренных.
 3. Коленных.
 4. Голеностопных.
- 10.340. Для каких из названных нарушений развития не характерно озлокачествление?
1. Экзостозной дисплазии.
 2. Дисхондроплазии.
 3. Фиброзной дисплазии.
 4. Ахондроплазии.
- 10.341. Из каких отделов длинной кости исходят костно-хрящевые экзостозы?
1. Диафиза.
 2. Метафиза.
 3. Зоны роста.
 4. Апофиза.
- 10.342. Где происходит озлокачествление костно-хрящевого экзостоза?
1. В хрящевом покрытии.
 2. В компактной пластинке.
 3. В губчатом веществе.
 4. В подлежащей кости.
- 10.343. Какое из приведенных утверждений неправильно?
1. Костно-хрящевой экзостоз представляет собой дополнительное к кости образование, состоящее из костной части и хрящевого покрытия.
 2. Костно-хрящевой экзостоз имеет губчатое строение и покрыт тонкой компактной пластинкой.
 3. Костно-хрящевой экзостоз ограничен от подлежащей кости корковым слоем.
 4. Корковый слой и трабекулы губчатого вещества подлежащей кости непосредственно переходят в костно-хрящевой экзостоз.
- 10.344. В каких отделах скелета не встречаются костно-хрящевые экзостозы?
1. В костях таза.
 2. В ребрах.
 3. В позвоночнике.
 4. В своде черепа и костях лица.
- 10.345. Какой из перечисленных симптомов не свидетельствует об озлокачествлении костно-хрящевого экзостоза?
1. Отсутствие компактной пластинки, покрывающей костно-хрящевой экзостоз.
 2. Утолщение мягких тканей над костно-хрящевым экзостозом.
 3. Неоднородность.
 4. Быстрый рост.
- 10.346. Сустав Шопара – это:
1. Таранно-ладьевидный сустав.
 2. Пяточно-кубовидный сустав.
 3. Ладьевидно-кубовидный сустав.

4. Поперечный сустав предплюсны.
- 10.347. Основным рентгенологическим симптомом оскольчатого разрывного перелома атланта (перелома Джефферсона) является:
1. Выступление боковой массы атланта за край боковой суставной поверхности аксиса с одной стороны на прямой рентгенограмме через открытый рот.
 2. То же с обеих сторон.
 3. Отрыв костного фрагмента боковой массы атланта.
 4. Неодинаковое расстояние от боковых масс атланта до зубовидного отростка аксиса.
- 10.348. Для ранней стадии болезни Дойчлендера характерны:
1. Тонкая косая линия просветления в корковом слое.
 2. Мелкоочаговое разрежение коркового слоя.
 3. Нежная периостальная реакция.
 4. Сколиоз.
- 10.349. Для деформирующей остео дистрофии Педжета характерно все перечисленное ниже, кроме:
1. Грубого трабекулярного рисунка губчатого вещества.
 2. Грубого продольного разволокнения компактного вещества.
 3. Утолщения компактного вещества.
 4. Разрушения коркового слоя на всю толщину с симптомом обрыва.
- 10.350. Тяжелый вертебральный остеопороз с множественной клиновидной деформацией тел позвонков чаще всего развивается:
1. У женщин в постклимактерическом периоде.
 2. У мужчин старше 60 лет.
 3. У женщин в возрасте 30-40 лет.
 4. У больных сахарным диабетом.
- 10.351. Убыль компактного вещества при системном остеопорозе ранее всего обнаруживается:
1. В бедренных костях.
 2. В плюсневых костях.
 3. В пястных костях.
 4. В большеберцовых костях.
- 10.352. Для остеомаляции наиболее характерны:
1. Системное разрежение костной структуры.
 2. Множественные зоны Лоозера в костях.
 3. Деформации тел позвонков.
 4. Продольное разволокнение коркового слоя.
- 10.353. Для зон Лоозера при остеомаляции не характерна локализация:
1. В ветвях тазовых костей.
 2. В шейках бедренных костей.
 3. В ребрах.
 4. В диафизах большеберцовых костей.
- 10.354. Из перечисленных типов для остеомаляции позвоночника характерна:
1. Множественная неравномерная деформация по типу клиновидных или «рыбьих» позвонков.
 2. Множественная равномерная деформация по типу «рыбьих» позвонков.
 3. Множественная равномерная деформация по типу плоских позвонков.
 4. Множественная клиновидная деформация.
- 10.355. Ведущим рентгенологическим симптомом при ангионевротической дистрофии Зудека является:
1. Атрофия костей.
 2. Остеолиз.
 3. Регионарный пятнистый остеопороз.
 4. Сужение суставных щелей.
- 10.356. При ретикулогистиоцитозе-Х в костях отмечаются:
1. Деструктивные очаги.
 2. Участки остеосклероза.
 3. Груботрабекулярная перестройка губчатого вещества.
 4. Вовлечение в процесс суставов.
- 10.357. Для ретикулогистиоцитоза-Х характерны:
1. Распространенный остеосклероз вокруг очагов деструкции.
 2. Признаки мультицентричного развития деструктивных фокусов в виде крупной волнистости очертаний.
 3. Распространенный остеопороз.
 4. Сочетание остеосклероза и остеопороза.
- 10.358. Болезни Клиппеля-Фейля свойственны все перечисленные аномалии, кроме:
1. Множественных блоков шейных позвонков.
 2. Незаращения дуг поясничных позвонков.
 3. Незаращения дуг шейных позвонков.
 4. Высокого расположения лопатки (деформация Шпренгеля).
- 10.359. Первым в области локтевого сустава появляется ядро окостенения:
1. Головчатого возвышения.

