

Teste
La disciplina Semiologie radiologică convențională
pentru studenții anului II specialitatea Tehnologie Radiologică

1. Radioscopia cutiei toracice permite investigația funcțională a:
stării hilurilor pulmonari
desenului pulmonar
scizurilor interlobare
mobilității diafragmei
mediastinului

2. Baza structurii segmentare pulmonare este ramificația:
bronhiilor
bronhiilor și arterelor pulmonare
arterelor pulmonare
arterelor pulmonare și vaselor limfatice
vaselor limfatice

3. Substratul anatomic al umbrei hilului pulmonar în normă include trunchiurile:
arterelor
arterelor și venelor
arterelor, venelor și bronhiilor
arterelor și ganglionilor limfatici
venelor și ganglionilor limfatici

4. Cea mai mică unitate pulmonară autonomă este:
acinusul
sublobulul
lobulul
segmentul
lobul

5. Localizarea procesului patologic în plămân pe radiografia cutiei toracice în incidența de față este preferabil de făcut după:
vertebrele
zonele pulmonare
segmente
lobi
arii pulmonare

6. Localizarea procesului patologic în plămân pe radiografia cutiei toracice în 2 incidențe este preferabil de făcut după:
coaste
zone pulmonare
arii pulmonare
segmente

lobi

7. Câte segmente are lobul inferior al plămânului stâng:

- a)** 2
- b)** 3
- c)** 4
- d)** 5
- e)** 6

8. Câte segmente are plămânului stâng:

- a)** 7
- b)** 8
- c)** 9
- d)** 10
- e)** 11

9. Claritatea radiografiei cutiei toracice se apreciază după conturul:

mediastinului
vaselor magistrale
coastelor
diafragmei
hilului pulmonar

10. Metodele radiologice de bază în investigația aparatului respirator includ:

radioscopia
radiografia
tomografia lineară
bronhografia
angiopulmonografia

11. Metodele radiologice speciale în investigația aparatului respirator includ:

radioscopia
radiografia
tomografia lineară
tomosinteza
angiopulmonografia

12. Ultrasonografia în explorarea aparatului respirator este informativă în cazul:

proceselor inflamatorii
cancerului pulmonar
atelectaziei
pleureziei exudative
traumatismului cutiei toracice

13. Criteriu poziției corecte a pacientului pe radiografia standard a cutiei toracice este:

poziția claviculelor

poziția hilului pulmonar
poziția scapulelor
desenul pulmonar
poziția cordului

14. Care este poziția pacientului pentru efectuarea laterografiei:

decubit dorsal
decubit ventral
decubit lateral
ortostatism lateral
poziția Trendelenburg

15. Care din următoarele afirmații sunt adevărate:

lobul inferior al plămânului stâng are 4 segmente
lobul mediu al plămânului stâng are 2 segmente
lobul inferior al plămânului drept are 5 segmente
lobul mediu este separat de cel inferior prin scizura oblică
lobul mediu al plămânului drept are 4 segmente

16. Care din următoarele afirmații sunt adevărate:

Plămânul stâng are 9 segmente
Plămânul drept are 9 segmente
În plămânul stâng lipsește segmentul 7
În plămânul stâng lipsește segmentul 10
Lobul mediu al plămânului drept are 2 segmente

17. Care din următoarele afirmații corespunde unei imagini radiologice a cutiei toracice în normă:

hilul pulmonar drept este situat între arcurile anterioare ale coastelor a II-a și a IV-a
cupola diafragmatică dreaptă este situată cu 1-1.5cm mai jos față de cea stângă
desenul pulmonar este mai bogat în regiunea apicală
hilul pulmonar drept este situat între arcurile posterioare ale coastelor a II-a și a IV-a
cupola diafragmatică dreaptă este situată cu 1-1.5cm mai sus față de cea stângă

18. Care din următoarele afirmații corespund unei imagini radiologice a cutiei toracice în normă:

hemidiafragma stângă este situat mai jos decât cel drept
desenul pulmonar este mai bogat în regiunile inferioare
desenul pulmonar este mai bogat în regiunile apicale
hilul pulmonar stâng este situat mai sus decât cel drept
hilul pulmonar drept este situat mai sus decât cel stâng

19. Opacitățile pulmonare nodulare pot avea dimensiuni de:

- a) 1 mm
- b) 5 mm
- c) 10 mm
- d) 50 mm
- e) 75 mm

20. Pentru determinarea părții stângi pe radiografia cutiei toracice de față se ia în vedere:
dimensiunile cordului
poziția butonului aortei
starea desenului pulmonar
poziția bulei de aer în stomac
poziția hilului pulmonar

21. Pentru diagnosticul diferențial în cazul hipertransparenței pulmonare în primul rând este necesar să evaluăm:
Poziția mediastinului
Hilurile pulmonare
Desenul pulmonar
Poziția bulei de aer în stomac
Poziția cordului

22. Radiografia cutiei toracice standard se efectuează în poziția pacientului:
ortostatică
decubit dorsal
decubit lateral
cu partea anterioară spre ecran
cu spatele spre ecran

23. Simptomul de hipertransparență în câmpul pulmonar apare datorită:
densificării țesutului pulmonar
prezenței lichidului în cavitatea pleurală
absenței pneumatizării țesutului pulmonar
creșterii conținutului aeric în câmpul pulmonar
acumulării lichidului în alveole

24. Simptomul de opacitate în câmpul pulmonar apare în cazul:
reducerii desenului pulmonar
prezenței aerului în cavitatea pleurală
diminuării pneumatizării parenchimului pulmonar
creșterii pneumatizării parenchimului pulmonar
prezenței lichidului în cavitatea pleurală

