

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Радиология» (Высшая категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/radiologiya/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Радиология» (2000 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/radiolog/>

2) Тесты для аккредитации «Медицинский физик» (1600 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/fizik/>

Больная П., обратилась в клинику с жалобами на кашель с мокротой, боли грудной клетки, больше справа, клинический диагноз: бронхоэктатическая форма хронической пневмонии. Больной предложен перфузионный сцинтиграфия легких. Укажите оптимальные позиции при исследовании

А. передне - задняя, правая и левая боковые

Б. передне-задняя.задне-передняя, правая и левая косые

В. правая и левая косые, задне-передняя

Г. на животе

Больная Н., обратилась в клинику с жалобами на приступообразный кашель, одышку, эпизоды удушья. Клинический диагноз: Бронхиальная астма. Больной произведена перфузионная сцинтиграфия легких. Как проявляется нарушения капиллярного и альвеолярного кровотока?

Г. очаговое включение РФП

А. повышенного включения на фоне равномерного распределения препарата

Б. снижение или отсутствия включения

В. повышенного включения на фоне отсутствия изображения нормального легкого

Больная А., обратилась в клинику с жалобами сухой кашли, одышки. Клинический диагноз: бронхиальная астма. Больному производится сцинтиграфия. Для вентиляционной сцинтиграфии легких применяется?

Г. ^{131}I

Б. $^{99\text{m}}\text{Tc}$ - пертехнетат

- А. альбумин человеческой сыворотки меченый ^{99m}Tc - ^{99m}Tc АЧС
- В. ^{99m}Tc -коллоид

Больной Т., обратился в клинику с жалобами сухой кашли, одышка. Клинический диагноз: хронический бронхит с частыми обострениями. Больной предложен вентиляционная сцинтиграфия легких. РФП применяется в виде?:

- Б. аэрозольной ингаляции
- А. внутривенного введения
- В. внутримышечного введения
- Г. подкожное введение

Больная З., обратилась в клинику с жалобами: сухой кашель, одышка. Клинический диагноз: бронхиальная астма. Больной назначена вентиляционная сцинтиграфия легких. Как включается изотоп в легких?

- Б. временно оседают тонкодисперсные радиоактивные аэрозоли на поверхности бронхиального дерева и альвеолярных протоков
- А. в альвеолярных капиллярах в виде проходящей микроэмболизации
- В. одновременно в альвеолярных капиллярах в виде проходящей микроэмболизации и временно оседают тонкодисперсные радиоактивные
- Г. аэрозоли на поверхности бронхиального дерева и альвеолярных протоков

У больного на гепатобилисцинтиграмме определяют "отключенный" желчный пузырь, что характеризуется:

- В. отсутствием визуализации желчного пузыря
- А. отсутствием двигательной функции желчного пузыря:
- Б. отсутствием концентрационной функции желчного пузыря
- Г. наличие двигательной и концентрационной функции желчного пузыря

Все следующие показатели определяются при гепатобилисцинтиграфии, кроме:

- Г. анатомо-топографических данных
- А. показатель поглотительно-выделительной функции печени
- В. показатель концентрационной функции почек
- Б. показатель двигательной функции желчного пузыря

На сцинтиграммах отмечается поступление РФП до приема ЖЗ, это:

- Г. признак калькулезного холецистита
- Б. признак гипертонуса сфинктера Одди
- А. признак недостаточности сфинктера Одди
- В. признак "отключенного" желчного пузыря

Доза вводимой радиоактивности при статической сцинтиграфии печени:

- Г. 50-700МБк
- А. 74-100 МБк
- Б. 180-200 МБк
- В. 250-370 МБ

Сколько % коллоидных частиц в норме накапливается в селезенке при гепатосцинтиграфии?

- В. 35-50%
- Г. 50-70%
- Б. 20-35%
- А. 5-15%

Для определения функцию поглощения пациент принимает ^{131}I в радиоактивности:

- Б. 20 МБк
- А. 74-185 кБк
- В. 50 МБк
- Г. 500 МБк

Когда показатели поглощения ^{131}I ЩЖ в норме:

- Б. гипертиреоз
- Г. неправильно и
- А. гипотиреоз
- В. эутиреоз

Для сканирования ЩЖ радиоактивность ^{131}I для приема внутрь натошак:

- В. 20 МБк
- Г. 50 МБк
- Б. 10 МБк
- А. 2 МБк

Оптимальное время для сканирования ЩЖ после приема ^{131}I :

- Б. 4 часа
- Г. 48 часов
- А. 2 часа
- В. 24 часа

Сцинтиграфия щитовидной железы $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -пертехнетатом:

- Г. 10 МБк
- А. 300 МБк
- В. 74 МБк
- Б. 200 МБк

Динамическая сцинтиграфия ЩЖ $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -пертехнетатом:

- А. 300 МБк
- В. 74 МБк
- Б. 200 МБк
- Г. 10 МБк

Для динамической сцинтиграфии ЩЖ ^{99m}Tc -пертехнетат вводится внутривенно с радиоактивностью в среднем:

- Б. 200 МБк
- Г. 10 МБк
- А. 300 МБк
- В. 74 МБк

Регистрация результатов динамической сцинтиграфии ЩЖ:

- Г. через 48 часов
- Б. через 20 минут после введения
- А. одномоментно с началом введения ^{99m}Tc и в течении 20 минут
- В. через 24 часа

Показатели нормы включения ^{99m}Tc на 15 минуте:

- Г. 10-15%
- Б. 4-6%
- А. 0,5-2,0%
- В. 0,1-0,3%

Когда показатели поглощения ^{99m}Tc ЩЖ ниже нормы:

- Б. гипертиреоз
- А. гипотиреоз
- В. эутиреоз
- Г. без патологии

Для статической сцинтиграфии ЩЖ ^{99m}Tc пертехнет вводится внутривенно с радиоактивностью в среднем:

- В. 74 МБк
- А. 298 МБк
- Б. 148 МБк
- Г. 10 МБк

Регистрация результатов статической сцинтиграфии ЩЖ:

- А. одномоментно с началом введения ^{99m}Tc в течении 20 минут
- Б. через 20 минут после введения
- В. через 24 часа
- Г. через 48 часов

Нормальное изображение щитовидной железы:

- А. наличие очагов интенсивного или сниженного (отсутствия) накопления
- В. четкие контуры, ровные края, равномерное распределение препаратов, обычное расположение
- Б. нечеткие контуры, неровные края, увеличенные размеры, часть щитовидной железы расположена за грудиной
- Г. наличие кистозных изменений

Радиоиммунологические in vitro исследования диагностики заболевания ЩЖ:

- А. натощак
- Б. после завтрака
- В. без специальной подготовки
- Г. после ужина

Кровь на анализ гормонов ЩЖ берется

- Б. после завтрака
- А. натощак
- В. без специальной подготовки
- Г. после ужина

Уровень тироксина (Т4) в норме:

- Г. 200-300 нмоль/л
- А. 1-8 нмоль/л
- В. 55-160 нмоль/л
- Б. 1-3 нмоль/л

Уровень трийодтиронина (Т3) в норме

- Г. 200-300 нмоль/л
- А. 1-8 нмоль/л
- Б. 1-3 нмоль/л
- В. 55-160 нмоль/л

Уровень тиротропного гормона (ТТГ) в норме

- В. 55-160 нмоль/л
- Г. 500-600 нмоль/л
- Б. 1-3 нмоль/л
- А. 1-8 нмоль/л

Уровень тироксина (Т4) при гипертиреозе:

- Б. >3 нмоль/л
- Г. >500 нмоль/л
- А. >8 нмоль/л
- В. >160 нмоль/л

Уровень тиротропного гормона (ТТГ) при гипотиреозе:

- Б. >3 нмоль/л
- А. >8 нмоль/л
- В. >160 нмоль/л
- Г. >500 нмоль/л

Динамическая скintiграфия головного мозга:

- А. 100-150 МБк

- Б. 185-740 МБк
- В. 74-100 МБк
- Г. 10-20 МБк

Вводимая внутривенно радиоактивность ^{99m}Tc -пертехнетат, ^{99m}Tc -ДТПА, ^{99m}Tc -ГМПАО (гексаметилпропиламинооксим) ^{99m}Tc -ЭДС (этиленцистеинт-димер):

- Г. 30-40 МБк
- А. 100-150 МБк
- Б. 185-740 МБк
- В. 74-100 МБк

Оптимальный режим регистрации при динамическая сцинтиграфия головного мозга:

- В. 1 кадр в 30 секунд всего 120 кадров
- Г. 1 кадр за 10 секунд всего 50 кадров
- Б. 1 кадр в минуту всего 60 кадров
- А. 1 кадр в секунду всего 110 кадров

Нарушение мозгового кровотока проявляется:

- Г. объемный мозговой кровоток не меняется
- А. средний объемный мозговой кровоток и индекс асимметрии не изменяется
- Б. снижение среднего объемного мозгового кровотока и индекса асимметрии
- В. повышаются средний объемный мозговой кровоток и индекс асимметрии

Каким из этих РФП предпочтение отдается для плоскостной и ОФЭКТ головного мозга :

- А. ^{99m}Tc -ДТПА
- В. ^{99m}Tc -ГМПАО. ^{99m}Tc -ЭДС
- Б. ^{99m}Tc -пертехнетат
- Г. верно и

Начало проведения ОФЭКТ после внутривенного введения РФП:

- А. 1 час
- В. 10-30 минут
- Б. 2 часа
- Г. через 6 часов

Полуколичественный показатель

- В. индекс метки (ИМ)
- Г. верно все
- А. коэффициент накопления (КИ)
- Б. индекс асимметрии (ИА)

Повторение исследования с фармакологической нагрузкой внутривенно АТФ в дозе:

- А. 100 мкг/кг/мин
- Б. 200 мкг/кг/мин
- В. 300 мкг/кг/мин
- Г. 400 мкг/кг/мин

Последовательность введения АТФ и РФП:

- В. АТФ вводится непосредственно перед введением РФП
- А. АТФ и РФП вводят вместе
- Б. АТФ вводится непосредственно после РФП
- Г. очередность не имеет значения

При сравнении сцинтиграмм, полученные в состоянии покоя и фармакологической нагрузки снижении функционального резерва перфузии головного мозга проявляется в виде:

- Г. ухудшение равномерности, симметричности и интенсивности накопления
- А. улучшение равномерности, симметричности и интенсивности накопления
- Б. отсутствие изменений и снижение интенсивности накопления
- В. улучшение равномерности, симметричности и снижение интенсивности

Полуколичественный показатель индекс асимметрии в состоянии покоя и фармакологической нагрузки при снижении функционального резерва перфузии головного мозга проявляется в виде:

- В. появление межполушарной асимметрии менее 7%
- Г. изменения не выявляются
- Б. исчезновение межполушарной асимметрии
- А. появление межполушарной асимметрии более 7% или усиление ранее существующей асимметрии

Современный опухолетропный РФП в диагностике опухолей молочной железы и регионарных лимфоузлов:

- А. $^{99m}\text{Tc-MIBI}$
- Б. ^{99m}Tc -коллоид
- В. ^{111}In -коллоид
- Г. ^{133}Xe

У больного имеется патология щитовидной железы рекомендовано радионуклидное исследование щитовидной железы. Когда проводится исследование после приема изотопа I^{131} ?

- В. через 3 суток
- А. через 6 часов
- Б. через сутки
- Г. через 5 суток

- А. 13,3 часов

- Б. 3,08 суток
- В. 6 часов
- Г. 10 часов

Какая должна быть оптимальная энергия гамма излучения I131 для регистрации на гаммах установках?

- Б. 140 кэВ
- Г. 700 кэВ
- А. 93 кэВ
- В. 364 кэВ

При приеме изотопа I131 внутрь соблюдается следующие правило?

- А. проводится после завтрака
- Б. подготовка не требуется
- В. натощак и еще 2 часа соблюдается
- Г. голодный режим

Каковы показатели нормы поглощения I131 при обследовании щитовидной железы?

- В. через 2 часа 7-10%, 4 часа 15-17 %, 24 часа 29-32 %
- А. через 2 часа 2-5 %, 4 часа 7-10 %, 24 часа 12-20 %
- Б. через 2 часа 10-15 %, 4 часа 20-35 %, 24 часа 45-60 %
- Г. через 2 часа 20-30%, 4 часа 25-35 %, 24 часа 70-80 %

При обследовании щитовидной железы показатели поглощения I131 оказались выше нормы. Это оказывает на ?

- Г. показатель нормы поглощения
- А. гипотиреозия
- Б. гипертиреоз
- В. эутиреоз

При обследовании щитовидной железы показатели поглощения оказались ниже нормы, что указывает?

- Г. отсутствие патологии
- Б. гипертиреоз
- А. гипотиреоз
- В. эутиреоз

Для сканирования щитовидной железы радиоактивность I131 для приема внутрь должна быть?

- В. 20 МБк
- Г. 30 МБк
- Б. 10 МБк
- А. 2 МБк

Какова должна быть радиоактивность ^{99m}Tc -пертехнетатом для сцинтиграфии щитовидной железы:

- В. 74 МБк
- А. 300 МБк
- Б. 200 МБк
- Г. 100 МБк

В течении какого времени производится сканирование у больного с патологией щитовидной железы при данной сцинтиграфии ^{99m}Tc :

- Г. через 36 часов
- Б. через 40 минут после введения
- А. одномоментное с началом введения ^{99m}Tc и в течении 20 мин от начала введения
- В. через 24 часа

У больного показатели поглощения ^{99m}Tc при исследовании щитовидной железы оказались выше нормы, что указывает на наличие

- В. эутиреоз
- Г. верно все
- А. гипотериоз
- Б. гипертиреоз

Когда производится анализ крови на гормоны щитовидной железы:

- Г. через 2 часа после завтрака
- Б. после завтрака
- А. натощак
- В. без специальной подготовки

Каков уровень трийодтиронина (Т3) в крови в норме:

- А. 1-8 мед/л
- Б. 1-3 мед/л
- В. 50-70 мед/л
- Г. 100-150 мед/л

Укажите уровень трийодтиронина (Т3) при гипертиреозе

- В. >160 нмоль/л
- Г. >150 нмоль/л
- А. > 8 мед/л
- Б. >3 нмоль/л

Радиоактивность ^{99m}Tc для динамической сцинтиграфии головного мозга должна быть

- Б. 185-740 МБк
- А. 100-150 МБк
- В. 74-100 МБк
- Г. 50-70 МБк

Какой режим регистрации является оптимальным при динамической сцинтиграфии головного мозга?