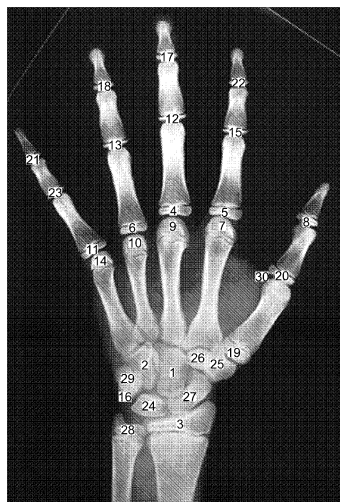
2. Блока (внутреннего вала).
 3. Внутреннего надмыщелка.
 4. Наружного надмыщелка.
- 10.360. Какова в норме величина ацетабулярного индекса вертлужной впадины у новорожденных?
1. До 30.
 2. До 35.
 3. От 35 до 40.
 4. От 40 до 50.
- 10.361. Какова в норме величина «Н» при оценке рентгенограмм тазобедренных суставов детей ранней возрастной группы по методике Хильгенрайнера?
1. До 10 мм.
 2. От 10 до 8 мм.
 3. От 8 до 5 мм.
 4. От 5 до 3 мм.
- 10.362. Какова в норме ширина суставной щели в суставе Крювелье у новорожденных?
1. До 3 мм.
 2. До 2 мм.
 3. От 4 до 5 мм.
 4. 5 мм.
- 10.363. Какой сустав из перечисленных обозначен как сустав Крювелье?
1. Срединное атланта-аксиальное сочленение.
 2. Атланта-окципитальное сочленение.
 3. Боковые атланта-аксиальные сочленения.
 4. Унковертебральные сочленения.
- 10.364. Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава у детей производится датчиком:
1. Секторным.
 2. Линейным.
 3. Конвексным.
 4. Микроконвексным.
- 10.365. Величина угла альфа при ультразвуковой оценке состояния тазобедренных суставов у здоровых детей равна:
1. 30°.
 2. 40°.
 3. 50°.
 4. 60° и более.
- 10.366. Величина угла бэта при ультразвуковой оценке состояния тазобедренных суставов у новорожденных детей равна:
1. 55°.
 2. 65°.
 3. 75°.
 4. 85° и более.
- 10.367. Величина угла дельта при ультразвуковой оценке состояния тазобедренных суставов у новорожденных детей равна:
1. 48°.
 2. 58°.
 3. 68°.
 4. 78° и более.
- 10.368. Основная линия угловой оценки ультразвукового среза тазобедренного сустава проводится:
1. Через вертлужную впадину.
 2. По краю подвздошной кости.
 3. Через основание лимбуса.
 4. Через «У»-образный хрящ.
- 10.369. «Инклинационная» линия для угловой оценки ультразвукового среза тазобедренного сустава проводится:
1. Через вертлужную впадину.
 2. По краю подвздошной кости.
 3. Через основание лимбуса.
 4. Через «У»-образный хрящ.
- 10.370. «Ацетабулярная» линия для угловой оценки ультразвукового среза тазобедренного сустава проводится:
1. Через наружный костный выступ вертлужной впадины и «У»-образный хрящ.
 2. Через основание лимбуса.
 3. По краю подвздошной кости.
 4. По основанию средней ягодичной мышцы.
- 10.371. По методике Р. Графа ультразвуковое исследование тазобедренных суставов производится в положении ребенка:
1. На боку.
 2. На спине.
 3. На животе.
 4. В положении Лоренц-1.
- 10.372. В случаях подвывиха головки бедренной кости лимбус при ультразвуковом исследовании:
1. Смещается кнаружи.
 2. Заворачивается в полость сустава.
 3. Утолщается.

4. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

5.

6. 10.409. Кости кисти.

7.



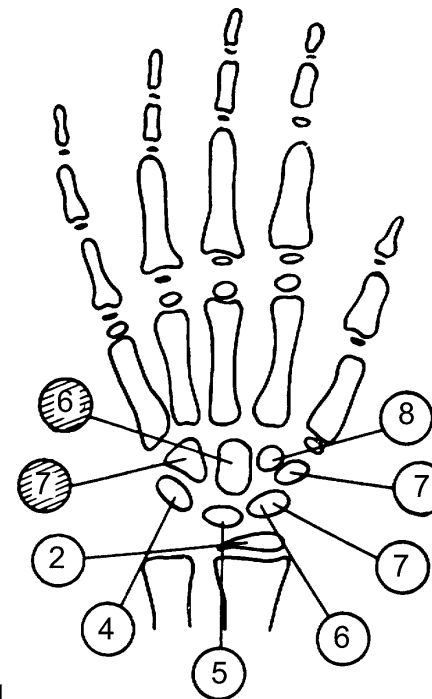
8.