25. Opacitate limitată (mărginită) în câmpul pulmonar inferior, omogenă, cu contur superior net orizontal pledează pentru:
prezența de lichid în cavitatea pleurală
prezența de aer în cavitatea pleurală
prezența simultană de aer și lichid în cavitatea pleurală
proces inflamator pulmonar
densificarea țesutului pulmonar

26. Care afirmații sunt caracteristice pentru simptomul de opacitate totală sau subtotală din atelectazia pulmonară:

este omogenă
este neomogenă
deplasează organele mediastinale în partea opusă opacității
deplasează organele mediastinale spre opacitate
nu deplasează organele mediastinale

27. Care din structurile osoase enumerate sunt vizibile pe radiografia toracică de față:

vertebrele toracice
coastele
sternul
claviculele
mandibula

28. Care din structurile osoase enumerate sunt vizibile pe radiografia toracică de profil:

vertebrele toracice
coastele
sternul
vertebrele cervicale
sacrul

29. Opacitatea totală sau subtotală care deplasează organele mediastinale în partea opusă este caracteristică pentru:

pleurezie exudativă masivă
hernie diafragmatică cu conținut de anse intestinale
atelectazie pulmonară
ciroza pulmonară
inflamație acută a parenchimului pulmonar

30. Care din structurile osoase menționate sunt vizibile pe radiografia toracică de profil:

vertebrele toracice
osul hioid
sternul
coastele
raduis

31. Analiza unei opacități în câmpul pulmonar la radiografia standard a cutiei toracice include estimarea:

localizării
dimensiunilor
structurii
conturului
mobilității

32. Analiza structurilor înconjurătoare în cazul unei opacități totale în câmpul pulmonar presupune aprecierea:

poziției mediastinului

poziției vertebrelor toracice
poziției claviculelor
mobilității diafragmului
conținutului de aer în sinusul maxilar

33. Care afirmații sunt caracteristice pentru simptomul de opacitate totală sau subtotală din hernia diafragmatică cu conținut de anse intestinale:
este omogenă
este neomogenă
deplasează organele mediastinale în partea opusă opacității
deplasează organele mediastinale spre opacitate
nu deplasează organele mediastinale

34. Opacitatea limitată în regiunea medie a câmpului pulmonar cu contur șters, forma poligonală (triunghiulară), intensitate costală este caracteristică pentru:
formațiune tumorală
proces inflamator al parenchimului pulmonar
acumulare de lichid liber în cavitatea pleurală
pneumotorax
abcès pulmonar

35. În cazul procesului inflamator acut al parenchimului pulmonar opacitatea mărginită în câmpul pulmonar are următoarele caracteristici:
contur clar
forma poligonală (triunghiulară)
contur șters
deplasează organele mediastinale spre partea afectată
deplasează organele mediastinale în partea opusă

36. Dislocarea opacității și schimbarea formei acesteia la schimbarea poziției pacientului este caracteristică pentru:
acumulare de lichid încapsulat în cavitatea pleurală
acumulare de lichid liber în cavitatea pleurală
proces inflamator al parenchimului pulmonar
atelectazie
formațiune tumorală pulmonară

37. Pentru acumulare de lichid liber în cavitatea pleurală este caracteristic:
modificarea formei și dislocarea opacității la schimbarea poziției pacientului
contur superior oblic
hipertransparența câmpului pulmonar
contur superior orizontal
ascensionarea diafragmului

38. Nivelul hidro-aeric apare în:
hidrotorax
pneumotorax

hidropneumotorax
abces pulmonar evacuat parțial
pneumonie segmentară

39. Simptomul de opacitate inelară cu prezența nivelului hidro-aeric este caracteristic pentru:

abces pulmonar
cancer pulmonar periferic
chist aeric
pneumotorax
hidrotorax

40. Simptomul de opacitate inelară cu pereții groși, contur intern neregulat, rupt, cu prezența „traseului vascular” spre hil și limfonodulii hilari măriți, este caracteristic pentru:

abces pulmonar
cancer pulmonar periferic forma cavitară
chist aeric
pneumotorax
hidrotorax

41. Simptomul de opacitate nodulară spiculară unică în câmpul pulmonar este caracteristic pentru:

tuberculoza nodulară
pneumoconioza
bronhopneumonie
cancer pulmonar periferic
chist hidatic

42. Hipertransparența câmpurilor pulmonare, dilatarea spațiilor intercostale, aplatizarea diafragmei, limitarea excursiei respiratorii a diafragmei sunt caracteristice pentru:

atelectazie pulmonară
ciroza pulmonară
emfizem pulmonar
tuberculoză miliară
hipovolemie pulmonară

43. Pentru emfizem pulmonar sunt caracteristice următoarele:

aplatizarea diafragmei
ascensionarea diafragmei
reducerea desenului pulmonar
cutie toracică în formă de butoi
accentuarea desenului pulmonar

44. Hipertransparența paracostală pe fondul căreia lipsește desenul pulmonar este caracteristică pentru:

emfizem pulmonar
pneumotorax
displazie a vaselor și bronhiilor pulmonare
cavernă tuberculoasă
hipovolemie în circuitul mic

45. Deformarea desenului pulmonar are loc în:

obturație bronșică prin supapă
hipertensiune arterială pulmonară
boala bronșectatică
pneumonie
hipoventilație

46. Pentru mărirea limfonodulilor hilului pulmonar pe radiografie este caracteristic:

contur șters al hilului pulmonar
deplasarea hilului pulmonar
contur policiclic al hilului pulmonar
aspect radiologic normal
îngustarea hilului pulmonar

