

1. Рентгенологическим симптомом пареза или паралича глотки является:

расширение позадиперстневидного мягкотканого пространства //
деформация грушевидных синусов //
+ задержка контрастного вещества в валекулах и грушевидных синусах //
асимметричное прохождение контрастного вещества через глотку //
все ответы верны //

2. Газовый пузырь желудка при ахалазии 3-4 степени:

деформирован //
+ отсутствует //
уменьшен //
увеличен //
не изменен //

3. В рентгенологической картине ахалазии кардии, кардиоспазма, кардиоэзофагиального рака, склеродермии общим симптомом является:

смещение пищевода //
+ расширение пищевода //
укорочение пищевода //
удлинение пищевода //
сужение пищевода //

4. У больного имеются боли за грудиной при приеме пищи, периодическая дисфагия. Рентгенологически в наддиафрагмальном сегменте пищевода определяется ниша на контуре и на рельефе диаметром 0,3 см. Просвет пищевода на этом уровне циркулярно сужен с четкими неровными, проходимость для бариевой взвеси сохранена. Имеются фиксированная грыжа пищевода и отверстия диафрагмы. Клинико-рентгенологическая картина позволяет установить:

эндофитный рак с изъязвлением //
блюдцеобразный рак //
эзофагит //
+ рубцово-язвенный процесс в пищеводе //
все ответы верны //

5. Антральный отдел желудка укорочен и циркулярно сужен, контуры его неровные, перистальтика ослаблена, складки слизистой поперечно или косо расположены. Это рентгенологическая картина:

эндофитного рака //
рубцово-язвенного стеноза привратника //
+ антрального ригидного гастрита //
улиткообразной деформации //
блюдцеобразного рака //

6. При экзофитных образованиях желудочно-кишечного тракта наиболее информативной методикой является:

стандартное рентгенологическое исследование в фазу полутугого и тугого заполнения //
+ первичное двойное контрастирование //
пневмография //
пневмоперитонеум //
обзорная рентгенография //

7. Снижение тонуса двенадцатиперстной кишки со стазом бария в нижнем

горизонтальном отделе при сохраненной проходимости, гиперсекреция, расширение складок слизистой – рентгенологические симптомы:

+ дуоденита //
панкреатита //
кольцевидной поджелудочной железы //
хронической артерио-мезентериальной непроходимости //
гастрита //

8. Отмечается увеличение печени или ее деформация в виде ограниченного выбухания. При ультразвуковом исследовании поверхность ее неровная, выявлено образование, асцит. При ангиографии имеется патологическая перестройка сосудов печени. Такие изменения наблюдаются:

при гемангиоме //
+ при первичном раке //
при эхинококковой кисте //
при гипертрофическом циррозе //
все ответы верны //

9. Перистальтика желудка в норме при вертикальном положении больного начинается на уровне:

+ кардии //
верхней половины тела //
нижней половины тела //
антрального отдела //
привратника //

10. Основные симптомы эзофагита могут быть получены:

при тугом заполнении пищевода барием //
при двойном контрастировании //
+ при изучении рельефа слизистой оболочки //
при применении фармакологических препаратов //

11. При дифференциальной диагностике воспалительных, опухолевых и рубцовых изменений пищевода наиболее эффективным методом исследования является:

рентгенологическое исследование с бариевой взвесью //
эзофагоскопия //
париетография, тройное контрастирование //
+ двойное контрастирование с применением фармакопрепаратов и функциональных проб //

12. Рентгенодиагностика острой тонко-кишечной непроходимости основана:

наличие воздуха в кишечнике //
наличие свободной жидкости в брюшной полости //
+ наличие «чаш» ширина жидкости, которой превышает высоту газа над ней //
наличие «чаш» ширина жидкости меньше высоты газа над ней //
наличие симптома «серпа» //

13. Рентгенодиагностика острой толсто-кишечной непроходимости основана:

наличие воздуха в кишечнике //
наличие свободной жидкости в брюшной полости //
наличие «чаш» ширина жидкости, которой

превышает высоту газа над ней //
+ наличие «чаш» ширина жидкости меньше
высоты газа над ней //
наличие симптома «серпа» //

14. Симптомом странгуляционной непроходимости тонкого кишечника в

отличие от обтурационной является:

наличие чаш и арок //
отсутствие симптомов переливания жидкости из
одной петли в другую //
арки и чаши расположены на одном уровне //
+ наличие свободной жидкости в брюшной
полости //

15. Симптомом перфорации полого органа является:

наличие жидкости и газа в кишечнике //
высокое стояние диафрагмы //
+ наличие свободного газа под куполом
диафрагмы //
симптом отсутствует //
наличие чаш и арок //

16. Отличительными признаками механической непроходимости от

функциональной является:

+ наличие арок и чаш //
наличие закругленных арок (симптом Петрова) //
наличие свободной жидкости брюшной полости //
наличие свободного газа брюшной полости //
верно все //

17. Отличие функциональной непроходимости от механической является:

+ наличие закругленных арок (симптом
Петрова) //
наличие свободного газа брюшной полости //
наличие арок и чаш //
наличие свободной жидкости брюшной полости //
верно все //

18. Ранние признаки рака пищевода:

стеноз пищевода //
частичная непроходимость //
+ проходимость не изменена, сглаженность
складок //
выражен дефект наполнения //
полная непроходимость //

19. Рентгенологические признаки нормальной формы желудка:

форма «улитки» //
«чулка» //
+ «удлиненного чулка» //
«рога» //
«песочных часов» //

20. Рентгенологические косвенные признаки язвенной болезни желудка:

дефект наполнения //
симптом «ниши» //
+ симптом указательного пальца //
гиперсекреция //
гипосекреция //

21. Рентгенологическая картина рака желудка:

болезненность, деформация складок //
конвергенция складок слизистой,
гиперсекреция, дефект наполнения //
+ дефект наполнения, отсутствие
перистальтики, сглаженность складок //
уменьшение объема желудка, гипермоторика //
частичная непроходимость //

22. Преимуществом рентгенологического исследования тонкого кишечника с пробным завтраком является:

Быстрота исследования //
Небольшая доза облучения больного //
+ Физиологичность, возможность диагностики
функциональных изменений //
Возможность диагностики полипов //
Все верно //

23. К рентгенологическим признакам синдрома Пейтц-Еггера при наличии милиарного полипоза кишечника относится:

Увеличение диаметра сигмовидного отдела
ободочной кишки //
Множественные язвы ободочной кишки и
псевдополипоз //
Единичные полипы //
+ Множественные полипы в тонкой кишке,
ободочной кишке и желудке //
Все верно //

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

токсического мегаколона //
дивертикулёза //
язвенного колита //
+ злокачественной лимфомы //
Болезни Крона //

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

энтерита //
рака //
болезни Крона //
+ лимфогранулематоза //
язвенного колита //

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

болезни Крона //
туберкулеза (инфильтративная форма) //
+ стенозирующего рака //
саркомы //
лимфогранулематоза //

27. Характерные КТ- признаки биллиарного цирроза печени.

уменьшение размеров печени, увеличение
размеров селезенки, асцит. //
+ увеличение размеров печени, селезенки,
асцит. //
уменьшение размеров печени, нормальные
размеры селезенки, асцит. //
увеличение размеров печени и селезенки,
диффузное снижение плотности паренхимы
печени //
все верно //

28. При КТ-исследовании печени определяется очаг просветления до 3 см в диаметре с четкими, ровными контурами без обызвествления. Плотность приближается к плотности воды.

Ваше заключение:

- рак печени //
- + солитарная киста //
- хронический гепатит //
- эхинококковая киста //
- метастаз печени //

29. Наиболее информативный метод лучевой диагностики для определения заболеваний паренхиматозных органов брюшной полости :

- + КТ //
- МРТ //
- Рентгенография //
- УЗИ //
- Рентгеноскопия //

30. Отмечается увеличение печени или ее деформация в виде ограниченного выбухания. При ультразвуковом исследовании поверхность ее неровная, выявлено образование, асцит. При ангиографии имеется патологическая перестройка сосудов печени. Такие изменения наблюдаются:

- при гемангиоме //
- при первичном раке //
- при эхинококковой кисте //
- + при гипертрофическом циррозе //
- при метастазе //

31. На КТ сканах селезенки определяется увеличение ее в размерах, наличие просветления правильной формы диаметром до 2,5 см. с наличием стенки до 0,2 см. Ваше заключение:

- опухоль селезенки //
- + киста селезенки //
- разрыв селезенки //
- саркоидоз селезенки //
- верно все //

32. На КТ сканах желчного пузыря, пузырь размером 5,0*8,0 см, имеется перегиб стенки толщиной до 0,5 см, определяются конкременты от 0,3 до 1,5 см. Холедох не расширен. Ваше заключение:

- острый холецистит //
- рак желчного пузыря //
- + водянка желчного пузыря, хронический калькулезный холецистит. //
- холедохолитиаз //
- киста желчного пузыря //

33. Эхографические признаки хронического панкреатита

- + гиперэхогенная неоднородная структура //
- гипоэхогенная однородная структура //
- гипоэхогенная неоднородная структура //
- гиперэхогенная однородная структура //
- изоэхогенная однородная структура //

34. Нормальная толщина стенки желчного пузыря

- 0,5 см //
- + до 0,3 см //
- 0,4 см //
- 0,6 см //
- 1 см //

35. На КТ сканах селезенки определяется множество просветлений с нечеткими контурами не сливного характера. Селезенка увеличена в

размерах.