9. Укажите правильно.

- 10.10.409.01. Кость-трапецию.
- 11.10.409.02. Трапецевидную кость.
- 12.10.409.03. Ладьевидную кость.
- 13.10.409.04. Головчатую кость.
- 14.10.409.05. Полулунную кость.
- 15.10.409.06. Крючковидную кость.
- 16.10.409.07. Трехгранную кость.
- 17.10.409.08. Гороховидную кость.
- 18.10.409.09. Эпифиз локтевой кости.
- 19.10.409.10. Эпифиз лучевой кости.

10.410. Кисть и разные возрастные периоды, показатели окостенения.

20.



21.

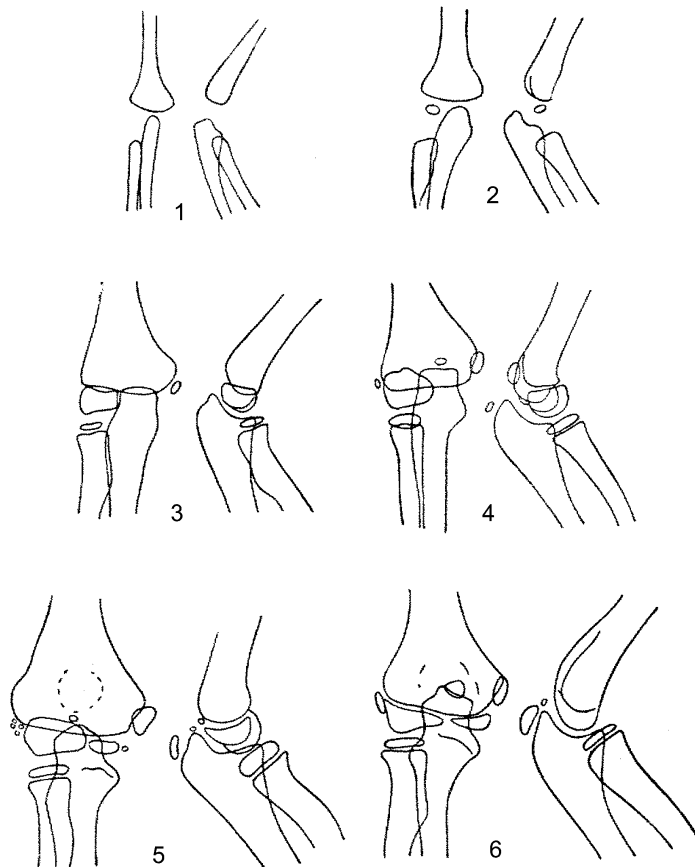
22. Заштрихованные круги показывают месяцы после рождения; светлые круги – годы после рождения

23. В каком возрасте окостеневает?

- 24.10.410.01. Эпифиз лучевой кости.
- 25.10.410.02. Трехгранная кость.
- 26.10.410.03. Полулунная кость.
- 27.10.410.04. Ладьевидная кость.
- 28.10.410.05. Кость-трапеция.
- 29.10.410.06. Трапецевидная кость.
- 30.10.410.07. Головчатая кость.
- 31.10.410.08. Крючковидная кость.

32.10.411. Локтевой сустав в разные возрастные периоды.

33.



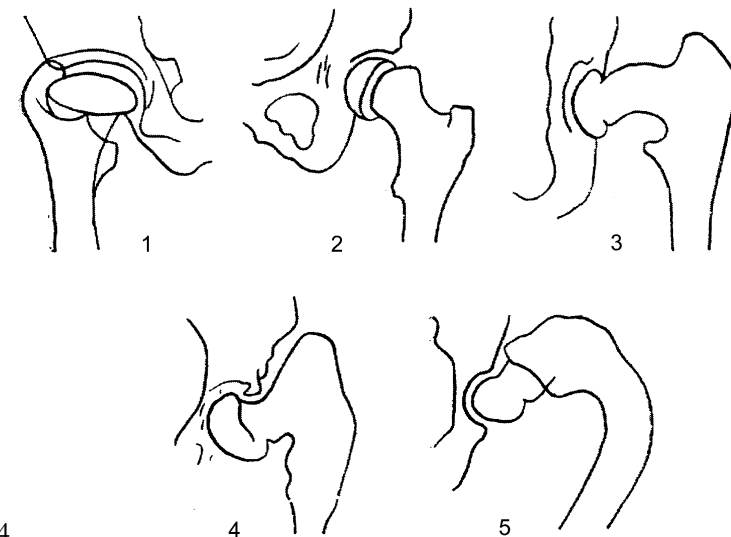
34.

35. Определите возраст по рисунку.

- 36.10.411.01. 1 месяц.
- 37.10.411.02. 10 лет.
- 38.10.411.03. 17 лет.
- 39.10.411.04. 1 год.
- 40.10.411.05. 12 лет.
- 41.10.411.06. 5 лет.

42.10.412. Различные локализации варусной деформации проксимального конца бедра.

43.