47. Radiografia standard a cutiei toracice se efectuează în poziția verticală a pacientului cu scopul:

comodității pacientului
reprezentării fiziologice ale vaselor sanguine
micșorării iradierii pacientului
facilitării diagnosticului (gazul se deplasează cranial, iar lichidul - caudal)
măririi gradului de iradiere

48. Radiografia standard a cutiei toracice efectuată calitativ trebuie să includă:

oasele humerale
apexurile
sinusurile costo-diafragmale
vertebrele lombare I-II
vertebrele cervicale

49. Lichidul din scizura oblică se evidențiază mai bine în incidența:

postero-anterioară
oblică anterioară dreaptă
laterală
oblică anterioară stângă
antero-posterioară

50. Care metoda imagistică este mai eficientă în determinarea unei cantități minime de lichid în cavitatea pleurală:

radioscopia
radiografia
tomografia
ultrasonografia
scintigrafia

51. Care metoda radiologică este mai eficientă pentru diagnosticul formațiunilor micronodulare rotunde din plămân:

radioscopia

radiografia
tomografie computerizată
bronhografia
angiopulmonografia

52. Câte segmente are plămânul drept:

- a) 7
- b) 9
- c) 10
- d) 12
- e) 15

53. Care din simptomele enumerate indică localizarea intrapulmonară a procesului patologic când opacitatea se determină în regiunea parietală a plămânului:

forma rotundă
modificarea formei în diferite incidente
conturul clar
unghiurile ascuțite formate de cutia toracică și opacitate
conturul șters

54. În caz de opacitate totală cu micșorare în volum a plămânului are loc:

deplasarea mediastinului în partea opusă opacității
deplasarea mediastinului spre opacitate
păstrarea poziției normale a mediastinului
mărirea diametrului vertical al plămânului
deplasarea diafragmei în direcția caudală

55. Pentru opacitate lobară sau segmentară cauzată de atelectazie este caracteristic:

contur dreptunghiular
forma triunghiulară
contur convex
contur conclav
forma rotundă

56. Investigația de primă intenție a plămânilor este:

Radiografia
Ultrasonografia
Scintigrafia
Tomografia computerizată
Imagistica prin Rezonanța Magnetică

57. Substratul anatomic al desenului pulmonar în normă este alcătuit de:

bronhii
ramificații ale arterelor și venelor pulmonare
vase limfatice
parenchimul pulmonar
bronhii și vase limfatice

58. În pneumotorax plămânu colabat se deplasează:

- a)** superior
- b)** inferior
- c)** medial
- d)** lateral
- e)** nu se deplasează

59. Intensitatea opacității depinde de următoarele criterii ale substratului morfologic:

Densitate și dimensiuni

Localizare

Dimensiuni

Dimensiuni și localizare

Densitate și localizare

60. Pentru efectuarea angiopulmonografiei generale substanța de contrast se injectează:

prin cateter în ventriculu drept

prin cateter în una din ramurile arterei pulmonare

în una din venele periferice

prin cateter în aorta

în trahee

61. Pentru efectuarea angiopulmonografiei selective substanța de contrast se injectează:

prin cateter în ventriculu stâng

prin cateter în una din ramurile arterei pulmonare

în una din venele periferice

prin cateter în aorta

în trahee

62. O opacitate totală sau subtotală omogenă ce deplasează organele mediastinale spre opacitate este caracteristică pentru:

pleurezie exudativă masivă

hernie diafragmatică cu conținut de anse intestinale

atelectazie pulmonară

ciroza pulmonară

inflamație acută a parenchimului pulmonar

63. O opacitate totală sau subtotală neomogenă care deplasează organele mediastinale în partea opusă este caracteristică pentru:

pleurezie exudativă masivă

hernie diafragmatică cu conținut de anse intestinale

atelectazie pulmonară

ciroza pulmonară

inflamație acută a parenchimului pulmonar

64. Chistul hidatic pulmonar apare pe radiografie ca:
opacitate totală ce deplasează mediastinul spre opacitate
opacitate rotundă cu contur clar, regulat
opacitate rotundă cu contur neclar, neregulat
opacitate totală ce deplasează mediastinul în partea opusă opacității
opacitate inelară

65. Cancerul pulmonar periferic în faza de necrotizare apare pe radiografie ca:
opacitate rotundă cu contur net, neregulat
opacitate rotundă cu contur șters
opacitate inelară cu opacități nodulare în jur
opacitate inelară cu pereții groși, conturul intern neregulat
opacitate nodulară

66. Simptomul de opacități inelare multiple, de dimensiuni variabile, forma rotundă sau ovalară, cu pereți subțiri, cu contur net, regulat, fără conținut lichidian, este caracteristic pentru:
chisturi aerice multiple (polichistoza)
pneumonie distructivă
caverne tuberculoase
cancer pulmonar periferic în faza de necrotizare
metastaze în plămâni

67. Pentru emfizemul pulmonar sunt caracteristice următoarele:
opacitate totală a câmpului pulmonar
hipertransparența câmpului pulmonar
lărgirea spațiilor intercostale
îngustarea spațiilor intercostale
accentuarea desenului pulmonar

68. În hipovolemia arterială pulmonară are loc:
reducerea desenului pulmonar
accentuarea desenului pulmonar
deformarea desenului pulmonar
desenul pulmonar neschimbat
diminuarea transparenței câmpului pulmonar

69. Direcția de deplasare a opacității în momentul inspirației depinde de:
substratul anatomic al opacității
localizarea opacității
dimensiuni
relațiile cu hilul pulmonar
vârsta pacientului

