

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		 <p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		70/11
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		Идент.номер 1стр. из 22

Контрольно-измерительные средства

Вопросы для рубежного контроля 1

Название дисциплины «Рентгенология»

Код дисциплины R-RI

ОП: 7R01114 «Радиология»

Объем учебных часов/кредитов: 900/30

Курс: 1

Шымкент 2025 г.

<div>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</div> <div>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</div>	
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии	70/11
Контрольно-измерительные средства	Идент.номер 2стр. из 22

Составитель ассистент Сейтова А.А.

Протокол № 11 «26» 06 2025 г

Заведующий кафедрой к.м.н. Касаева Л.Т.

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 3стр. из 22</p>

Рубежный контроль №1

Вопросы программы для рубежного контроля - 1

Основы рентгенологии и аппаратура

Что такое рентгенология? Наука о лучевых методах диагностики (рентгенография, КТ, МРТ, УЗИ).

Виды рентгенографии: Обзорная (грудная клетка) и прицельная (зубы, суставы).

Принцип действия: Рентгеновское излучение — электромагнитные волны между УФ и гамма-лучами.

Оценка жесткости излучения: Мягкие снимки имеют «бархатный» фон, кости видны хуже.

Качество и интерпретация снимка

Критерии качества: Экспозиция (нет пересветов/недосветов), контрастность, резкость, правильная укладка пациента (симметрия).

Что оценивается: Видимость костей, мягких тканей, воздушных структур.

Оценка экспозиции: Пересвеченные участки — избыточная экспозиция, недосвеченные — недостаточная.

Безопасность и нормы

Лучевая нагрузка: Основная нагрузка — рентгенография (в сравнении с другими методами).

Нормативные документы: Профессиональные стандарты для врачей-радиологов

Вопросы для самоконтроля

Назовите основные виды рентгенографических исследований и их цели.

Как определить правильную экспозицию на снимке?

Какие структуры лучше видны при высокой контрастности, а какие при низкой?

Опишите основные правила укладки пациента для снимка грудной клетки.

Что такое лучевая нагрузка, и как ее минимизировать?

Рентгенодиагностика заболеваний органов и систем

Рентгенодиагностика заболеваний головы и шеи

Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки

Рентгенодиагностика заболеваний легких

Рентгенодиагностика заболеваний средостения

Рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Рентгенодиагностика заболеваний брюшной полости

Рентгенодиагностика заболеваний пищевода

Рентгенодиагностика заболеваний желудка

Рентгенодиагностика заболеваний кишечника

Рентгенодиагностика воспалительных заболеваний почек

Рентгенодиагностика опухолей мочевыделительной системы

Рентгенодиагностика заболеваний печени и желчного пузыря

Рентгенодиагностика заболеваний селезенки

Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов

Рентгенодиагностика опухолей костно-суставной системы

Рентгенодиагностика воспалительных заболеваний костей

Рентгенодиагностика дегенеративно-дистрофических заболеваний костей

Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 4стр. из 22</p>

Тестовые вопросы для рубежного контроля – 1

1. На рентгенограммах левого плечевого сустава в двух проекциях в проксимальном эпиметафизе плечевой кости округлая деструкция с четкими контурами до 3 см в диаметре с мелкими кальцинатами. Ваше заключение:

- абсцесс Броди (хронический остеомиелит)
- опухоль Кодмана (хондробластома)
- артроз плечевого сустава
- туберкулез сустава
- асептический некроз

2. На рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях – большой гомогенный узел округлой формы, занимающий верхнюю треть правого гемиторакса, легочный рисунок усилен под узлом. На «жесткой» рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции - в первом правом ребре на всем протяжении мелкоочаговая смешанного характера деструкция с линейной периостальной реакцией по верхнему контуру ребра. Ваше заключение:

- саркома Юинга первого правого ребра
- острый гематогенный остеомиелит
- туберкулез первого ребра справа
- опухоль средостения
- декстракардия

3. На рентгенограммах правой голени в двух проекциях: в верхней треть диафиза большеберцовой кости у внутренней поверхности узел неправильной формы 2х4 см с неровными частично обызвествленными контурами, содержащий массу кальцинатов и оссификатов объединяющийся с корковым слоем костной ножкой. Ваше заключение:

- хондросаркома правой большеберцовой кости
- костно-хрящевой экзостоз (остеохондрома)
- оссифицирующий миозит
- параостальная остеогенная саркома
- саркома Юинга

4. На рентгенограммах правого коленного сустава в двух проекциях- в дистальном метафизе правой бедренной кости во внутреннем полуцилиндре литическая деструкция с нечеткими неровными контурами, распространяющаяся на половину метафиза. Весь поперечник кости, корковый слой- разрушены. Остеопороз костей, формирующих сустав. Ваше заключение:

- хронический остеомиелит
- остеогенная саркома
- сифилис костей
- саркома Юинга
- острый остеомиелит

5. При рентгенологическом исследовании черепа в двух проекциях выявлено расхождение сагитального шва до 5-6 мм и наличие линейной полосовидной тени отходящей от места схождения сагитального и венечного швов левой половины черепа кзади и вниз. Протяженность этой линейной тени около 35 мм. Кости лицевого черепа, носовая перегородка не изменены. Ваше заключение:

- перелом костей свода черепа
- остеохондропатия костей свода черепа

метастатическое поражение костей свода черепа
миеломная болезнь

множественные деструкции костей черепа

6.20 лет, не работает. Жалоб не предъявляет. На рентгенограммах левого коленного сустава: определяются множественные наросты костной ткани на широком основании, с четкими контурами, кортикальный слой кости переходит в кортикальный слой нароста. Структура наростов губчатая. Ваше заключение:

1. остеохондрома
2. саркома
- 3.остеомиелит
- 4.дисплазия
- 5.остеосарком

7.34 года, водитель. Доставлен в стационар бригадой скорой помощи в алкогольном опьянении, участник ДТП. Жалобы на сильную боль в спине, онемение ног, ограничение подвижности. Объективно: состояние тяжелое, стопные рефлексы снижены. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях: снижение высоты тел позвонков L1 и L2 в передних отделах более чем на 1/2, в теле позвонка L1 определяется линия просветления, проходящая в вертикальной плоскости с расхождением костных фрагментов. Ваше заключение:

- 1.перелом L1 и L2 позвонков
2. перелом L2 позвонка
- 3.компрессионный перелом L2
- 4.остеохондроз поясничных позвонков
- 5.остеолиз L1 и L2 позвонков

8. 60 лет. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии. Клинически диагностируется острое нарушение мозгового кровообращения, подозревают ишемический или геморрагический инсульт. Необходимо уточнить локализацию и распространенность патологического процесса. Следует назначить экстренный метод лучевой диагностики:

1. КТ головного мозга
2. МРТ головного мозга
3. КТ с контрастированием
4. Мультиспиральная КТ
5. элетроэнцефалограмму

9. Рентгенография костей левой плечевой кости в двух проекциях: множественные округлые участки деструкции костной ткани с неровными, нечеткими границами, линейный периостит, секвестры из кортикального вещества кости, косая линия просветления в средней трети диафиза плечевой кости. Ваше заключение:



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		70/11 Идент.номер бстр. из 22

1. остеомиелит с переломом
 2. миеломная болезнь
 3. метастазы в кости
 4. патологический перелом
 5. саркома Юинга
10. Рентгенография правого плечевого сустава: определяется косая полоса просветления в области хирургической шейки правой плечевой кости, смещение костных фрагментов по ширине кости, припухлость мягких тканей. Ваше заключение:



1. перелом хирургической шейки
2. подвывих плечевой кости
3. перелом метадиафиза
4. остеомиелит плечевой кости
5. туберкулез плечевой кости

11. Рентгенография правого коленного сустава в двух проекциях: бесформенные участки деструкции костной ткани с нечеткими контурами в дистальном диафизе правой бедренной кости. Отмечается наличие периостального «козырька», опухоль не распространяется на соседние мягкие ткани. Ваше заключение:



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 7стр. из 22</p>

1.саркома Юинга

2.остеомиелит

3.остеохондрома

4.метастазы

5.фиброзная дисплазия

12. Для исключения перелома произведена рентгенограмма правого коленного сустава в 2-х проекциях. В проксимальном метафизе большеберцовой кости по задне-медиальной поверхности – субкортикально – очаги деструкции округлой формы сливного характера с ободком склероза размером 2,5х1,5 см. Кортикальный слой истончен, локальная полуверетеновидной формы деформация на уровне деструктивных изменений.