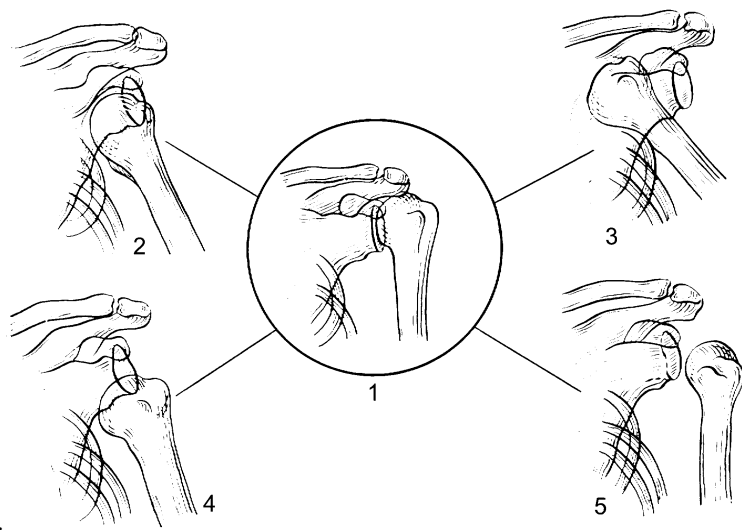


44.

45. Укажите правильно.

- 46.10.412.01. coxa vara capitalis.
- 47.10.412.02. coxa vara epiphysialis.
- 48.10.412.03. coxa vara cervicalis.
- 49.10.412.04. coxa vara trochanterica.
- 50.10.412.05. coxa vara diaphysaria.

51.10.413. Плечевой сустав, вывихи плеча
 52.(А. Кишковский и др., 1989).
 53.

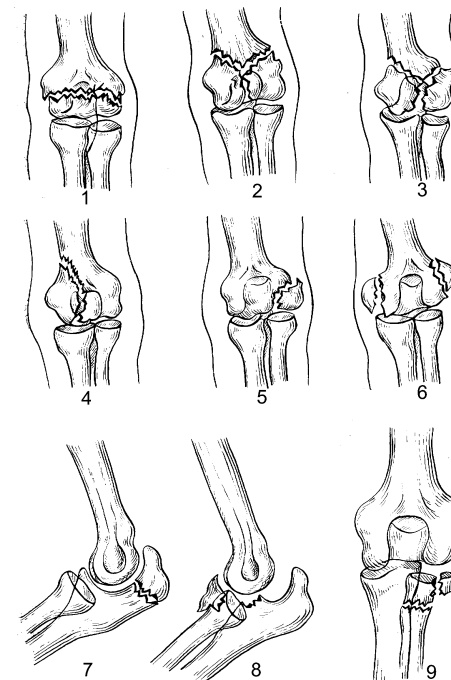


54.

55. Укажите правильно.

- 56.10.413.01. Норму.
- 57.10.413.02. Подключичный вывих.
- 58.10.413.03. Подключовидный вывих.
- 59.10.413.04. Задний вывих.
- 60.10.413.05. Передненижний вывих.

61.10.414. Локтевой сустав, переломы (А. Кишковский и др., 1989).
 62.



63.

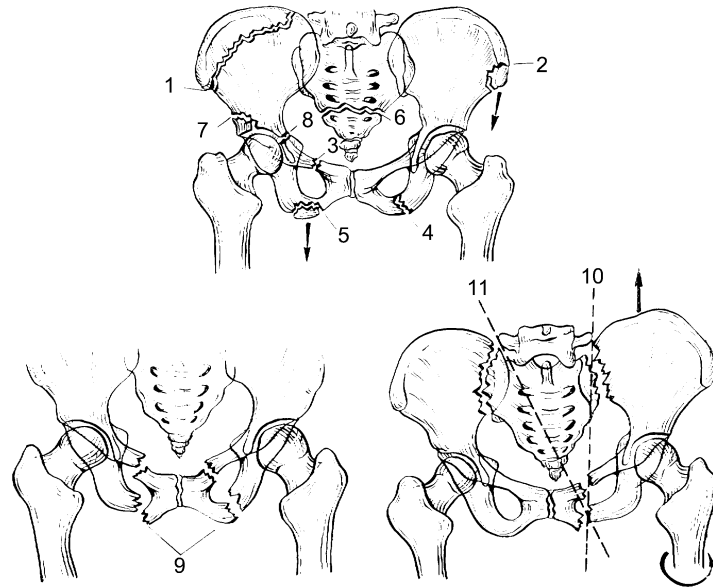
64. Укажите правильно.

- 65.10.414.01. У-образный перелом эпифиза плечевой кости.
- 66.10.414.02. Чрезмышелковый прелом эпифиза плечевой кости.
- 67.10.414.03. Т-образный перелом эпифиза плечевой кости.
- 68.10.414.04. Перелом наружного мышелка плечевой кости.
- 69.10.414.05. Перелом внутреннего мышелка плечевой кости.
- 70.10.414.06. Перелом обоих мышелков плечевой кости.
- 71.10.414.07. Перелом головки лучевой кости.
- 72.10.414.08. Перелом венечного отростка.
- 73.10.414.09. Перелом локтевого отростка.

74.

75.10.417. Таз, повреждения (А. Кишковский и др., 1989).

76.