- опухоль селезенки //
- киста селезенки //
- + разрыв селезенки //
- саркоидоз селезенки //
- верно все //

36. При ультразвуковом исследовании допустимые размеры диаметра печеночных вен на расстоянии до 2-3 см от устьев при отсутствии патологии не превышают:

- 3-5 мм; //
- + 5-10 мм; //
- 10-14 мм; //
- 15-22 мм. //
- 1-2 мм //

37. К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относятся:

- локальное повреждение контура(капсулы) печени;
- гипо-анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами; //
- + наличие свободного газа в брюшной полости; //
- наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости; //

38. К внутрипеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- общий желчный проток; //
- + долевые, сегментарные, субсегментарные протоки; //
- общий печеночный проток; //
- общий желчный проток, проток желчного пузыря. //
- проток желчного пузыря.//

39. К внепеченочным желчевыводящим протокам относятся:

- сегментарные, долевые протоки; //
- долевые протоки, общий печеночный проток; //
- +общий печеночный проток, общий желчный проток, проток желчного пузыря; //
- общий желчный проток; //
- долевые, сегментарные, субсегментарные протоки; //

40. Минимальный размер конкремента в желчном пузыре, выявляемого с помощью ультразвукового исследования в стандартных условиях на приборах среднего класса, составляет:

- 0,5 мм //
- 1 см; //
- 2 см; //
- + 3 мм; //
- 1,5 см //

41. При ультразвуковом исследовании анатомическим ориентиром нижней границы поджелудочной железы служит:

- воротная вена. //
- нижний край печени //
- + селезеночная вена //
- луковица 12-перстной кишки //
- малая кривизна //

42. Нормальная эхокартина полости желчного пузыря представляется как:

- + эхонегативное пространство //
- эхонегативное пространство с линейными эхо-сигналами вдоль задней стенки желчного пузыря в области шейки //

эхо-сигналами вдоль
передней стенки желчного пузыря //
эхогенное пространство с
мелкодисперсной экзогенной взвесью //
эхоопозитивное пространство с
мелкодисперсной экзогенной взвесью //

43. Ультразвуковым признаком портальной гипертензии не является:

расширение селезеночной вены более 6 мм в диаметре //
расширение внепеченочной части воротной вены более 14 мм в диаметре //
+ увеличение желчного пузыря //
увеличение селезенки //
уменьшение селезенки //

44. При контрастном исследовании желудка и 12-перстной кишки луковица 12-перстной кишки деформирована в виде трилистника, язвенную нишу необходимо искать:

В основании луковицы //
+ В центре луковицы //
На вершине луковицы //
В карманах луковицы //
Верно все //

45. При контрастном исследовании желудка антральный отдел желудка укорочен и циркулярно сужен, контуры его неровные, перистальтика ослаблена, складки слизистой косо и поперечно перестроены. Это:

Эндофитный рак //
Рубцово-язвенный стеноз привратника //
+ Антральный ригидный гастрит //
Улиткообразная деформация желудка //
Язва желудка //

46. При контрастном исследовании желудка по малой кривизне тела определяется остроконечная ниша диаметра до 1 см в диаметре, выступающая за контур, с симметричным валом, эластичной стенкой. Ваше заключение:

+ Доброкачественная язва //
Пенетрирующая язва //
Инфильтративно-язвенный рак //
Озлокачественная язва //
Эндофитный рак //

47. Для выявления экзофитных образований желудочно-кишечного тракта наиболее эффективной методикой является:

Стандартное рентгенологическое исследование //
Пневмография //
Пневмоперитонеум //
+ Первичное двойное контрастирование //
Обзорная рентгенография //

48. Преимуществом рентгенологического исследования тонкого кишечника с пробным завтраком является:

Быстрота исследования //
Небольшая доза облучения больного //
+ Физиологичность, возможность диагностики функциональных изменений //
Возможность диагностики полипов //
Верно все //