70. Care metoda radiologică este mai eficientă în determinarea unei cantități mici de lichid în
cavitatea pleurală:
radioscopia
radiografia anterioară
radiografia laterală
laterografia
pneumoperitoneul diagnostic

71. Ordinea corectă a arcurilor cordului pe stânga la radiografia cutiei toracice în incidența
postero-anterioară este:
butonul aortei, aorta descendentă, urechiușa atriului stâng, ventriculul stâng
butonul aortei, trunchiul arterei pulmonare, urechiușa atriului stâng, ventriculul stâng
butonul aortei, artera pulmonară, urechiușa atriului stâng, ventriculul stâng
butonul aortei, conul arterei pulmonare, atriul stâng, ventriculul stâng
ordinea corectă nu este menționată

72. Ordinea corectă a arcurilor cordului pe dreapta la radiografia cutiei toracice în incidența
postero-anterioară, din inferior spre superior este:
ventriculul drept, structurile vasculare
atriul drept, structurile vasculare
ventriculul drept, aorta ascendentă, artera pulmonară
ventriculul drept, atriul drept, vena cava superioară
ordinea corectă nu este menționată

73. Care este direcția axului cardiac la normostenic:
a) oblică
b) orizontală
c) verticală
d) direcția axului cardiac nu este influențată de tipul constituțional
e) depinde de vârstă

74. Care este direcția axului cardiac la hiperstenic:
a) oblică

- b)** orizontală
- c)** verticală
- d)** direcția axului cardiac nu este influențată de tipul constituțional
- e)** depinde de vârstă

75. Care este direcția axului cardiac la astenic:

- a)** oblică
- b)** orizontală
- c)** verticală
- d)** direcția axului cardiac nu este influențată de tipul constituțional
- e)** depinde de vârstă

76. Care compartiment al cordului formează arcul inferior al umbrei cordului pe dreapta în incidența de față:

- ventriculul drept
- atriul drept
- artera pulmonară
- ventriculul stâng
- atriul stâng

77. Golful cordului este format de:

- atriul drept
- urechiușa atriului stâng
- aorta descendentă
- artera pulmonară
- ventriculul stâng

78. Pentru configurația triunghiulară a cordului este caracteristic:

- dilatarea bilaterală a umbrei cordului
- golful cardiac pronunțat
- proeminența arcului arterei pulmonare
- arcurile cordului șterse
- unghiul atriovasal drept deplasat caudal

79. Pentru configurația aortală a cordului este caracteristic:

- dilatarea bilaterală a umbrei cordului
- golful cardiac pronunțat
- proeminența arcului arterei pulmonare
- arcurile cordului șterse
- unghiul atriovasal drept deplasat caudal

80. Configurația aortală a cordului este caracteristică pentru:

- persistența canalului arterial
- tetralogia Fallot
- stenoza arterei pulmonare
- coarctare de aortă
- stenoza aortică

81. Configurația mitrală a cordului este caracteristică pentru:

persistența canalului arterial
tetralogia Fallot
stenoza mitrală
coarctare de aortă
hipertensiunea arterială sistemică

82. În care situație unghiul atriovasal drept este deplasat cranial:

stenoza mitrală
stenoza aortală
insuficiența mitrală
insuficiența aortică
defect septal atrial

83. Pentru configurația normală a cordului este caracteristic:

Marginea stângă a cordului este situată cu 1,5-2 cm medial de linia medioclaviculară stângă
Marginea stângă a cordului este situată cu 1,5-2 cm lateral de linia medioclaviculară stângă
Unghiul atriovasal drept este situat în mijlocul conturului drept al cordului
Unghiul atriovasal drept este deplasat cranial
Golful cordului lipsește

84. Care din afirmații referitor la configurația normală a cordului sunt adevărate:

Punctul cel mai drept al umbrei cordului este situat cu 1-1,5 cm lateral de la bordul drept al umbrei coloanei vertebrale
Punctul cel mai drept al umbrei cordului este situat cu 1-1,5 cm medial de la bordul drept al umbrei coloanei vertebrale
Unghiul atriovasal drept este situat în mijlocul umbrei cordului
Unghiul atriovasal drept este situat la nivelul hemidiafragmului drept
Proeminează arcul arterei pulmonare

85. Care din afirmații referitor la configurația normală a cordului sunt adevărate:

Pe bordul stâng al umbrei cordului se evidențiază 4 arcuri
Pe bordul stâng al umbrei cordului se evidențiază 2 arcuri
Pe bordul drept al umbrei cordului se evidențiază 2 arcuri
Pe bordul drept al umbrei cordului se evidențiază 5 arcuri
Apexul este orientat spre stânga

86. Care din afirmații referitor la configurația normală a cordului sunt adevărate:

2/3 a umbrei cordului se află în hemitoracele stâng, iar 1/3 – în hemitoracele drept
2/3 a umbrei cordului se află în hemitoracele drept, iar 1/3 – în hemitoracele stâng
Punctul cel mai stâng al umbrei cordului este situat cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară stângă
Apexul este orientat spre dreapta
Apexul este orientat spre stânga

87. Transparența pulmonară la pacienții cu staza venoasă pulmonară:

se mărește la periferie
se mărește pe toată suprafață
se micșorează pe toată suprafață
se micșorează la periferie
nu se modifică

88. Configurația triunghiulară a cordului este caracteristică pentru:

stenoza aortică
tetralogia Fallot
stenoza mitrală
miocardita
cardiomiopatia dilatativă