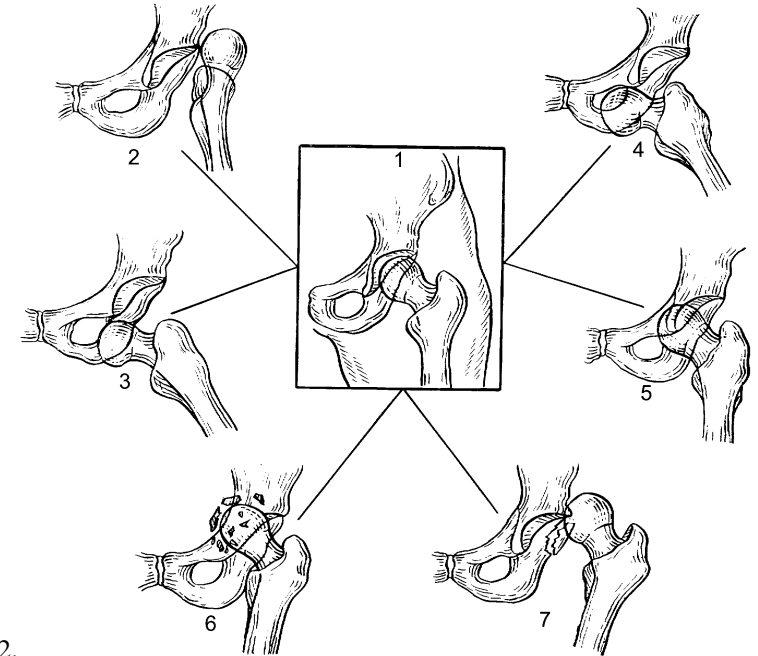
77.

78. Укажите правильно.

- 79.10.417.01. Перелом седалищной кости.
- 80.10.417.02. Отрыв седалищного бугра.
- 81.10.417.03. Краевой перелом крыла подвздошной кости.
- 82.10.417.04. Отрыв верхнепередней подвздошной ости.
- 83.10.417.05. Перелом верхней ветви лобковой кости.
- 84.10.417.06. Перелом крестца.
- 85.10.417.07. Диагональный перелом.
- 86.10.417.08. Вертикальный односторонний перелом типа Мальгенья.
- 87.10.417.09. Двусторонний перелом лобковых и седалищных костей по типу «бабочки».
- 88.10.417.10. Перелом вертлужной впадины.
- 89.10.417.11. Перелом края вертлужной впадины.

90.10.418. Тазобедренный сустав, вывихи бедра (А. Кишковский и др., 1989).

91.

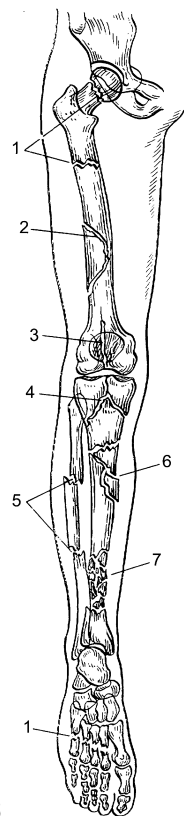


92.

93. Укажите правильно.

- 94.10.418.01. Подвздошный вывих с переломом края вертлужной впадины.
- 95.10.418.02. Центральный вывих с повреждением дна вертлужной пазухи.
- 96.10.418.03. Передневерхний (лонный) вывих.
- 97.10.418.04. Передненижний (запирательный) вывих.
- 98.10.418.05. Задненижний (седалищный) вывих.
- 99.10.418.06. Задневерхний (подвздошный) вывих.
- 100.10.418.07. Норму.

101.10.419. Нижняя конечность, виды переломов (А. Кишковский и др., 1989).
102.

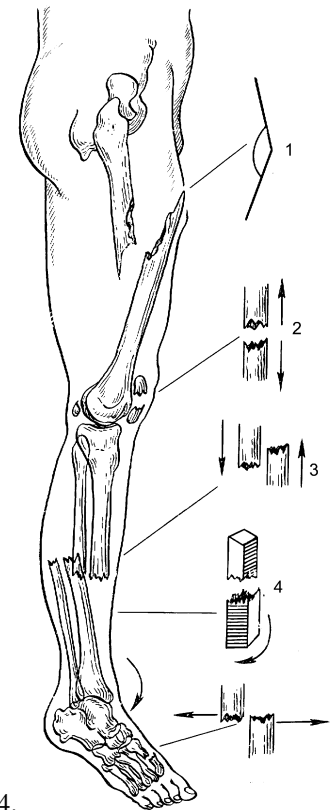


103.

104. Укажите правильно.

- 105.10.419.01. Поперечный перелом.
- 106.10.419.02. Продольный перелом.
- 107.10.419.03. Спиралевидный перелом.
- 108.10.419.04. У-образный перелом.
- 109.10.419.05. Крупнооскольчатый перелом.
- 110.10.419.06. Двойной перелом.
- 111.10.419.07. Мелкооскольчатый перелом.

112.10.420. Нижняя конечность, переломы костей, виды смещений отломков (А. Кишковский и др., 1989).
113.