49. При контрастном исследовании толстого отдела кишечника у больного определяется выраженное расширение и удлинение дистальных отделов толстой кишки над участком локального сужения с гладкими контурами и плавным переходом у молодого пациента наблюдается:

У болезни Крона //
При туберкулезе //
+ При мегаколом //
При неспецифическом язвенном колите //
При колите //

50. На рентгенограмме контрастированного пищевода определяется стойкое циркулярное сужение средней и трети пищевода протяженностью более 6 см с супростенотическим расширением и карманоподобным нависанием стенки на границе с суженным участком характерные рентгенологические проявления:

+ При эндофитном раке //
При рубцовом сужении после ожога //
При эзогоспазме //
При склерозирующем медиастините //
При эрозивном эзофагите //

51. При рентгенологическом исследовании глотки и пищевода с применением контрастной взвеси на уровне первого физиологического сужения пищевода по задней стенке имеется мешковидное выпячивание размерами 2х3 см с четкими и ровными контурами. Ваше заключение:

Тракционный дивертикул //
Пульсионный дивертикул //
Эпифренальный дивертикул //
+ Ценкерровский дивертикул //
Ложный дивертикул //

52. При рентгенологическом исследовании больного поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением выявлено – наличие дополнительной тени на фоне газового пузыря неровность контуров пищевода в абдоминальном отделе на рельефе слизистой определяются множественные округлые, овальные дефекты наполнения, стенки пищевода сохраняет эластичность. Это:

Инфильтративный рак желудка с переходом на пищевод //
Экзофитный рак с переходом на пищевод //
+ Варикозное расширение вен пищевода //
Ахалазия пищевода //
Рубцовый стеноз пищевода //

53. В полости желудка определяется овальной формы дефект наполнения симптомом обтекания, данное образование при рентгенопальпации имеет смещаемость до 10 см. Это:

Доброкачественная опухоль //
Злокачественная опухоль //
Гипертрофия слизистой желудка //
+ Бесоар //
Полип //

54. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяется в петлях тонкого кишечника наличие «арки» и «чаш Клойбера». Это признаки:

Толсто-кишечной непроходимости //
Функциональной непроходимости //
+ Механической тонко - кишечной непроходимости //

Без патологии //

55. На рентгенограмме брюшной полости у новорожденного определяется наличие

двух газовых пузырей, один расположенный в левом верхнем квадранте брюшной полости, а второй в правой половине брюшной полости ниже левого газового пузыря. Это рентгенологическая картина соответствует:

Сужению пилорического отдела желудка //

Удлинению пилорического отдела желудка //

Кольцевидной поджелудочной железе //

+ Атрезии 12-перстной кишки //

56. Ребенок проглотил монету, выберите наиболее рациональную методику рентгенологического исследования.

+ Обзорная рентгенография //

Обзорная рентгеноскопия с прицельным рентгенографией //

Методика Земцова //

Методика Иванова-Подобед //

Обзорная рентгенография с контрастированием ЖКТ //

57. При контрастном исследовании пищевода и желудка брюшной сегмент пищевода расположен в грудной клетке, газовый пузырь желудка отсутствует в брюшной полости, желудок ротирован вокруг продольной оси. Это:

Обычное расположение брюшного сегмента пищевода //

Изменение слизистой брюшной части пищевода //

Аксиальная грыжа //

+ Врожденный короткий пищевод //

Верно все //

58. Множественные дефекты наполнения желудка ,5 – 1 см в диаметре правильной округлой формы, четкими контурами и гладкой поверхностью на фоне неиз-мененной слизистой - рентгенологические симптомы

Варикозного расширения вен //

Избыточной слизистой //

Полипов //

+ Полипозного гастрита //

Язвы желудка //

59. У ребенка по данным анамнеза имеется инородное тело не рентгеноконтрастное (проглотил рыбью кость). Выберите наиболее рациональную методику рентгено-логического исследования.

Обзорная рентгенография //

Обзорная рентгеноскопия с прицельным рентгенографией //

Методика Земцова //

+ Методика Иванова-Подобед //

Верно все //

60. При ирригоскопии толстого кишечника у ребенка в области ректо- сигмоидного перехода имеется концентрическое сужение просвета кишки, контуры суженного участка четкие и ровные, выше суженного участка имеется супрастенотическое расширение толстого кишечника. Это:

Каловый камень //

+ Болезнь Гиршпрунга //

Опухоль кишечника //

Полип кишки //

Атрезия кишечника //