- В. 1 кадр в 30 секунд всего 50 кадров
- Г. 1 кадр в 30 секунд всего 120 кадров
- Б. 1 кадр в минуту всего 60 кадров
- А. 1 кадр в секунду всего 110 кадров

Чем проявляется нарушение мозгового кровотока?

- В. повышаются средний объемный мозговой кровоток и индекс асимметрии
- Г. объемный мозговой кровоток не меняется
- А. средний объемный мозговой кровоток и индекс асимметрии не изменяется
- Б. снижение среднего объемного мозгового кровотока и индекса асимметрии

Каким из этих РФП предпочтение отдается для плоскостной и ОФЭКТ головного мозга:

- Г. ^{131}I
- А. $^{99\text{mTc}}$ -ЭДС
- В. $^{99\text{mTc}}$ - ГМПАО. $^{99\text{mTc}}$ -ЭДС
- Б. $^{99\text{mTc}}$ - пертехнетат

Какой современный опухолетропный РФП применяется в диагностике опухолей молочной железы и регионарных лимфоузлов?

- В. ^{111}In коллоид
- Г. ^{67}Ga -цитрит
- А. $^{99\text{mTc}}$ МИБИ
- Б. $^{99\text{mTc}}$ -коллоид

Какие остеотропные РФП применяются для диагностики первичных и метастатических опухолей костей?

- А. фосфатные комплексы: $^{99\text{mTc}}$ -метилендифосфонат, $^{99\text{mTc}}$ -пирофосфат, $^{99\text{mTc}}$ -фосфон
- Б. меченые коллоиды: $^{99\text{mTc}}$ -технефит, $^{99\text{mTc}}$ -фитон
- В. опухолетропные: ^{67}Ga -цитрат, ^{111}In -блеомицин, $^{99\text{mTc}}$ - МИБИ
- Г. ^{131}I

Какую оптимальную радиоактивность должна иметь вводимые внутривенные фосфатные комплексы при сцинтиграфии скелета?

- Б. 370-555 МБк
- А. 600-700 МБк
- В. 270-355 МБк
- Г. 180-250 МБк

Укажите время после введения РФП, когда проводится сцинтиграфия скелета?

- А. 1 час

- Г. 3 часа
- Б. 1,5 часа
- В. 2 часа

Какая доза радиоактивности вводится при статической сцинтиграфии печени?

- А. 74-100МБк
- Б. 180-200МБк
- В. 250-370МБк
- Г. 500-700 МБк

Сколько % коллоидных частиц в норме накапливается в селезенке при гепатосцинтиграфии?

- Г. 50-70%
- Б. 20-35 %
- А. 5-15 %
- В. 35-50%

Больная Д., обратилась в клинику с жалобами на наличие боли в области сердца. Клинический диагноз: острый инфаркт миокарда. Больной предложена сцинтиграфия миокарда с ^{99m}Tc пирофосфатом. Выбрать активность изотопа:

- А. 74-180 МБк в 1-2 мл содержанием чистого пирофосфата 5-10 мг
- В. 370-740 МБк в 0,5-1 мл с содержанием чистого пирофосфата 2-3 мг
- Б. 270-355 МБк в 2-3,5 мл с содержанием чистого пирофосфата 11-13 мг
- Г. верно и

Больная С., клинический диагноз: острый инфаркт миокарда. Необходимо определить оптимальные сроки проведения сцинтиграфии миокарда.

- В. 2-7 суток от начала заболевания
- А. 24 часа от начала заболевания
- Б. 7-14 часов от начала заболевания
- Г. 10 суток

Больная Л., клинический диагноз: острый инфаркт миокарда. Сцинтиграфия сердца в трех проекциях через 1,5-2 часа после внутривенного введения ^{99m}Tc -пирофосфата. Какая проекция будет визуализироваться?

- Г. проекция не имеет значения
- А. передняя прямая, левая боковая, задняя проекция
- Б. передняя прямая, левая передняя косая 45° , левая передняя косая 60°
- В. передняя 0° , боковая 90° , задняя 180°

Больной М., обратился в клинику с жалобами на наличие боли в области сердца. Клинический диагноз: острый инфаркт миокарда. Очаг острого инфаркта при исследовании с ^{99m}Tc -пирофосфатом на сцинтиграммах проявляется, по какой проекции?

- В. локальное включение в очаге инфаркта на фоне отсутствия накопления

А. на фоне слабого накопления препарата в нормальном миокарде высокое включение в очаге инфаркта

Г. отсутствие накопления в очаге на фоне изображения нормальной ткани миокарда

Б. усиленное накопление препарата

Больной М., обратился в клинику с жалобами на наличие ангиоспазматической боли в области сердца. Больной предложен сцинтиграфия миокарда с ^{201}Tl . После внутривенного введения ^{201}Tl распределяется относительно равномерно в паренхиматозных органа (почки, печени, щитовидной железы), а также накапливаясь в сердечной мышце. Оптимальное время для исследования после введения:

Г. через 24 часа

А. от 1 до 10 минут

Б. от 10 до 45 минут

В. через 45 минут и более

Больная Г., обратилась в клинику с жалобами на наличие боли в области сердца. Больной предложена сцинтиграфия миокарда с ^{201}Tl . Положение пациента при сцинтиграфии:

А. лежа на спине прямая передняя проекция с возможными дополнительными вариантами 1) левая передняя косая 60° , 2) левая передняя косая 45° , 3) левая боковая

Б. лежа на спине передняя левая боковая, задняя

В. лежа на правом боку, левая боковая, передняя, задняя

Г. лежа на животе

Больной М., обратился в клинику с жалобами на наличие боли в области сердца, которая периодически усиливалась и не причиняла больному неудобств. Сцинтиграфическая картина миокарда выявила отсутствие патологии, что учтано по данным?

А. визуализируется только левый желудочек в форме подковы, правый желудочек может визуализироваться при физической нагрузке

Б. визуализируется только правый желудочек может визуализироваться при физической нагрузке

В. визуализируется оба желудочка

Г. в норме распределение РФП в миокарде относительно равномерное и на сцинтиграмме получается ряд достаточно характерных изображений, преимущественно левого желудочка обладающего более мощной мускулатурой

Больной К., обратился в клинику с жалобами на постоянные боли в области сердца. Объективное клиническое исследование-АД 160-100мм рт.ст. Клинический диагноз: гипертоническая болезнь. Больному предложено сцинтиграфия сердца. При данной патологии визуализируется:

Б. \"утолщение\" видимых стенок миокарда, полость сердца либо плохо, либо вовсе не дифференцируется

- А. \утолщение\ видимых стенок миокарда, полость сердца хорошо дифференцируется
- В. полость сердца хорошо дифференцируется
- Г. толщина стенок миокарда не меняется

Больная Е., обратилась в клинику с жалобами на наличие боли в области сердца. Клинический диагноз: острый инфаркт. Больной предназначена сцинтиграфия сердца с ^{201}Tl . При этом диагнозе выявляется:

- В. равномерного распределения РФП
- Г. очаговое распределение РФП
- А. резко повышенного накопления
- Б. резко сниженного накопления

Больной Н.. обратился в клинику с жалобами на частые боли в области сердца. Клинический диагноз: ИБС. Больному назначено радионуклидное исследование. Сцинтиграфическая картина ИБС при однократном исследовании в покое имеет вид:

- А. очаговое распределение РФП
- Б. зоны сниженного накопления
- В. зоны сниженной перфузии или равномерное распределение
- Г. равномерное распределение

Больная О., обратилась в клинику с жалобами боли в области сердца. Клинический диагноз: ИБС. Больной предложено радионуклидное исследование. Сцинтиграфическая картина ИБС, при исследовании с нагрузкой по сравнению с исследованием в покое определяются:

- А. число и размеры дефекта не изменяются
- Б. новые дефекты, имеющиеся дефекты расширяются
- В. имеющиеся дефекты исчезают
- Г. очаговое распределение РФП

Больной С., обратился в клинику с жалобами на боли в области сердца. Больному предложено радионуклидное исследование, с целью улучшения диагностической возможностей сцинтиграфии миокарда производится исследование до и после функциональной нагрузки. Какому виду нагрузки вы отдаете предпочтение?