Заключение:

1. кортикальный фиброзный дефект

2. гигантоклеточная опухоль

3. абсцесс Броди

4. саркома

5. деформирующий артроз

13. Женщина 52 года. Анамнез 3 мес. Жалобы на боли в позвоночнике, слабость, похудание. Анамнез крови; анемия, СОЭ – до 60 мм/час. На рентгенограмме позвоночника в 2-х проекциях снижение высоты тел Th IV, V, VI, VII, наличие очагов деструкции в телах позвонков, разрушение замыкательных пластинок тел Th IV, VI
Рекомендуется: - рентгенография черепа и костей таза - остеосцинтиграфия - линейная томография позвоночника - динамическое наблюдение. Заключение:

1. метастазы в позвоночник

2. миеломная болезнь

3. грыжа позвонков

4. перелом позвонка

5. туберкулез позвоночника

14. Мальчик 9 лет. Жалобы на боли в левом тазобедренном суставе, хромоту.

Длительность анамнеза 3-4 мес. Заболевание началось без видимой причины. На рентгенограммах костей таза слева головка бедренной кости деформирована, уплощена, уплотнена, суставная щель расширена, подвывих бедра. Заключение:

1. остеохондропатия головки бедренной кости (ОХПГБК)

2. туберкулез тазобедренного сустава

3. остеогенная саркома

4. туберкулезный коксит

5. перелом головки бедренной кости

15. Мужчина 30 лет. Перенес ангину. Через 2 месяца острое начало, боли в левом бедре, отек, температура 38,9. Через 2 недели рентгенограмма левой бедренной кости в 2-х проекциях: на уровне нижней трети диафиза периостальная реакция по бахромчатому типу, в дистальном метадиафизе мелкие сливного характера очаги деструкции,

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		70/11
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		Идент.номер 8стр. из 22

кортикальный слой неравномерен, внутренний контур нечеткий. Структура мягких тканей смазана. Заключение:

1. острый гематогенный остеомиелит
2. опухоль Юинга
3. остеодная остеом
4. туберкулезный коксит
5. фиброзная дисплазия

16. Больная 55 лет. Жалобы на боли в грудном отделе позвоночника, усилились за последние 2-3 месяца. На рентгенограммах ГОП в 2-х проекциях: усилен грудной кифоз, остеопороз, снижена высота тел Th IV, V, VII, продавлены контуры замыкательных пластинок Th VIII, IX контуры замыкательных пластинок и основания дужек прослеживаются. Дистрофические изменения в межпозвонковых дисках. Заключение:

1. спондилопатия с компрессией тел позвонков
2. метастатические метастазы
3. туберкулезный спондилит
4. перелом позвонков
5. остеохондроз позвонков

17. Девочка 7 лет. Жалобы на деформацию, искривление голени справа. Заболевание медленно прогрессирует на протяжении 3 лет. На рентгенограмме костей правой голени в 2-х проекциях – диафиз большеберцовой кости деформирован – неравномерно расширен в поперечнике, искривлен. Структура перестроена за счет множественных сливного характера очагов деструкции костной ткани, неровными нечеткими контурами и симптомом «матового стекла». Участки склероза с нечеткими контурами. Кортикальный слой истончен, наружный контур ровный. Заключение:

1. фиброзная дисплазия
2. опухоль Юинга
3. гематогенный остеомиелит
4. гигантоклеточная опухоль
5. саркома голени

Рубежный контроль №2

Вопросы программы для рубежного контроля – 2

Задача 1 Пациент Н. 52 лет предъявляет жалобы на постепенно усиливающуюся дисфагию в течение 3-х месяцев, похудание. Нб 98 г/л.

Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?

2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?

3. Какие методики исследования следует применить?

4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 2. Пациент К. 48 лет жалуется на боли в левой подвздошной области, запоры в течение 1 года. В последнее время с примесью крови и слизи в испражнениях.

Вопросы 1. Какие методики исследования следует применить?