89. Care configurație a cordului este caracteristică pentru pericardita exudativă cu exudat voluminos:

- a) mitrală
- b) aortală
- c) triunghiulară
- d) normală
- e) în forma unui papuc de lemn

90. În cazul cărora malformații cardiace congenitale are loc hipovolemia arterială în circuitul pulmonar:

tetralogia Fallot
defect septal ventricular
atrezia de artera pulmonară
persistența canalului arterial
coarctare aortică

91. Componentele tetralogiei Fallot sunt:

stenoza arterei pulmonare
defect septal atrial
defect septal ventricular
hipertrofia ventriculului drept
dextrapozitia aortei

92. În care configurație a cordului se observă golful cardiac pronunțat, unghiul atriovasal drept deplasat caudal, butonul aortei proeminent:

- a) mitrală
- b) aortală
- c) triunghiulară
- d) normală
- e) nu este caracteristic pentru nici o configurație

93. Care sarcini sine stătătoare poate rezolva explorarea radiologică a tubului digestiv fără a folosi substanțe de contrastare artificială:

depistarea corpurilor străine și a calculilor
controlul calității de pregătire a pacienților pentru examinarea ulterioară cu substanța opacă

determinarea dereglărilor de evacuare
determinarea gazului liber în cavitatea abdominală
depistarea malformațiilor congenitale ale tubului digestiv

94. Metodele de bază de examinare a tubului digestiv sunt:

radioscopia
radiografia
scintigrafia
Imagistica prin rezonanța magnetică
Ultrasonografia

95. Care din metodele enumerate ne permit să examinăm starea reliefului mucoasei:

examinarea în strat subțire cu sulfat de bariu
examinarea în faza de umplere
folosirea preparatelor farmacodinamice
radiografia abdominală pe gol
tranzitul baritat

96. Care din metodele enumerate ne permit să obținem informație despre microrelieful mucoasei gastrice (areae gastrica):

pneumogastrografia
folosirea preparatelor farmacodinamice
contrastarea primară dublă
examinarea în faza de umplere
tranzitul baritat

97. Care este metoda cea mai simplă de obținere a contrastării duble a esofagului:

introducerea aerului printr-o sondă subțire aflată în lumenul esofagului
înghițând aer
înghițând aer împreună cu suspensia baritată
bolnavului i se administrează soluție de bicarbonat și oțet
introducerea aerului cu ajutorul endoscopului

98. Explorarea multiproiecțională a tubului digestiv este:

o metodă de investigație care nu folosește substanța de contrast
o manevră suplimentară folosită în cadrul examenului de bază al tubului digestiv
o manevră suplimentară folosită în cadrul examenelor speciale ale tubului digestiv
nu este utilizată pentru investigația tubului digestiv
examinare de bază a tubului digestiv

99. Pregătirea pacientului pentru examinarea radiologică a stomacului constă în următoarele:

examenul radiologic se face pe gol
în ajun clisma de curățire
abținerea de la fumat în ziua examenului
în ajun administrarea unui purgativ
se renunță la administrarea medicamentelor care modifică fiziologia gastrică

100. Pregătirea pacientului pentru examinarea radiologică a stomacului include:

abținere de la folosirea alimentelor și lichidelor începând cu seara din ajunul zilei de investigație
micul dejun dimineața în ziua investigației
abținere de la fumat începând cu seara din ajunul zilei de investigație
administrarea unui purgativ timp de 3 zile înainte de investigație
abținere de la administrarea medicamentelor care pot modifica funcția organelor tubului digestiv timp de câteva zile înainte de investigație

101. Examinarea radiologică a stomacului trebuie să fie efectuată:
dimineața
la amiază
seară
la dorința pacientului
poate fi efectuată în orice perioadă a zilei

102. Metoda radiologică, care permite evidențierea peristaltismului tubului digestiv, este:
radioscopia cu substanța de contrast
radiografia
contrastarea primară dublă
parietografia
tomografia lineară

103. Care metode radiologice din cele enumerate sunt mai efective pentru depistarea formațiunilor vegetante ale tubului digestiv:
radioscopia cu substanța de contrast
parietografia
tomografia lineară
radiografia
tomosinteza

104. În bulbul duodenal pliurile sunt:
a) longitudinale
b) transversale
c) haotice
d) oblice
e) nu există pliuri

105. Care din criteriile enumerate reflectă starea morfologică a tubului digestiv:
forma organului
peristaltismul
poziția
tonusul
dimensiunile

106. În ce situație patologică cauza abdomenului acut poate fi depistată cu ajutorul radiografiei abdominale pe gol:
apendicita acută
perforația unui organ cavitărilor
adnexită acută

ocluzie intestinală
tromboza arterei mezenterice

107. Pentru examinarea reliefului mucoasei în cavitatea organului examinat se introduce substanța de contrast în cantitate:

mică

mare

nu are importanță

nu se introduce substanța de contrast

se introduce apa

108. Ce preparate sunt folosite pentru accelerarea tranzitului tubului digestiv:

atropina
metatina
sorbitul
nitroglicerina
sulfatul de bariu la temperatura scăzută

109. Indicațiile pentru folosirea preparatelor simpaticomimetice sunt:

relaxarea sfincterului Oddi
micșorarea tonusului gastric
contractarea sfincterului Oddi
mărirea tonusului muscular a tubului digestiv
reducerea peristaltismul intestinal

110. Preparatele vagotrope:

măresc tonusul gastric și al intestinului
micșorează tonusul gastric și al intestinului
acelerează tranzitul prin intestine
diminuează tranzitul prin intestine
nu influențează tonusul și viteza tranzitului intestinal