- А. приседание
- В. катание на велоэргометре
- Б. бег на месте
- Г. ходьба

Перфузионная сцинтиграфия легких проводится после введения $^{99\text{mTc}}$ - микросфер. Выберите оптимальное время исследования.:

- В. сразу же после внутривенного введения препарата
- А. через 15-30 минут
- Б. через 1,5-2 часа

Г. через 24 часа

Сцинтиграфия миокарда с ^{99m}Tc -пирофосфатом у больных острым инфарктом миокарда:

Б. 270-355 МБк в 2,-3,5 мл с содержанием чистого пирофосфата 11-13 мг

Г. 20-30 МБк

А. 74-180 МБк в 1-2 мл с содержанием чистого пирофосфата 5-10 мг

В. 370-740 МБк в 0,5-1 мл с содержанием чистого пирофосфата 2-3 мг

Радиоактивность ^{99m}Tc -пирофосфата для внутривенного введения (для сцинтиграфии миокарда) :

Б. 270-355 МБк в 2,-3,5 мл с содержанием чистого пирофосфата 11-13 мг

Г. 20-30 МБк

А. 74-180 МБк в 1-2 мл с содержанием чистого пирофосфата 5-10 мг

В. 370-740 МБк в 0,5-1 мл с содержанием чистого пирофосфата 2-3 мг

Сцинтиграфия сердца в трех проекциях через 1,5-2 часа после внутривенного введения ^{99m}Tc -пирофосфата:

Б. передняя прямая, левая передняя косая 45° , левая передняя косая 60°

А. передняя прямая, левая боковая, задняя проекции

В. передняя 0° , боковая 90° , задняя 180°

Г. не имеет значения

Оптимальные сроки сцинтиграфии миокарда

Б. 7-15 часов от начала заболевания

Г. 10 сутки

А. 24 часа от начала заболевания

В. 2-7 суток от начала заболевания

Очаг инфаркта с ^{99m}Tc -пирофосфатом на сцинтиграммах проявляется

А. локальное включение в очаге инфаркта на фоне отсутствия накопления

Б. отсутствие накопления в очаге на фоне изображения нормальной ткани миокарда

В. на фоне слабого накопления препарата в нормальном миокарде высокое включение в очаге инфаркта

Г. не выявляется

Период полураспада ($T_{1/2}$) ^{99m}Tc :

Б. 6,08 часа

А. 1,66 часа

В. 13,3 часа

Г. 1 месяц

Оптимальная энергия гамма-излучения (Е) ^{99m}Tc для регистрации на гамма установках:

Г. 500 кэВ

- А. 93 кэВ
- Б. 140 кэВ
- В. 364 кэВ

Противопоказания к сцинтиграфии миокарда с ^{99m}Tc -МИБИ (метиленизопропиленбутилоизонитрил) или ^{201}Tl -хлоридом:

- Г. противопоказания не имеется
- А. высокое артериальное давление и высокая температура тела
- Б. женщины репродуктивного возраста, относящиеся к категориям БД и ВД в период беременности или возможной беременности, дети до 16 лет, относящиеся к категориям ВД
- В. боли в области сердца, учащенный пульс, тошнота

Вводимая внутривенно радиоактивность ^{99m}Tc -МИБИ или ^{201}Tl -хлорида для сцинтиграфии миокарда для планарной сцинтиграфии (для ОФЭКТ 2 раза больше):

- А. 500-700 МБк
- Б. 200-300 МБк
- В. 50-100 МБк
- Г. 30-40 МБк

Положение пациента при сцинтиграфии миокарда:

- Б. Б)лежа на спине прямая передняя, левая боковая, задняя
- А. лежа на спине прямая передняя проекция с возможными дополнительными вариантами 1) левая передняя косая 60° , левая передняя косая 45° , левая боковая
- В. лежа на правом боку левая боковая, передняя, задняя
- Г. лежа на животе

Сцинтиграфическое изображение при гипертрофии левого желудочка:

- Г. толщина стенок миокарда не меняется
- А. \"утолщение\" видимых стенок миокарда, полость сердца хорошо дифференцируется
- Б. \"утолщение\" видимых стенок миокарда, полость сердца либо плохо, либо вовсе не дифференцируется
- В. утончение видимых стенок миокарда, полость сердца хорошо дифференцируется

Сцинтиграфическое изображение при асимметрической гипертрофии левого желудочка:

- А. утончение чередуется с утолщением во всех отделах левого желудочка
- В. утолщение одного из отделов левого желудочка
- Б. утончение всех отделов левого желудочка
- Г. утолщение всех отделов левого желудочка

Очаг острого инфаркта с ^{201}Tl визуализируется как область:

- Г. повышение накопления
- А. резко повышенного накопления

- Б. резко сниженного накопления
- В. равномерного распределения

Период полураспада ($T_{1/2}$) ^{201}Tl :

- А. 13,3 часа
- В. 3,08 суток
- Б. 6 часов
- Г. 6 суток

Сцинтиграфия картины ИБС при однократном исследовании с нагрузкой по сравнению с исследованием в покое определяются:

- В. имеющиеся дефекты исчезают
- Г. имеющиеся дефекты расширяются
- А. число и размеры дефекта не изменяются
- Б. новые дефекты, расширяются имеющиеся

Предпочтительная физическая нагрузка в виде

- В. катание на велоэргометре
- А. приседание
- Б. бег на месте
- Г. ходьба

При пробе с физической нагрузкой на велоэргометре РФП вводят:

- В. после нагрузки
- Г. без нагрузки
- Б. до нагрузки
- А. когда достигаются нагрузочные критерии, нагрузку продолжают еще не менее 1 мин

Для перфузионной сцинтиграфии легких применяются меченые частицы с оптимальными размерами:

- А. 5-10 мкм
- В. 15-45 мкм
- Б. 400 А
- Г. 80-90 мкм

Для перфузионной сцинтиграфии легких вводимая радиоактивность $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -микрофер:

- А. 74-148 МБк
- Б. 200-200 МБк
- В. 250-350 МБк
- Г. 500-600 МБк

Перфузионная сцинтиграфия легких проводится после введения $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -микрофер:

- Б. через 1,5-2 часа
- Г. через 24 часа
- А. через 15-30 минут
- В. сразу же после введения препарата

Позиции перфузионной сцинтиграфии легких:

- А. передне-задняя, правая и левая боковые
- Б. передне-задняя, задне-передняя, правая и левая косые
- В. правая и левая косые, задне-передняя
- Г. не имеет значения

На перфузионных сцинтиграммах нарушения капиллярного кровотока в альвеолах проявляются в виде:

- Б. сниженного или отсутствия включения на фоне равномерного распределения препарата
- А. повышенного включения на фоне равномерного распределения препарата
- В. повышенного включения на фоне отсутствия изображения нормального легкого
- Г. включения препарата не меняется