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		 <p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		70/11
Контрольно-измерительные средства		Идент.номер 9стр. из 22

2. Какой отдел толстой кишки надо исследовать особенно внимательно?
3. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 3. Пациент С. 46 лет. 1 год назад проведена операция дистальная резекция желудка по поводу рака. В настоящее время предъявляет жалобы на боли в животе, потерю массы тела.

- Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?
2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?
 3. Какие методики исследования следует применить?
 4. Какой отдел желудочно-кишечного тракта исследовать в первую очередь?

Задача 4. Пациент С. 53 лет предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, похудание. Анамнез около 1 месяца. Состояние удовлетворительное. Лимфоузлы не увеличены. Нб 70 г/л.

- Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?
2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?
 3. Какие методики исследования следует применить?
 4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 5. Пациент Т. 48 лет. Предъявляет жалобы на дисфагию твердой пищей, похудание на 2 кг за 4 месяца. Осиплость голоса. Общее состояние удовлетворительное.

- Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?
2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?
 3. Какие методики исследования следует применить?
 4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 6. Пациент С. 53 лет предъявляет жалобы на боли в эпигастрии после приема пищи, слабость. Похудел на 10 кг за 1 год. Состояние удовлетворительное. Лимфоузлы не увеличены.

- Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?
2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?
 3. Какие методики исследования следует применить?
 4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 7. Пациент Р. 47 лет предъявляет жалобы на постепенно усиливающуюся дисфагию в течение 4-х лет. Общее состояние удовлетворительное. Эндоскопически-пищевод N.

- Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?
2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?
 3. Какие методики исследования следует применить?
 4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 8. Пациент Н. 37 лет предъявляет жалобы на боли в подложечной области сразу после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым, изжогу. Боли и диспептические явления усиливаются весной и осенью.

- Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?
2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		 <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		70/11
Контрольно-измерительные средства		Идент.номер 10стр. из 22

3. Какие методики исследования следует применить?
4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Задача 9. Пациент 63 лет предъявляет жалобы на жгучие боли за грудиной, особенно после еды и в горизонтальном положении тела. Изжогу, дисфагию.

Вопросы 1. Какие отделы желудочно-кишечного тракта надо исследовать?

2. В каких положениях пациента надо проводить исследование?

3. Какие методики исследования следует применить?

4. На какие симптомы надо обратить особое внимание?

Тестовые вопросы для рубежного контроля – 2

1. Больная 30 лет. Жалобы: сильные головные боли начались после родов, шум в ушах, боли в зубах, увеличение стоп и кистей (стали толще), отекает лицо, рвота по утрам, menses отсутствует. Беременность протекала очень тяжело. Память стала немного хуже, сон плохой – просыпается часто, аппетит отсутствует. На рентгенограммах определили увеличение турецкого седла. Зрение – буквы сливаются, запахи давно – различает плохо, но резкие запахи различает. Заключение:

1. аденома гипофиза
2. опухоль головного мозга
3. оптохиазмальный арахноидит
4. краниофарингиома
5. паразитарное поражение

2. Больной 17 лет. Направлен из военкомата по поводу низкого роста. Рост меньше 150 см., ученик 10-го класса. Жалоб нет, телосложение правильное, зрение не нарушено. На рентгенограммах черепа в 2-х проекциях над турецким седлом имеется 3 обызвествленных образования размером 3-4 мм. Турецкое седло не изменено.

Заключение:

1. краниофарингиома
2. опухоль головного мозга
3. туберкулома
4. паразитарное поражение
5. фарингиома

3. Больному 7 лет. Жалобы: на приступы головных болей, с тошнотой, рвотой. Рвота многократная. Продолжительность приступа от нескольких часов до 6-8 часов.

Неуверенная, шаткая походка. Мальчик часто падает. Анемия болезни: Болен с сентября.

Родители связывают заболевания с рентгеноэпилепсией по поводу лишая. Вначале приступы повторялись несколько раз в день, затем стали реже - 2-3 раза в неделю.