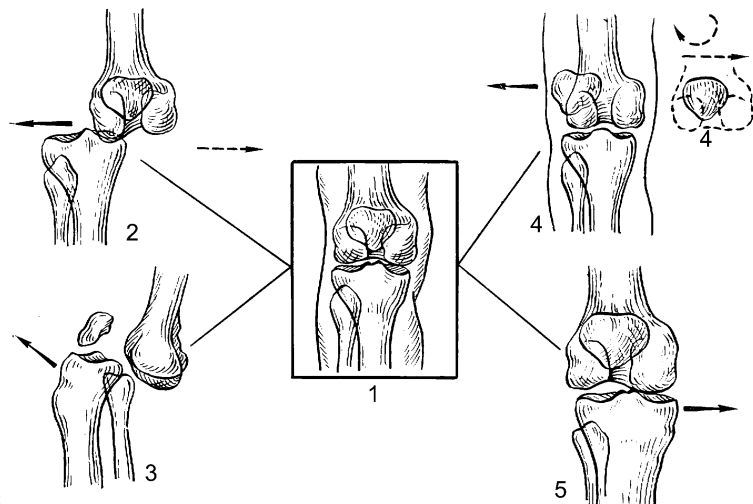
114.

115. Укажите правильно.

- 116.10.420.01. Угловое смещение.
- 117.10.420.02. Боковое смещение.
- 118.10.420.03. Продольное смещение с расхождением отломков.
- 119.10.420.04. Продольное смещение с захождением отломков.
- 120.10.420.05. Смещение по периферии (с поворотом периферического отломка вокруг оси).

121.10.421. Коленный сустав, вывихи голени (А. Кишковский и др., 1989).

122.

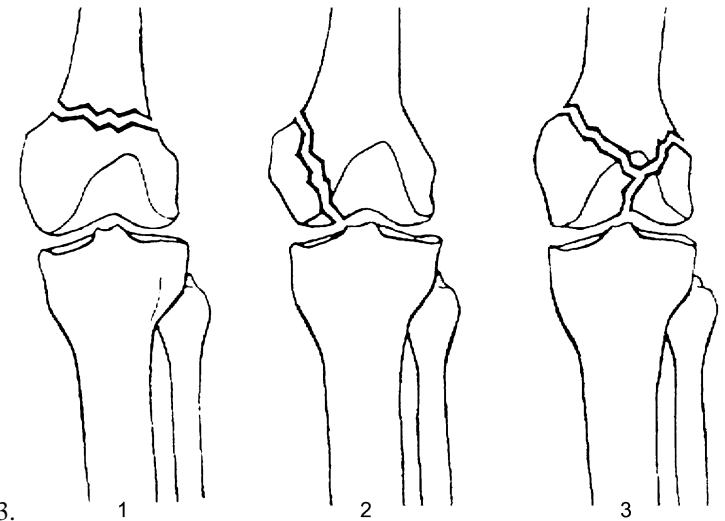


124. Укажите правильно.

- 125.10.421.01. Наружный вывих голени.
- 126.10.421.02. Передний вывих голени.
- 127.10.421.03. Наружный вывих надколенника.
- 128.10.421.04. Подвывих голени внутрь.
- 129.10.421.05. Норму.

131.10.422. Бедро, надмышелковые переломы бедренной кости.

132.



134. Укажите правильно.

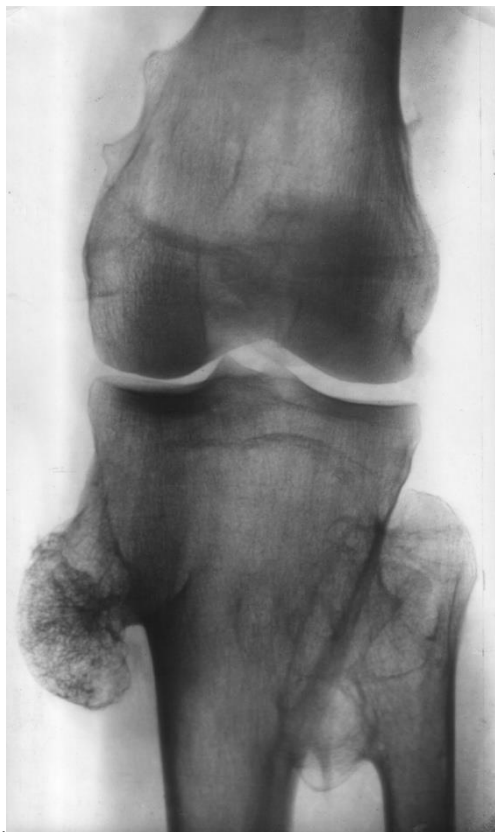
- 135.10.422.01. Перелом внутреннего надмышелка.
- 136.10.422.02. У-образный перелом.
- 137.10.422.03. Поперечный перелом.

130.

138.

139.10.424. Коленный сустав, рентгенограмма.

140.



141.

142. Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

- 143.1. Экзостозной хондродисплазии.
- 144.2. Остеохондромы.
- 145.3. Гемофилического остеоартроза.
- 146.4. Изменения в коленном суставе при болезни Гоше.
- 147.5. Ревматоидного гонита.
- 148.6. Хондроматоза суставов.