Вводимая радиоактивность АЧС-99mTc для вентиляционной сцинтиграфии легких:

- Б. 250-3500 МБк
- Г. 20-30 МБк
- А. 200-300 МБк
- В. 74-148 МБк

Механизм включения радиоактивной аэрозоли в легких:

- В. одновременно в альвеолярных капиллярах в виде проходящей микроэмболизации и временно оседают тонкодисперсные радиоактивные аэрозоли на поверхности бронхиального дерева и альвеолярных протоков
- Г. механизм не установлен
- А. в альвеолярных капиллярах в виде проходящей микроэмболизации
- Б. временно оседают тонкодисперсные радиоактивные аэрозоли на поверхности бронхиального дерева и альвеолярных протоков

Патологии бронхолегочной системы выявляет вентиляционная сцинтиграфия:

- Б. сниженное или отсутствие включения на фоне равномерного распределения препарата
- А. повышенное включение на фоне равномерного распределения препарата
- В. повышенное включение на фоне отсутствия изображения нормального легкого
- Г. отсутствия изменений

Сцинтиграфия почек:

- В. ограничения беременным и кормящим матерям
- Г. почечная недостаточность
- Б. противопоказано беременным и кормящим матерям

А. противопоказаний и ограничений нет

Динамическая сцинтиграфия почек позволяет определить:

А. анатомо-топографическое состояние почек

В. а и б вместе

Б. секреторно-экскреторную функцию почек

Г. изменения не выявляет

Вводимая внутривенно радиоактивность ^{99m}Tc -ДТПА, ^{99m}Tc -пертехнетат, ^{99m}Tc -альбумин:

Г. 600-800 МБк

А. 40-80 МБк

Б. 185-242 МБк

В. 300-500 МБк

Вводимая внутривенно радиоактивность ^{99m}Tc ДМСА:

Б. 200-300 МБк

А. 111-185 МБк

В. 350-450 МБк

Г. 600-800 МБк

Оптимальный срок статической сцинтиграфии почек

В. в течение 1 часа после введения

Г. через 24 часа

А. одновременно с началом внутривенного введения

Б. от 2 до 4 часов после введения

Период полураспада ($T_{1/2}$) ^{131}I

Б. 3,08 суток

А. 13,3 часа

В. 6 часов

Г. 24 часа

Оптимальная энергия гамма-излучения (E) ^{131}I для регистрации на гамма установках:

Б. 140 кэВ

Г. 500 кэВ

А. 93 кэВ

В. 364 кэВ

Пациент принимает ^{131}I внутрь

А. после завтрака

Б. натощак и еще 2 часа соблюдает голодный режим

В. подготовка не требуется

Г. после ужина

Больной П., обратился в клинику с жалобами кашель с мокротой, боли в области грудной клетки, больше справа, клинический диагноз: бронхоэктатическая форма хронической пневмонии. Больной предложена перфузионная сцинтиграфия легких. Укажите оптимальные позиции при исследовании?

- А. передне - задняя, правая и левая боковые
- Б. передне-задняя.задне-передняя, правая и левая косые
- В. правая и левая косые, задне-передняя
- Г. на животе

Больная Н., обратилась в клинику с жалобами на кашель приступами, одышка, временами удушье. Клинический диагноз: Бронхиальная астма. Больной произведена перфузионная сцинтиграфия легких. Как проявляется нарушения капиллярного и альвеолярного кровотока?

- А. повышенного включения на фоне равномерного распределения препарата
- Б. сниженного или отсутствия включения
- В. повышенного включения на фоне отсутствия изображения нормального легкого
- Г. очаговое включение РФП

Больная А., обратилась в клинику с жалобами сухой кашли, одышки. Клинический диагноз: бронхиальная астма. Больному производится сцинтиграфия. Для вентиляционной сцинтиграфии легких применяется?

- Г. ^{131}I
- Б. $^{99\text{mTc}}$ - пертехнетат
- А. альбумин человеческой сыворотки меченый $^{99\text{mTc}}$ - $^{99\text{mTc}}$ АЧС
- В. $^{99\text{mTc}}$ -коллоид

Больной Т., обратился в клинику с жалобами сухой кашли, одышка. Клинический диагноз: хронический бронхит с частыми обострениями. Больной предложен вентиляционная сцинтиграфия легких. РФП применяется в виде?

- Б. аэрозольной ингаляции
- А. внутривенного введения
- В. внутримышечного введения
- Г. подкожное введение

Больная З., обратилась в клинику с жалобами: сухой кашель, одышка. Клинический диагноз: бронхиальная астма. Больной назначена вентиляционная сцинтиграфия легких. Как включается изотоп в легких?

- А. в альвеолярных капиллярах в виде проходящей микроэмболизации
- Б. временно оседают тонкодисперсные радиоактивные аэрозоли на поверхности бронхиального дерева и альвеолярных протоков
- В. одновременно в альвеолярных капиллярах в виде проходящей микроэмболизации и временно оседают тонкодисперсные радиоактивные аэрозоли на поверхности бронхиального дерева и альвеолярных протоков
- Г. верно и

У больного на гепатобилицинограмме определяют "отключенный" желчный пузырь, что характеризуется:

- А. отсутствием двигательной функции желчного пузыря
- В. отсутствием визуализации желчного пузыря
- Б. отсутствием концентрационной функции желчного пузыря
- Г. наличие двигательной и концентрационной функции желчного пузыря

Все следующие показатели определяются при гепатобилисцинтиграфии, кроме:

- Г. анатомо-топографических данных
- А. показатель поглотительно-выделительной функции печени
- В. показатель концентрационной функции почек
- Б. показатель двигательной функции желчного пузыря

Нормальное изображение щитовидной железы

- А. наличие очагов интенсивного или сниженного (отсутствия) накопления
- В. четкие контуры, ровные края, равномерное распределение препаратов, обычное расположение
- Б. нечеткие контуры, неровные края, увеличенные размеры, часть щитовидной железы расположена за грудиной
- Г. наличие кистозных изменений

Радиоиммунологические in vitro исследования диагностики заболевания ЩЖ проводят

- В. без специальной подготовки
- Г. после ужина
- Б. после завтрака
- А. натощак

Кровь на анализ гормонов ЩЖ берется

- Б. после завтрака
- А. натощак
- В. без специальной подготовки
- Г. после ужина

Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма при забрюшинных неорганных опухолях: 1. лейомиосаркома 2. липосаркома 3. десмоидная фиброма 4. злокачественная фиброзная гистиоцитома

- Б. верно 2
- А. верно 1
- В. верно 3
- Г. верно 4

Какая гистологическая форма рака пищевода характерна для эндемичных районов с высокой заболеваемостью: 1. аденокарцинома 2. мелкоклеточный рак

3.аденоплоскоклеточный рак 4.плоскоклеточный рак

- Г. верно 4
- А. верно 1
- Б. верно 2
- В. верно 3

**Основной метод лечения рака пищевода I стадии: 1.лучевая терапия
2.хирургическое лечение 3.химиотерапия 4.симптоматическая терапия**

- В. верно 3
- Г. верно 4
- А. верно 1
- Б. верно 2

**В диагностике опухоли яичника на дооперационном этапе используются следующие методы, за исключением: 1. диагностическая пункция опухоли яичника
2. исследование уровня маркера СА-125 3.УЗИ органов малого таза, брюшной полости 4.МРТ органов малого таза, брюшной полости 5.КТ органов малого таза, брюшной полости**