111. Condiții optimale pentru examinarea porțiunii cardio-esofagiene se obțin în poziția orizontală a pacientului. Incidența optimală este:

oblica anterioară stângă (pe spate)
oblica anterioară dreaptă (pe spate)
oblica posterioară stângă (pe burtă)
oblica posterioară dreaptă (pe burtă)
laterală pe stânga

112. Care din simptomele radiologice enumerate se întâlnesc în caz de ulcerație în peretele organului tubului digestiv:

simptomul de "nișa"
simptomul de "lacuna"
simptomul "valul de inflamație"
simptomul "degetului arătător"
diverticul

113. Pentru determinarea naturii ulcerației (benignă sau malignă) are importanță:

forma ulcerației
dimensiunile
conturul
localizarea
care anume organ este afectat

114. La modificările de evacuare a tubului digestiv pot să aducă:

procese inflamatorii ale tubului digestiv
diverticuloză
particularități de alimentare
modificări congenitale ale tubului digestiv
fumatul

115. În care direcții din cele enumerate se pot modifica dimensiunile organului tubului digestiv:
alungire

dilatarea lumenului
îngroșarea pereților
scurtare
hipotonie

116. Esofagul prezintă îngustări fiziologice în număr de:

- a)** 2
- b)** 3
- c)** 4
- d)** 5
- e)** 6

117. Numărul segmentelor esofagiene după Blombard este de:

- a)** 3
- b)** 5
- c)** 6
- d)** 7
- e)** 9

118. Lățimea medie a esofagului normal în faza de umplere de obicei nu depășește:

- a)** 1 cm
- b)** 2 cm
- c)** 6 cm
- d)** 4 cm
- e)** 5 cm

119. Esofagul este scurtat, lumenul îngustat, tranzitul micșorat, pliurile se evaluează bine, sunt înguste și înalte. Tabloul este caracteristic pentru un esofag cu tonusul:

normal
crescut
micșorat
nu reflectă starea tonusului esofagian
intermediar

120. Care este tonusul unui esofag alungit, cu timpul de tranzit mărit, pliurile aplatizate și dilatate:

- a)** normal
- b)** micșorat
- c)** mărit
- d)** descrierea nu reflectă starea tonusului esofagian
- e)** intermediar

121. În care fază a examenului radiologic se vizualizează mai bine relieful mucoasei esofagiene:

în repleție (faza de umplere)
după trecerea bolului baritat
în momentul contrastării duble
la folosirea preparatelor farmacodinamice
în toate fazele se vizualizează la fel

122. Care este proiecția optimală pentru examenul porțiunii distale a esofagului în poziția verticală a

pacientului:
anterioară
laterală
oblică anterioară dreaptă
oblică anterioară sâingă
în toate proiecțiile menționate se vizualizează la fel

123. Radiografia faringelui și a porțiunii cervicale a esofagului în incidența laterală fără contrastare artificială mai frecvent se folosește în caz de:
tumoare a faringelui
corp străin esofagian
tumoare a glandei tiroide
deregări de deglutiție
tumoare a esofagului

124. Esofagul terminal formează cu stomacul un unghi (unghiul Hiss) care în norma este:
ascuțit
drept
obruz
variabil
dependent de poziția corpului

125. Reflux-esofagita este rezultatul:
micșorării tonusului sfîcterului inferior esofagian
deregării motorice gastrice și esofagiene
micșorării activității propulsive a stomacului
alungirii stomacului
hipersecreției gastrice

126. Dilatarea opacității mediastinale cauzată de patologia esofagului se întâlnește în caz de:
cancer al treimii medii a esofagului
combustii esofagiene
acalazia cardiei
reflux-esofagită
varice esofagiene

127. Starea pacientului este satisfăcătoare. Pe fondalul mediastinului se determină opacitate cu nivel orizontal. În primul rând este necesar:
de examinat pacientul în lateropозиție
de efectuat tomografia lineară a mediastinului
de examinat esofagul cu substanța opacă
de efectuat radiografia cutiei toracice în 2 incidente
de examinat abdomenul

128. Nivel orizontal de lichid pe fondalul mediastinului se poate întâlni în următoarele afecțiuni ale esofagului:
diverticul
spasme etajate
esofag scurt de origine congenitală
acalazia cardiei
combustie cu substanțe chimice.

129. Ulcerul esofagian mai frecvent se întâlnește la nivelul:

porțiunii cervicale
treimii superioare
treimii medii
treimii inferioare
apare cu frecvența egală în toate porțiunile esofagiene

130. Dilatarea suprastenotică a esofagului mai frecvent se întâlnește la cancerul esofagian cu forma de creștere:
endofită
exofită
nu depinde de forma de creștere
nu depinde de forma de creștere, depinde de forma histologică a tumorii
nu depinde de forma de creștere, depinde de segmentul esofagian afectat

131. Tumorile intestinului gros mai frecvent se localizează la nivelul:
rectosigmoidian
colonului descendent
colonului transvers
cecului și colonului ascendent
apare cu frecvența egală în toate porțiunile ale intestinului gros

132. La tip longilin-astenic poziția gastrică se caracterizează prin următoarele:
unghiul ascuțit la curbura mică
punctul decliv gastric jos situat
bulbul duodenal apare alungit și cu margini drepte
bulbul duodenal mic cu margini convexe în afara segmentului distal
unghiul deschis al miciei curburi

133. Modificările de poziție ale stomacului includ:
a) ptoza
b) alungire
c) volvulus
d) dislocare
e) stenoza

134. Stomacul hipoton radiologic se caracterizează prin următoarele:
se umple de sus în jos
camera de aer de forma ovală cu diametrul mai mare vertical
nu apare complet plin decât dacă conține o cantitate mare de substanța opacă
bula de aer de înălțime mică și lată
se umple de jos în sus