149.10.425. Коленный сустав, рентгенограмма.

150.



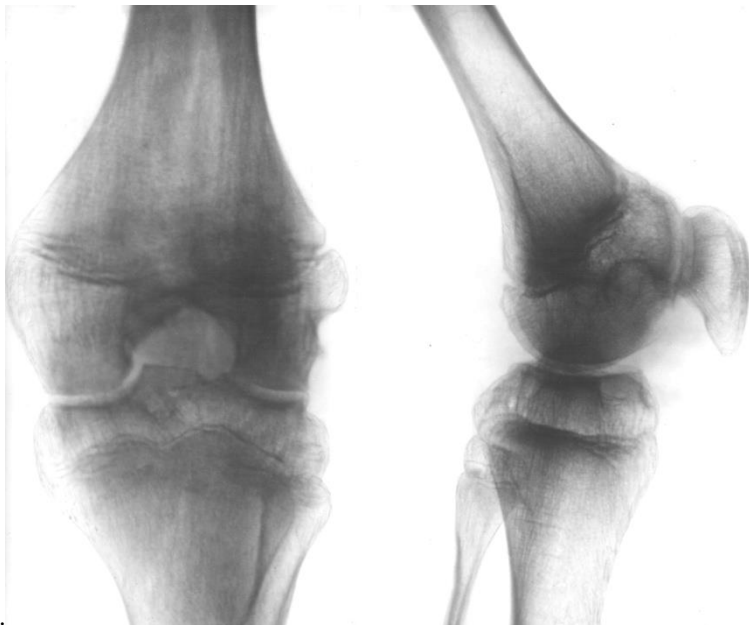
151.

152. Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

- 153.1. Экзостозной хондродисплазии.
- 154.2. Остеохондромы.
- 155.3. Гемофилического остеоартроза.
- 156.4. Изменения в коленном суставе при болезни Гоше.
- 157.5. Ревматоидного гонита.
- 158.6. Хондроматоза суставов.

159.10.426. Коленный сустав, рентгенограмма.

160.



161.

162. Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

- 163.1. Экзостозной хондродисплазии.
- 164.2. Остеохондромы.
- 165.3. Гемофилического остеоартроза.
- 166.4. Изменения в коленном суставе при болезни Гоше.
- 167.5. Ревматоидного гонита.
- 168.6. Хондроматоза суставов.

169.10.427. Коленный сустав, рентгенограмма.

170.



171.

172. Признаки какого заболевания изображены на рентгенограмме?

- 173.1. Экзостозной хондродисплазии.
- 174.2. Остеохондромы.
- 175.3. Гемофилического остеоартроза.
- 176.4. Изменения в коленном суставе при болезни Гоше.
- 177.5. Ревматоидного гонита.
- 178.6. Хондроматоза суставов.

179.

180.10.430. Верхняя конечность, рентгенограмма.

181.



182.

183. Какое заболевание характеризует предложенный рентгеновский снимок?

184.1. Болезнь Парро – Мари.

185.2. Болезнь Бланта.

186.3. Болезнь Лобштейна – Вролика.

187.4. Болезнь Штида.

188.5. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.

189.6. Болезнь Лотша.

190.7. Болезнь Пеллегрини – Штида.

191.10.431. Нижняя конечность, рентгенограмма.

192.



193.

194. Какое заболевание характеризует предложенный рентгеновский снимок?

195.1. Болезнь Парро – Мари.

196.2. Болезнь Бланта.

197.3. Болезнь Лобштейна – Вролика.

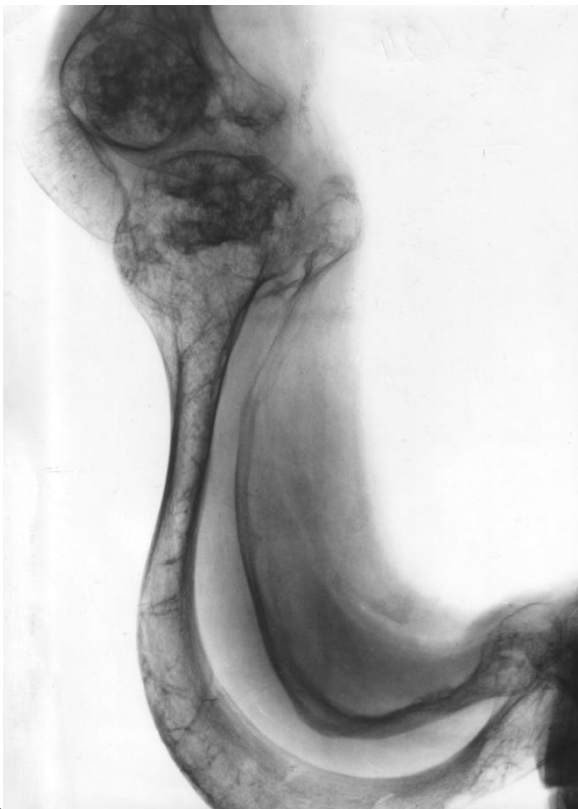
198.4. Болезнь Штида.

199.5. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.

200.6. Болезнь Лотша.

201.7. Болезнь Пеллегрини – Штида.

202.10.432. Нижняя конечность, рентгенограмма.
203.