- Б. верно 2
- А. верно 1
- В. верно 3
- Г. верно 4
- Д. верно 5

**Укажите среди перечисленных ниже методы диагностики раннего рака шейки матки: 1.кольпоскопия 2.гистерография 3.цитологическое исследование мазков
4.лимфография**

- Г. верно 4
- А. верно 1,2,3
- Б. верно 1,3
- В. верно 2,4
- Д. верно все

**Иммуногистохимическим методом в диагностике рака молочной железы исследуют: 1.рецепторы стероидных гормонов (рецепторы к эстрогенам и прогестерону) 2.индекс пролиферативной активности Ki – 67 3.онкоген p53
4.онкогенс-erbB-2 (Her-2 neu)**

- Б. верно 3, 4
- В. верно 2, 3, 4
- А. верно 1
- Д. верно все
- Г. верно 4

Наиболее частыми клиническими проявлениями опухолевого поражения правых отделов ободочной кишки являются: 1.нарушение кишечной проходимости

2.анемия 3.желтуха 4.слабость, быстрая утомляемость 5.примесь слизи и крови в кале

- А. верно 1,2,3
- В. верно 2,4
- Б. верно 3,4,5
- Г. верно 4
- Д. верно все

Основным диагностическим методом при непальпируемой карциноме insitu молочной железы является: 1.эксцизионная биопсия 2.стереотаксическая или трепан-биопсия 3.маммография 4.ультразвуковое исследование

- А. верно 1
- Б. верно 1, 2
- В. верно 1, 3
- Г. верно 1, 2, 3
- Д. верно 1, 2, 3, 4

Назовите клинические формы меланомы: 1.поверхностно-распространяющаяся меланома 2.узловая меланома 3.лентиго-меланома 4.инфильтративная меланома 5.диспластическая меланома

- А. верно 1,4,5
- Д. верно 1,2,3,5
- Б. верно 1,2
- В. верно 1,3,4,5
- Г. верно 1, 2,3,4, 5

В классификации меланомы по Бреслоу учитывается: 1.толщина опухоли, измеренная при гистологическом исследовании 2.наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах 3.уровень инвазии меланомы 4.гистологический вариант меланомы

- А. верно 1
- Б. верно 1,2,3
- В. верно 1,3,4
- Г. верно 1,2,3,4
- Д. верно 1, 3

Для меланомы insitu адекватным является отступ от краев опухоли: 1.до 0,5-1,0 см 2.до 1,0-2,0 см 3.до 3,0-4,0 см

- А. верно 1, 2, 3
- Б. верно 1
- В. верно 3

Для выявления возможных путей лимфогенного метастазирования перед оперативным лечением меланомы выполняется следующее исследование: 1.радионуклеидная непрямая лимфосцинтиграфия 2.прямая лимфография

3.ультразвуковое исследование 4.компьютерная томография

В. верно 1

А. верно 1, 2, 3

Б. верно 1, 2, 3, 4

Г. верно 2

Д. верно 3, 4

Восприятие боли зависит от: 1.физического состояния пациента

2.психоэмоционального состояния пациента 3.всех перечисленных факторов:

Б. верно 1, 2, 3, 4

Г. верно 2

А. верно 1, 2, 3

В. верно 1

Д. верно 3, 4

Какой метод лечения является основным при хондросаркомеG1, G2?

1.химиотерапия 2.лучевая терапия 3. хирургический 4. комбинированный

5.комплексный

Г. верно 4

А. верно 1

В. верно 3

Б. верно 2

Д. верно 5

Какой метод лечения является основным при злокачественных опухолях мягких

тканей G2, G3? 1.химиотерапия 2.лучевая терапия 3.хирургический

4.комбинированный 5.фотодинамическая терапия

Б. верно 2

В. верно 3

А. верно 1

Г. верно 4

Д. верно 5

Какой метод лечения является основным при злокачественных опухолях мягких

тканей G1? 1.химиотерапия 2.лучевая терапия 3.хирургический

4.комбинированный 5.комплексный

В. верно 3

А. верно 1

Б. верно 2

Г. верно 4

Д. верно 5

Паллиативная помощь должна осуществляться: 1.медицинскими работниками, 2.членами семьи и или друзьями больного 3.социальными работниками и священнослужителями, 4.всеми перечисленными группами.

- Б. верно 2
- В. верно 3
- А. верно 1
- Г. верно 4

Висцеральная боль вызывается повреждением: 1.внутренних органов, серозных оболочек, сосудов 2.костей, суставов, сухожилий, связок, мягких тканей 3.периферических и центральных нервных структур 4.всем перечисленным.

- Г. верно 4
- Б. верно 2
- А. верно 1
- В. верно 3

Механизм формирования хронической боли при раке: 1.периферический 2.центральный 3.психологический 4.включает все перечисленное

- Б. верно 2
- В. верно 3
- А. верно 1
- Г. верно 4

Метод лечения больных с местнораспространенным раком пищевода:

1.эндоскопическое лечение 2.комбинированное лечение 3.хирургическое лечение 4. самостоятельная химиолучевая терапия 5.системная химиотерапия

- В. верно 3
- Г. верно 4
- А. верно 1
- Б. верно 2
- Д. верно 5

К злокачественным неэпителиальным опухолям желудка относятся: 1. лимфома 2.лейомиома 3.гастроинтестинальная стромальная опухоль 4.карциноид

- Б. верно 2,4
- Г. верно 2
- А. верно 1,2,3
- В. верно 1,3
- Д. верно все

Какой метод лечения является основным при остеосаркоме,хондросаркомеG3?

1.химиотерапия 2.лучевая терапия 3.хирургический 4.комбинированный 5.фотодинамическая терапия

- В. верно 4
- А. верно 1,2
- Б. верно 1,3,5
- Г. верно 4,5
- Д. верно все

Основной путь метастазирования костных сарком? 1.гематогенный 2.лимфогенный 3.имплантационный 4.смешанный

- Б. верно 2
- А. верно 1
- В. верно 3
- Г. верно 4

Какие злокачественные опухоли часто метастазируют в костную систему: 1.рак молочной железы 2.остеосаркома 3.рак почки 4.рак предстательной железы 5.рак яичников

- В. верно 2,5
- А. верно 2
- Г. верно 1,3,4
- Б. верно 1,3,5
- Д. верно все

Какой метод диагностики помогает определить инвазию рака в миометрий? 1.лапароскопия 2.кольпоскопия. 3.УЗИ органов малого таза с цветным доплеровским картированием 4.гистеросальпингография.