135. Stomacul hipertonic radiologic se caracterizează prin următoarele:
stomacul se umple de sus în jos
bula de aer are forma rotundă
nu apare complet plin decât dacă conține o cantitate mare de substanța opacă
bula de aer de înălțime mică și lată
bula de aer de forma ovală cu diametrul mai mare vertical

136. Aspectul radiologic al mucoasei gastrice depinde de:
tonusul gastric
secreția gastrică

constituția pacientului
alimentația
tonusul musculaturii abdominale

137. Evacuarea gastrică depinde de:
componența chimică a masei ingerate
forma stomacului
deregări motorice gastrice
procesele inflamatorii gastrice
constituția pacientului

138. Evacuarea încetinită a stomacului se întâlnește în caz de:
spasm al porțiunii antrale
gastrită cronică
reflux gastro-esofagian
cancer subcardial
hipoaciditate gastrică

139. În care cazuri evacuarea gastrică este accelerată:
hiperaciditate gastrică
hipoaciditate gastrică
afecțiuni gastrice și pancreatice
cancer gastric infiltrativ
spasm al porțiunii antrale

140. Fornixul are raporturi anatomice cu:
colonul transvers
colonul descendent
lobul stâng hepatic
splina
pancreasul

141. Capul pancreasului contactează cu:
bulbul duodenal
partea orizontală superioară a duodenului
partea descendentă a duodenului
partea orizontală inferioară a duodenului
unghiul Hiss

142. Segmentul fix al stomacului este:
fornixul
curbura mică
unghiul gastric
antrul
canalul piloric

143. Pentru diferențierea modificărilor funcționale de cele morfologice în porțiunea gastro-duodenală mai efectivă este folosirea:

23

atropinei
nitroglicerinei
buscopanului
morfinei
aerului

144. Deplasarea porțiunii cardiace și corpului stomacului posterior și spre stânga, iar porțiunii antrale caudal se întâlnește în caz de:

hipertensiune portală
mărire în dimensiuni a lobului stâng al ficatului
mărire în dimensiuni a pancreasului
mărire în dimensiuni a splinei
hipertrofia glandei suprarenale pe stânga

145. La pacientul cu tabloul clinic de abdomen acut la radiografia pe gol s-a determinat gaz liber în cavitatea abdominală. Medicul radiolog trebuie să:

efectueze contrastarea dublă a stomacului
examineze stomacul cu substanța opacă
întrerupă investigația
suplimentar să efectueze laterografia
examineze intestinul gros prin irigoscopie

146. Ulcerul gastric penetrant situat pe curbura mare devine penetrant în:

ficat
pancreas
splina
rinichiul stâng
colon descendent

147. Ulcerul gastric benign se caracterizează radiologic prin o nișă:

pediculară
dreptunghiulară
proeminentă din contur
ovalară sau rotundă
triunghiulară

148. Ulcerul gastric penetrant situat în partea inferioară a curburii mici penetrează în:

ficat
pancreas
splina
colonul ascendent
rinichiul stâng

149. Ulcerul gastric penetrant situat în partea superioară a curburii mici penetrează în:

a) ficat
b) pancreas
c) splina
d) rinichiul stâng
e) colonul ascendent

150. Pentru ulcerul gastric benign, spre deosebire de cancerul ulcerat, este caracteristic:

predominanța profunzimii pierderii de țesut față de întinderea în suprafață a leziunii
predominanța întinderii în suprafață a leziunii față de profunzimea pierderii de țesut
ocolirea zonei afectate de către pliurile gastrice
convergența pliurilor spre ulcer
pliurile abrupte

151. Ulcerul gastric penetrant situat pe fața posterioară a stomacului devine penetrant în:

ficat
pancreas
splina
rinichiul stâng
colonul transvers

152. Simptomele radiologice ale ulcerului gastric includ:

nișa
amputația
convergența pliurilor
diverticul
lacuna

153. În caz de suspecție de perforație a organului tubului digestiv este necesar de efectuat în primul rând:

examinarea cavității abdominale fără contrastare artificială în poziția orizontală
contrastarea primară dublă a stomacului
examinarea stomacului cu substanța de contrast iodată
examinarea stomacului după insuflare suplimentară de aer în stomac
examinarea cavității abdominale fără contrastare artificială în poziția ortostatică

154. Principalul criteriu al modificărilor periulceroase gastrice maligne este următorul:

îngroșarea pliurilor
linia Hampton
convergența pliurilor spre ulcer
pliurile îngroșate în forma de maciucă
pliurile întrerupte

155. Modificări evidente de mobilitate a diafragmei se întâlnesc în caz de:

pancreatită
ocluzie intestinală mecanică
colecistită
abces subdiafragmal al ficatului
ulcer gastric

156. Mărirea în dimensiuni a splinei aduce în primul rând la deplasarea:

diafragmei
stomacului
intestinului gros
duodenului
jejunului

157. Metoda radiologică, care concretizează modificările duodenului, cauzate de procesele patologice a organelor din vecinătate este:

examinarea stomacului și a intestinului cu sulfat de bariu
duodenografia
colangiografia intravenoasă
tomosinteza
irigoscopia