Последнее время приступов не было. Шаткая, неуверенная походка у мальчика с рождения (со слов родителей) Ухудшения походки они не отмечают. Беременность отягощена токсикозом 1 и 2 половины. Роды в срок, вес 4 кг. Накладывали бинт Вербова (тянули за головку). Рожден в асфиксии. Кормить принесли на 3 сутки. Головку держит с 8 мес, сидит с 9 мес, ходит - 1 г. 2 мес. Игрушки держит с 3-4 мес. Говорит с 1 года отдельные слова. Фразовая речь - с 2-х лет. Перенесенные болезни: Ветряная оспа, частые простудные заболевания. В 1970 г. операция - по поводу удаления полипов в области носа и тонзиллоэктомия. На краниограммах выраженные признаки внутричерепной

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии		
Контрольно-измерительные средства		<p>70/11 Идент.номер 11стр. из 22</p>

гипертензии, определяются кости «инков». Незаращение задней дуги атланта.

Заключение:

1. окклюзионная гидроцефалия
 2. опухоль задней черепной ямки
 3. аномалия развития
 4. гипертензионный синдром
 5. краниофарингиома
4. Женщина, 56 лет. Жалобы на ноющие боли в спине, слабость, субфебрильную температуру. Анамнез: описанные жалобы беспокоят в течение трех месяцев. Объективно. При осмотре выстояние остистого отростка одного из нижнегрудных позвонков, болезненность при пальпации нижнегрудных позвонков. На рентгенограммах позвоночника в прямой проекции - очаговые тени вдоль Th 10-12, сужена межпозвонковая щель Th 10-11, в боковой проекции – дополнительно выявляется субхондральная центральная литическая деструкция прилежащих поверхностей Th 10-11. При исследовании легких и в анализах крови – без патологии.

Ваше заключение:

1. метастазы в позвонки
 2. грыжа дисков
 3. остеохондроз позвоночника
 4. нейрогенная опухоль
 5. гемангиома позвонков
5. Мужчина, 46 лет. Жалобы на сильные боли и припухлость в правой голени. Анамнез. Объективно. Правая голень отечна, кожа блестящая, покрасневшая, горячая на ощупь, болезненная при пальпации. Увеличены правые паховые лимфатические узлы до 1,0 см. В анализах крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренная СОЭ. На рентгенограммах левой голени в прямой и боковой проекциях – на протяжении средней трети диафиза правой большеберцовой кости кружевной периостит по переднему полуцилиндру, корковый слой сниженной плотности, костномозговой канал незначительно расширен. Увеличен объем мягких тканей голени, контуры мышц не прослеживаются. Ваше заключение:

1. гематогенный остеомиелит
 2. остеомы правой большеберцовой кости
 3. симптом Осгуда-Шляттера
 4. саркома Юинга
 5. деформирующий артроз
6. Женщина, 41 год. Жалобы на непостоянные ноющие боли в левом плечевом суставе. Анамнез. Боли беспокоят в течение двух месяцев, не нарастают. Объективно. Движения в плечевых суставах не ограничены. Деформаций нет. Мягкие ткани не изменены. На рентгенограммах левого плечевого сустава в двух проекциях в проксимальном эпиметафизе плечевой кости округлая литическая деструкция с четкими контурами до 3 см в диаметре с мелкими кальцинатами. Ваше заключение:

1. опухоль Кодмена (хондробластома)
2. абсцесс Броди (хронический остеомиелит)
3. артроз плечевого сустава
4. туберкулез плечевого сустава
5. подвывих плечевого сустава

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 12стр. из 22</p>

7. Женщина, 52 года. Жалобы на непостоянные боли в костях, нарастающую слабость, потерю аппетита, похудание. Анамнез. Боли беспокоят в течение последних трех месяцев, в последний месяц нарастает слабость, ухудшился аппетит, похудела. Объективно. Движения в суставах в полном объеме. Болей при пальпации нет. Конфигурация костей не нарушена. В анализе крови анемия, высокая СОЭ - до 65 мм/час. На рентгенограммах ребер, таза, черепа, позвоночника, длинных трубчатых костей множественные округлые литические деструкции с четкими контурами во всех костях, передние клиновидные деформации нижнегрудных позвонков. Ваше заключение:

1. миеломная болезнь
2. метастазы из невыявленного первичного очага
3. фиброзная дисплазия
4. болезнь Реклингаузена (гиперпаратиреоидная остео дистрофия)
5. болезнь Педжета (остео дистрофия)