- Г. верно 4
- А. верно 1
- В. верно 3
- Б. верно 2

Укажите, какой из ниже приведенных методов является основным в диагностике мягкотканых сарком:1.УЗИ 2.компьютерная томография 3.магнитно-резонансная томография 4.биопсия с цитологическим и гистологическим исследованием 5.данные клинического осмотра

- В. верно 3
- А. верно 1
- Г. верно 4
- Б. верно 2
- Д. верно 5

Злокачественные опухоли характеризуются: 1.наличием капсулы 2.инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани 3.снижением силы сцепления клеток 4.оттеснением окружающих тканей

- В. верно 2,3
- А. верно 1,2,3
- Б. верно 1,3
- Г. верно 4
- Д. верно все

Целью паллиативной помощи онкологическим больным является: 1.продление

жизни 2.проведение эвтаназии 3.создание иллюзии лечения 4.улучшение качества жизни

- А. верно 1
- Г. верно 4
- Б. верно 2
- В. верно 3

Преимущества интра-операционной лучевой терапии (ИОЛТ): 1.простота воспроизведения 2.щажение окружающих тканей 3.экономичность 4.временной фактор

- Г. верно 4
- А. верно 1
- Б. верно 2
- В. верно 3

При радикальной лучевой терапии СОД составляет: 1.20 Гр 2.40 Гр 3.60 Гр 4.более 60 Гр

- А. верно 1
- Г. верно 4
- Б. верно 2
- В. верно 3

Показания к послеоперационной лучевой терапии у больных с заболеваниями кожи: 1.хирургическое удаление образования в пределах опухолевого роста 2.наличие метастазов в отделённых лимфатических узлах 3.метастазы в лёгкие 4.радикальное хирургическое удаление меланомы с клиническим и морфологическим неблагоприятными признаками прогноза

- Б. верно 2
- А. верно 1
- В. верно 3
- Г. верно 4

Какая стадия лимфомы Ходжкина устанавливается при обнаружении поражения медиастинальных л узлов, корней лёгких, парамедиастинальных участков лёгких, тела грудины, сопровождающемся повышением температуры до 40оС и потерей в весе (за последние месяцы) около 10 кг: 1.IV Б стадия 2.II БХЕ стадия 3.III БХЕ стадия 4.II Б стадия

- В. верно 3
- Г. верно 4
- А. верно 1
- Б. верно 2

Из скольких слоёв состоит стенка пищевода: 1.из пяти 2.из двух 3.из трёх 4.из шести

- Г. верно 4
- А. верно 1

В. верно 3

Б. верно 2

Органами риска при проведении дистанционной лучевой терапии рака мочевого пузыря являются: 1.тонкий кишечник 2.мочевой пузырь 3.седалищные кости 4.головки тазобедренных суставов 5.прямая кишка

Д. верно 4,5

А. верно 1

Б. верно 2

В. верно 3

Г. верно 4

К внеорганным опухолям шеи относятся:1.бронхогенный рак 2.хемодектома 3. медуллярный рак щитовидной железы 4.хордома 5.менингиома

В. верно 2,4

Г. верно 2,3,5

А. верно 2,3,4,5

Б. верно 1,2

Наиболее частая морфологическая структура рака щитовидной железы: 1. папиллярная аденокарцинома 2.фолликулярная аденокарцинома 3.медуллярный рак 4. плоскоклеточный рак 5.недифференцированный рак

Б. верно 1,2

В. верно 1,3,5

Г. верно 2,5

Д. верно 4,5

Е. верно все

Противопоказаниями для лучевой терапии при раке гортани является все перечисленное, кроме: 1.стеноза гортани II-III степени 2.наличия второй опухоли 3.хондро-перихондрита хрящей гортани 4.глубокого изъязвления и некроза опухоли 5. диссеминации процесса

В. верно 3

Г. верно 4

А. верно 1

Б. верно 2

Д. верно 5

Противопоказаниями для лучевой терапии рака пищевода является все перечисленное, кроме: 1.наличия пищеводно-медиастинального свища 2.наличия метастазов в забрюшинные лимфатические узлы 3.метастазов в печень 4.кахекии 5. пожилого возраста больного

Д. верно 5

А. верно 1

Б. верно 2

В. верно 3

Г. верно 4

Основной путь метастазирования при саркомах мягких тканей? 1.гематогенный 2.лимфогенный 3.имплантационный 4.смешанный

В. верно 4

А. верно 1,2,4

Г. верно 1

Б. верно 2

Д. верно 2, 4.

Опухолевым маркером при раке предстательной железы является: 1.УВС 2.TuM2PK 3.СА-19 4.альфа фетопротеин 5.ПСА

Д. верно 5

А. верно 1

Б. верно 2

В. верно 3

Г. верно 4

Что считается истинным предраком шейки матки? 1.легкая степень дисплазии плоского эпителия 2.средняя степень дисплазии плоского эпителия 3.тяжелая степень дисплазии плоского эпителия 4. рак шейки матки insitu

Б. верно 2

Г. верно 4

А. верно 1

В. верно 3

Опухолевые маркеры, использующиеся в диагностике и мониторинге герминогенных злокачественных опухолей яичка: 1.лактатдегидрогеназа 2.ПСА 3.хорионический гонадотропин 4.SCC

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,3

В. верно 2,4

Г. верно 4

Д. верно все

Какая лечебная тактика оправдана при локализованном раке предстательной железы:1.радикальная простатэктомия 2.брахитерапия 3.дистанционная лучевая терапия 4.гормональная терапия

В. верно 4

Г. верно все

Б. верно 1,3

А. верно 1,2,3

Мониторинг какого из опухолевых маркеров необходим больным раком полового

члена: 1.СА-125 2.РЭА 3.М2-ПК 4.ССС

А. верно 1

Г. верно 4

Б. верно 2

В. верно 3

Какое место по частоте среди всех злокачественных новообразований в России занимает рак легкого? 1.первое 2.второе 3.третье 4.каждый год разные места

Г. верно 4

А. верно 1

Б. верно 2

В. верно 3

К доброкачественным опухолям относят: 1.аденокарциному 2.папиллому 3.липосаркому 4.цилиндрому 5.карциносаркому

Г. верно 4

Б. верно 2

А. верно 1

В. верно 3

Д. верно 5

Характерные проявления начальных форм рака пищевода: 1.чувство царапания за грудиной или прилипания пищи в пищеводе при проглатывании 2.осиплость голоса 3.гиперсаливация 4.дисфагия III степени 5.боли в межлопаточной области при приеме пищи

В. верно 3

Г. верно 4

Б. верно 2

А. верно 1

Д. верно 5

Гематогенно наиболее часто рак желудка метастазирует: 1.надпочечники 2.кости 3.легкие 4.печень

А. верно 1

Г. верно 4

Б. верно 2

В. верно 3

Злокачественные опухоли характеризуются: 1.наличием капсулы 2.инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани 3.снижением силы сцепления клеток 4.оттеснением окружающих тканей

Г. верно 4

А. верно 1,2,3

В. верно 2,3

Б. верно 1,3

Д. верно все

Ведущим методом лечения резектабельного не мелко клеточного рака легкого является: 1.хирургическое лечение 2. лучевая терапия 3.химиотерапия 4.комбинированное и комплексное лечение

Б. верно 2

А. верно 1

В. верно 3

Г. верно 4

Предраковыми изменениями при раке желудка являются: 1.гиперпластические полипы 2.хронический гастрит 3.дисплазии 4.язва желудка 5.аденомы

В. верно 3

А. верно 1

Б. верно 2

Г. верно 4

Д. верно 5

Внутриполостная лучевая терапия – это 1.размещение источников излучения на поверхности опухоли 2.внедрение источников излучения в ткани 3.внедрение источников излучения в полость опухоли при ее распаде 4.внедрение источников излучения в полостные органы 5.прием источников излучения пероральным путем

В. верно 3

А. верно 1

Г. верно 4

Б. верно 2

Д. верно 5

Какой вариант лечения адекватен при немелкоклеточном раке легкого в стадии T1-2 N1 M0 1.хирургический 2.операция в сочетании с лучевой терапией 3.операция в сочетании с химиотерапией 4.операция в сочетании с лучевой и химиотерапией

Г. верно 4

А. верно 1

Б. верно 2

В. верно 3

Д. верно 5

Какие формы заболевания относят к раннему раку шейки матки:

1.интраэпителиальный рак (сгinsitu) 2.тяжелая степень дисплазии 3.рак шейки матки I а стадии 4.рак шейки матки II стадии

Г. верно 4

А. верно 1,2,3

Б. верно 1,3

В. верно 2,4

Д. верно все

К высокоагрессивным Неходжскинскимлимфомам относят: 1.лимфобластную 2.лимфому маргинальной зоны 3.диффузную В-клеточную 4.фолликулярную лимфому 5.лимфому из клеток мантийной зоны

Б. верно 1,3,5

А. верно 1,5

В. верно 2,4

Г. верно 4

Д. верно все

Основанием выбора тактики лечения лимфом служит: 1.морфологический вариант опухоли 2.распространенность процесса 3.локализация первичного очага опухоли 4.наличие симптомов интоксикации

В. верно 2,4

Г. верно 4

А. верно 2,3

Б. верно1,2

Д. верно все

Что является скриннинговым тестом для предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки? 1.Кольпоскопия 2.Расширенная кольпоскопия. 3.Мазок на онкоцитологическое исследование 4.Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием

Б. верно1,2

Г. верно 4

А. верно 2,3

В. верно 2,4

Д. верно все

Что является скриннинговым тестом при патологии эндометрия? 1.Пайпель-биопсия эндометрия. 2.раздельное диагностическое выскабливание матки. 3.УЗИ органов малого таза 4.УЗИ органов малого таза с цветным доплеровским картированием

А. верно 1

В. верно 3

Б. верно 2

Г. верно 4

Назовите наиболее информативный неинвазивный метод обследования при опухолевых образованиях яичников: 1.лапароскопия. 2.УЗИ органов малого таза 3.УЗИ органов малого таза с цветным доплеровским картированием 4.определение опухолевого маркера СА-125.

А. верно 1

В. верно 3

Б. верно 2

Г. верно 4

Назовите опухолевые маркеры, определяемые при новообразованиях яичников:

1.СА-125 2.SCC 3.В-хгч 4.ничего из перечисленного

Г. верно 4

Б. верно 2

А. верно 1

В. верно 3

При лимфогранулематозе ШБ стадии предпочтение следует отдавать 1.курсам химиотерапии 3.лучевой терапии на все зоны поражения и зоны возможного субклинического распространения опухоли 3.курсам химиотерапии с последующей лучевой терапией на все зоны поражения и зоны возможного субклинического распространения опухоли 4. курсам химиотерапии с последующей лучевой терапией на зоны исходно больших опухолевых масс и (или) остаточные лимфатические узлы 5.все варианты одинаково эффективны

Б. верно 2

В. верно 3

А. верно 1

Г. верно 4

Д. верно 5

Какие формы рака щитовидной железы сохраняют йодонакопительную функцию:

1.папиллярная аденокарцинома 2.фолликулярная аденокарцинома 3.медулярный рак 4.плоскоклеточный рак 5.недифференцированный рак

А. верно 1,2

Б. верно 1,3

В. верно 2,4

Г. верно 4,5

Д. верно все

При каком условии только лучевое лечение у больных раком тела матки является методом выбора:

1.III стадия заболевания 2.недифференцированный рак эндометрия 3.тяжелая сопутствующая патология 4.распространение опухоли на влагалище 5.все перечисленное выше

Б. верно 2

Г. верно 4

А. верно 1

В. верно 3

Д. верно 5

При какой гистологической форме опухоли шейки матки наблюдается повышение маркера SCC? 1.аденокарцинома. 2.плоскоклеточный рак. 3.серозный рак.

4.муцинозный рак.

А. верно 1

- Б. верно 2
- В. верно 3
- Г. верно 4

Отступ от границы опухоли при выборе размеров полей облучения при раке ободочной кишки: 1.1 см 1.10 см 3.4-5 см 4.без отступа

- А. верно 1
- В. верно 3
- Б. верно 2
- Г. верно 4

Сочетанная лучевая терапия (ЛТ) это: 1.ЛТ+ химиотерапия 2.дистанционная ЛТ +химиотерапия 3.дистанционная ЛТ+ внутривполостное введение радиоактивных препаратов 4.конформная лучевая терапия

- В. верно 3
- А. верно 1
- Б. верно 2
- Г. верно 4

Резистентные к стандартной ЛТ и ПХТ морфологические типы сарком: 1.саркома Юинга 2.альвеолярная саркома 3.синовиальная саркома 4.светлоклеточная саркома

- В. верно 3,4
- А. верно 2
- Г. верно 2,4
- Б. верно 1,2,3,4
- Д. верно 1

При облучении медиастинальных лимфатических узлов приСОД 1500 сГр количество лейкоцитов снизилось до 1500 в 1 мкл ($1,5 \times 10^9$ л). Необходимо: 1.прекратить облучение и назначить КСФ 2.продолжить облучение на фоне применения КСФ 3.продолжить облучение без назначения КСФ 4.сделать перерыв в облучении и ждать восстановления количества лейкоцитов без назначения КСФ

- А. верно 1
- В. верно 3
- Б. верно 2
- Г. верно 4

Какой из симптомов наиболее характерен для рака пищевода: 1.головная боль 2.лихорадка 3.дисфагия 4.головокружение

- Г. верно 4
- А. верно 1
- В. верно 3
- Б. верно 2

Стандартным методом радикального лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря является: 1.дистанционная лучевая терапия 2.химиотерапия 3.цистэктомия 4.брахитерапия 5.комбинированное лечение

Б. верно 2

Г. верно 4

А. верно 1

В. верно 3

Д. верно 5

Показанием к проведению послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии у больных раком предстательной железы является: 1.определяемый уровень ПСА через 1 неделю после выполнения радикальной простатэктомии 2.наличие «положительного» хирургического края 3.наличие метастазов опухоли в удалённых лимфатических узлах 4.биохимический рецидив

Б. верно 2

А. верно 1

В. верно 3

Г. верно 4

Оценка биологического эффекта при изменённых ритмах облучения:

Г. ВДФ (время, доза, фракционирование)

А. КРЭ (Кумулятивный радиационный эффект)

Б. НСД (Номинальная стандартная доза)

В. КРЭ и НСД

Предшественник клеток Ходжкина:

Б. В-лимфоцит

А. Т-лимфоцит

В. плазмоцит

Г. НК-лимфоцит

Что является предраковым заболеванием для рака пищевода:

Г. парапроктит

А. гастрит

В. тилоз

Б. язвенная болезнь желудка

Совершенной технологией конформной дистанционной лучевой терапии рака предстательной железы является:

А. брахитерапия с источником I-125

Б. лучевая терапия с модуляцией интенсивности

В. многолепестковый коллиматор

Г. протонная терапия

Рак какого отдела гортани протекает наиболее агрессивно: 1.надскладковый. 2.

складковый. 3. подскладковый

Б. верно 2

В. верно 3

А. верно 1

Д. верно -1,3

Г. верно 1,2

Наиболее частой локализацией рака полости рта является

В. язык

А. дно полости рта

Б. мягкое небо

Г. слизистая щеки

Основные симптомы при опухолевом поражении складкового отдела гортани: 1.

Охриплость. 2. боль при глотании. 3. чувство дискомфорта при глотании. 4.

затрудненный вдох. 5. поперхивание

Г. верно 2,3,5

А. верно 1, 2,5

В. верно 1,4

Б. верно 2,3,4

Д. верно все.