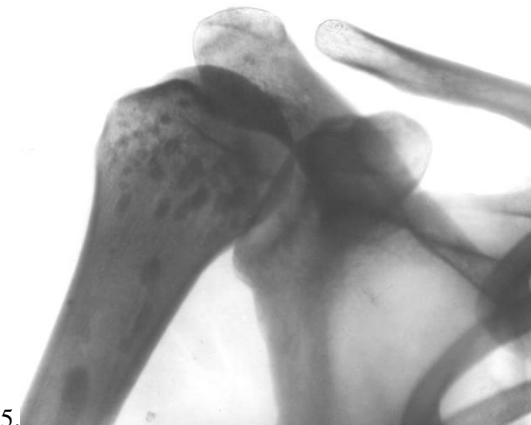


204.

205. Какое заболевание характеризует предложенный рентгеновский снимок?

- 206.1. Болезнь Парро – Мари.
- 207.2. Болезнь Бланта.
- 208.3. Болезнь Лобштейна – Вролика.
- 209.4. Болезнь Штида.
- 210.5. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.
- 211.6. Болезнь Лотша.
- 212.7. Болезнь Пеллегрини – Штида.

213.10.433. Локтевой сустав и стопы, рентгенограммы.
214.



215.

216.

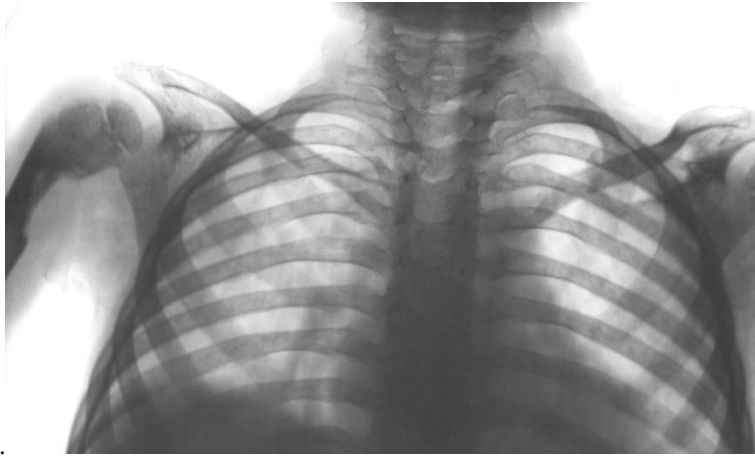


217.

218. Какое заболевание характеризуют предложенные рентгеновские снимки?

- 219.1. Болезнь Парро – Мари.
- 220.2. Болезнь Бланта.
- 221.3. Болезнь Лобштейна – Вролика.
- 222.4. Болезнь Штида.
- 223.5. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.
- 224.6. Болезнь Лотша.
- 225.7. Болезнь Пеллегрини – Штида.

226.10.434. Грудная клетка и плечевая кость, рентгенограмма.
227.

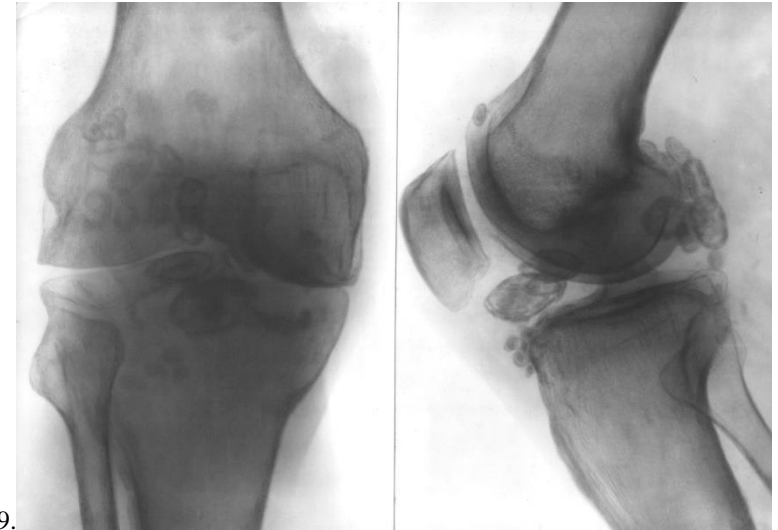


228.

229. Какое заболевание характеризует предложенный рентгеновский снимок?

- 230.1. Болезнь Парро – Мари.
- 231.2. Болезнь Бланга.
- 232.3. Болезнь Лобштейна – Вролика.
- 233.4. Болезнь Штида.
- 234.5. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.
- 235.6. Болезнь Лотша.
- 236.7. Болезнь Пеллегрини – Штида.

237.10.435. Коленный сустав, рентгенограмма.
238.



239.

240. Какое заболевание характеризует предложенный рентгеновский снимок?

- 241.1. Болезнь Парро – Мари.
- 242.2. Болезнь Бланга.
- 243.3. Болезнь Лобштейна – Вролика.
- 244.4. Болезнь Штида.
- 245.5. Болезнь Хенда – Шюллера – Крисчена.
- 246.6. Болезнь Лотша.
- 247.7. Болезнь Пеллегрини – Штида.