8. Больной 19 лет. Возвращаясь поздно ночью домой, подвергся нападению неизвестных лиц, при этом получил многочисленные травмы головы. Потери сознания, тошноты, рвоты не отмечает. На другой день утром обратился за помощью в медицинское учреждение (поликлинику), где были выявлены множественные гематомы и отечность мягких тканей левой половины лица. При осмотре невропатологом нистагма и нарушения глазных зрачковых симптомов не было выявлено. Положение в позе Ромберга устойчивое. При рентгенологическом исследовании черепа в двух проекциях выявлено расхождение сагиттального шва до 5-6 мм и наличие линейной полосовидной тени отходящей от места схождения сагиттального и венечного швов левой половины черепа кзади и вниз.

Протяженность этой линейной тени около 35 мм. Кости лицевого черепа, носовая перегородка не изменены. Ваше заключение:

1. перелом костей свода черепа
2. остеохондропатия костей свода черепа
3. метастатическое поражение костей свода черепа
4. миеломная болезнь
5. перелом основания черепа

9. 13-летний мальчик с жалобами на прогрессирующую боль в левой ноге в течение 2-х месяцев, которая мешает ему даже спать. Мама давала ему ибупрофен, но боли не прошли. За неделю до того, как началась боль, пациенту ударили по бедру мячом, в результате чего нога покраснела и опухла в течение нескольких дней. В ОАК лейкоциты – 21 000/мм³, СОЭ 68 мм/час. На рентгене – множественные литические поражения в средней трети бедренной кости. Ваше заключение:

- саркома Юинга
- остеосаркома
- хондросаркома
- остеохондрома
- хондробластома

10. Ребенок 7 лет. Жалуется на головные боли, тошноту в течении последнего года. Выполнена рентгенография черепа в боковой проекции. На рентгенограмме определяется увеличение мозгового отдела черепа, расширение черепных швов, неравномерное истончение свода черепа. Визуализируются симптом «пальцевидных вдавлений». Ваше заключение:

- внутричерепная гипертензия
- сочетанная гидроцефалия

внутренняя гидроцефалия
наружная гидроцефалия
нормальная рентгенологическая картина

11.Женщина 68 лет. Жалобы на ноющие боли в области левого голеностопного сустава, усиливающиеся при движении, невозможность в полной мере пользоваться левой нижней конечностью. Со слов пациентки травму получила 2 недели назад – подвернула на улице левую ногу, почувствовала боль, за помощью обратилась в районную больницу, где диагностировали перелом. Наложили гипсовую лонгету без попытки репозиции и направили в травматологическое отделение. В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертония II-й ст. Локальный статус. При осмотре – гипсовая лонгета от кончиков пальцев до верхней трети голени. Значительный отек левой голени, стопы. Кожные покровы без повреждений. В области левого голеностопного сустава кровоподтек 10х8 см желтушного цвета. При пальпации болезненность в проекции внутренней и 18 наружной лодыжки левой голени, отек +3,0 см, крепитация отломков, патологическая подвижность. Объем движений в левом голеностопном суставе резко ограничен из-за болей. Чувствительных, двигательных расстройств не выявлено. Пульсация на артериях левой стопы определяется. Проведено УЗИ вен левой нижней конечности. Выявлено: флотирующий тромб в задней большеберцовой вене, окклюзирующие тромбы в суральных, подколенной венах. На рентгенограмме: линия перелома обеих лодыжек левой голени со смещением, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи. Ваш диагноз:

1. перелом лодыжек с подвывихом
2. фиброзная дисплазия
3. асептический некроз
4. посттравматический перелом
5. артроз с подвывихом

12.Мужчина 38 лет. Находится в алкогольном опьянении. Беспокоит небольшая боль в левом плече, невозможность пользования левой верхней конечностью, наличие патологической подвижности в плече. Травма сегодня около 19-40, пошел в состоянии алкогольного опьянения (выпил около 0,5 литра водки) на родник (была гололедица), поскользнулся, упал. Дружьями была вызвана бригада ССМП, сотрудники которой наложили иммобилизацию шинами Крамера по «Турнеру», и больного доставили в приемный покой травмоцентра. В приемном покое АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 в 1 мин. Больной в состоянии алкогольного опьянения, не помнит, что с ним случилось. Локальный статус. Осмотр после снятия иммобилизации. Деформация, патологическая подвижность диафиза плечевой кости. Кисть «висит», отведение первого пальца невозможно. Отсутствует активное разгибание в лучезапястном и пястно-фаланговых суставах. Невозможно сжатие кисти в кулак. На рентгенограмме левой плечевой кости в прямой проекции выявляется винтообразная линия в диафиза левой плечевой кости на границе средней – нижней трети. Больной госпитализирован в травматологическое отделение. Ваш диагноз:

1. перелом левой плечевой кости
2. перелом лучезапястного сустава
3. перелом пястно-фаланговых суставов
4. перелом правой плечевой кости
5. перелом тазовых костей

<p> ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p>  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		<p>70/11</p>
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>Идент.номер 14стр. из 22</p>

13.Мужчина 53 лет. Жалобы при госпитализации на боли в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при движении, нарушение опорной и двигательной функций правой нижней конечности. Анамнез. 10 мес. назад вследствие падения бедром на угол крыльца больной получил закрытый перелом шейки правого бедра, по поводу чего был оперирован - выполнено тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава протезом бесцементной фиксации. Две недели назад запнулся о ковер, упал на правое бедро. При падении почувствовал сильную боль и резкую болезненность при движении в правом тазобедренном суставе. Правая нижняя конечность на шине Белера. Локальный статус. При общем осмотре состояние удовлетворительное. Положение вынужденное – на спине. По наружной поверхности правого бедра – послеоперационный рубец, размером приблизительно 25 см, без признаков воспаления. Отёчность правого бедра + 1,0 см. При пальпации умеренная болезненность в верхней трети правого бедра, движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны. Ось правой нижней конечности правильная. Нарушений чувствительности в нижней конечности нет. Определяется положительный симптом «прилипшей пятки». Рентгенологическое исследование: тотальный эндопротез правого тазобедренного сустава, определяется косая линия в метадиафизе правой бедренной кости. Ваш диагноз:

1. перелом метадиафиза правой бедренной кости
2. перелом подвертельный бедренной кости
3. перелом таза
4. перелом чрезвертельный
5. перелом с отломками

14. Больная 27 лет. При госпитализации в травматологическое отделение беспокоит боль в области левого голеностопного сустава, в основном постоянная, усиливается по ночам, носит ноющий характер. Также беспокоит небольшая боль при пальпации грудины. Анамнез заболевания. Две недели назад попала в ДТП. Была водителем автомобиля. Не справилась с управлением – съехала в кювет, перевернулась. Транспортирована в ближайшую больницу. Первая врачебная помощь оказана в хирургическом отделении ЦРБ. Выставлен диагноз: сочетанная травма. ДТП. Закрытая травма грудной клетки. Перелом тела грудины. Ушибы, ссадины грудной клетки, передней брюшной стенки. Локальный статус: левый голеностопный сустав иммобилизован гипсовой лонгетной повязкой. После ее снятия выявляется отечность области голеностопного сустава + 2см, болезненность при поверхностной пальпации, значительное ограничение амплитуды движения в голеностопном суставе как при активном, так и при пассивном движении. На рентгенограмме, датированной днем травмы, имеется пронационный «завершенный» лодыжек со смещением отломков. Это- :

1. перелом Дюпюитрена
2. перелом Пилона
3. трехлодыжечный перелом
4. симптом Осгуда-Шлатерра
- 5.spina Bifida

15. Ваше заключение по снимку:



1.перелом шейки бедренной кости

2.чрезвертельный перелом

3.асептический некроз

4.перелом таза

5.перелом симфиза

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

1. выстояние боковой массы атланта за край боковой суставной поверхности аксиса с обеих сторон на прямой рентгенограмме через открытый рот

2. выстояние боковой массы атланта за край боковой суставной поверхности аксиса с одной стороны на прямой рентгенограмме через открытый рот

3. отрыв костного фрагмента боковой массы атланта

4. неодинаковое расстояние от боковых масс атланта до зубовидного отростка

5. отрыв зубовидного отростка

17. Рентгенологическая картина костей предплечья. Повреждения кости характерно:



1. перелому Монтеджа

2. перелому Галеацци

3. перелому локтевой кости

4. перелому лучевой кости

5. вывих лучевой кости

18. Назначена рентгенография в 2-х стандартных проекциях. Для патологического процесса малоберцовой кости рентгенологическая картина характерна:



саркоме Юинга
остеогенной саркоме
хондросаркоме
ретикулосаркоме
остеомиелиту

19. На рентгенограмме кистей, определяется диффузный остеопороз костей, деформация и сужение суставной щели, подвывих основных фаланг 1,2,3. Ваше заключение:



ревматоидный артрит
подагра
гиперпаратиреоз
ревматизм
склеродермия

20. Рентгенограмма коленного сустава, определяется нарост большеберцовой кости неоднородной структуры с широкой ножкой. Ваше заключение:



экзостозная хондродисплазия
хондросаркома
гемофилическая артропатия
болезнь Гоше
хондроматоз суставов

21. При заболевании сустава на рентгенограммах обнаруживают неравномерное обызвествление, округлой формы тельца, имеющие в центре прозрачную хрящевую основу, а по периферии - неравномерную кольцевидную плотную кайму. Заключение:



хондроматоз
деформирующий артроз
туберкулезный гонит
ревматоидный артрит
болезнь Рейно

22. На спондилограмме определяется равномерное сплющивание тела Th 9 позвонка при одновременном удлинении его в передне-заднем размере. Представлена болезнь:



Кальве
Кюммеля
Бехтерева
Шойермана-Мау
Олье

23. На рентгенограмме тазобедренных суставов - головка бедренной кости сплющена, высота ее уменьшена, интенсивность повышена, суставная щель расширена. Представлена болезнь:



Пертеса
Бехтерева
Шойермана-Мау
Олье
Кюммеля

24. Рентгенологическая картина кисти рук, выраженный остеопороз, уплотнение суставных концов, сужение суставных щелей, деформация суставов. Ваше заключение:



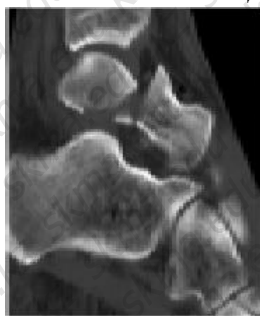
системная склеродермия
псориатическая артропатия
ревматоидный артрит
гемофилия
туберкулезный остит

25. Больной К., 48 лет. Жалобы на образование в проекции правого коленного сустава, постоянные боли, при пальпации образования боль усиливается. Боли появились 2 месяца назад, в последнее время усилились. Назначена рентгенография правого коленного сустава в 2-х стандартных проекциях, определяется литическая деструкция проксимального отдела бедренной кости и реакция мягких тканей. Заключение:



злокачественная опухоль
ревматоидный артрит
деформирующий артроз
доброкачественная опухоль
гематогенный остеомиелит

26. Больному с переломами таранной кости для детального изучения костной ткани использован метод исследования лучевой диагностики:



КТ с мультипланарной реконструкцией
рентгенография в боковой проекции
нативная КТ
УЗИ
МРТ

27. Больной З., 17 лет попал в ДТП. На рентгенограммах органов грудной клетки левый купол диафрагмы не дифференцируется, над ней тень с горизонтальным уровнем, слева

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра Фтизиопульмонологии и радиологии</p>		
<p>Контрольно-измерительные средства</p>		<p>70/11 Идент.номер 19стр. из 22</p>

грудная полость прозрачна, в корне дополнительная тень, по переднему отрезку ребра косая светлая линия. Рентген картина соответствует:
перелому ребра с гидротораксом
частичному гидротораксу
пневмотораксу
перелому ребра без смещения
пневмотораксу, осложненным плевритом

28. Шейный отдел позвоночника не искривлен. Соотношение C1-C3 неправильное. Правая вертикальная щель C1-C3 равна 1,0 см, левая- 1,5 см. В боковой проекции физиологический лордоз сохранен. Дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике слабо выражены. Высота межпозвонковых дисков не снижена. Диагноз:
межпозвонковый остеохондроз шейного отдела позвоночника
увеличение высоты при лежащих межпозвонковых дисков
снижение высоты межпозвонкового диска
двигательной функции межпозвонкового диска
отсутствие патологических искривлений позвоночника