25

158. Unghiul Treitz se afla la trecerea:

esofagului în stomac
duodenului în jejun
jejunului în ileon

ileonului în cec
colonului descendent în cel sigmoid

159. Ansele apar radiologic în repleție, contururile prezintă falduri de mucoasă rare și reduse ca înălțime, tranzitul este lent. Tabloul radiologic este caracteristic pentru:

duoden
jejun
stomac
colon transvers
esofag

160. În condiții normale tranzitul substanței de contrast opace prin intestinul subțire este în limitele de:

- a)** 1 ora
- b)** 2 -3 ore
- c)** 4-5 ore
- d)** 6-7 ore
- e)** 8-12 ore

161. Funcția principală a ileonului este:

rezorbția conținutului
accelerarea tranzitului
reducerea tranzitului
eliminarea conținutului din organism
descompunerea carbohidraților

162. Pregătirea pacientului pentru examinarea radiologică a intestinului gros constă în următoarele:

în preziua examenului regim alimentar fără celuloza
în ajun clistirele de curățire și în ziua examenului clisma cu 2 ore înainte de examen
preparatele laxative în ajun de examinarea
în ziua examenului radiologic pacientul nu ia masa de dimineața
nu necesită pregătire

163. La introducerea perorală a substanței de contrast în condiții normale de tranzit intestinul gros este contrastat complet inclusiv și rectul în limitele de:

- a)** 1 ora
- b)** 6 ore
- c)** 12 ore
- d)** 20-24 ore
- e)** 36 ore

164. Locul de amplasare a apendicelui este:

mai sus de valvula ileo-cecala
mai jos de valvula ileo-cecala
la nivelul valvulei ileo-cecale
la nivelul unghiului hepatic
la nivelul unghiului splenic

165. Funcția valvulei ileo-cecale este:

prevenirea trecerii înainte de timp a conținutului din intestinul subțire în cec
prevenirea pătrunderii retrograde a conținutului din cec în intestinul subțire
favorizarea trecerii conținutului din cec în intestinul subțire
accelerarea trecerii conținutului din intestin subțire în cec

prevenirea dilatării cecului

166. Simptomul radiologic determinant în obstrucția mecanică a intestinului gros este următorul:
niveluri orizontale de lichid lățimea căroră este mai mare decât înălțimea gazului
niveluri orizontale de lichid lățimea căroră este mai mica decât înălțimea gazului
acumularea gazului în intestinul gros
cantitate sporită de gaz în intestinul subțire și gros
acumulare de gaz liber sub diafragm

167. Simptomul radiologic determinant în obstrucția mecanică a intestinului subțire este următorul:
niveluri orizontale de lichid lățimea căroră este mai mare decât înălțimea gazului
niveluri orizontale de lichid lățimea căroră este mai mica decât înălțimea gazului
acumularea gazului în intestinul gros
cantitate sporită de gaz în intestinul subțire și gros
acumulare de gaz liber sub diafragm

168. Metodele imagistice de bază de examinare a tubului digestiv includ:
radioscopia
radiografia
fibrogastroscopia
laparoscopia
ultrasonografia

169. Explorarea radiologică a tubului digestiv fără substanța de contrast poate depista următoarele:
corpi străini metalici și calculi
ulcerul gastric
diverticulul esofagian
gaz liber în cavitatea abdominală
colita spastică

170. Care din simptomele enumerate pot fi depistate cu ajutorul radiografiei abdominale pe gol:
pneumoperitoneum
calcificări
nișa
niveluri hidro-aerice
lacuna

171. Care din simptomele enumerate NU pot fi depistate cu ajutorul radiografiei abdominale pe gol:
a) pneumoperitoneum
b) calcificări
c) nișa
d) niveluri hidro-aerice
e) lacuna

172. Pregătirea pacientului pentru examinarea radiologică a stomacului include:
lavaj gastric dimineța înainte de investigație
excluderea alimentării în dimineța zilei de investigație²⁷
excluderea alimentării timp de 24 ore înainte de investigație
excluderea fumatului în dimineata zilei de investigație
folosirea lichidelor dimineța înainte de investigație

173. Irigoscopia este:

- Examinarea radiologică a intestinului subțire
- Examinarea radiologică a intestinului gros
- Examinarea radiologică a duodenului
- Examinarea radiologică a stomacului
- Examinarea radiologică a perfuziei miocardului

174. Administrarea orală a lichidelor reci:

- Accelerează tranzitul intestinal
- Încetinește tranzitul intestinal
- Nu influențează viteza tranzitului intestinal
- Este folosită în investigația radiologică a perforației ulcerului gastric
- Este folosită în investigația radiologică a penetrației ulcerului gastric

175. Administrarea orală a lichidelor calde:

- Accelerează tranzitul intestinal
- Încetinește tranzitul intestinal
- Nu influențează viteza tranzitului intestinal
- Este folosită în investigația radiologică a perforației ulcerului gastric
- Este folosită în investigația radiologică a penetrației ulcerului gastric

176. Evacuarea conținutului gastric este favorizată mai mult de:

- Lateropozitia pe dreapta
- Lateropozitia pe stânga
- Decubit dorsal
- Ortostatism
- Decubit ventral

177. Pentru depistarea corpurilor străine metalice în tubul digestiv se indică:

- radioscopia cu sulfat de bariu
- duodenografia hipotona
- irigoscopia
- radiografia simplă (de ansamblu) a abdomenului
- laparoscopia

178. Care din următoarele sunt modificări funcționale ale tubului digestiv:

- a)** atonia
- b)** stenoza
- c)** spasmul
- d)** dilatare
- e)** atrofia

179. Care din următoarele sunt modificări morfologice ale tubului digestiv:

- a)** atonia
- b)** stenoza
- c)** spasmul
- d)** hipersecreția
- e)** atrofia

180. Pentru acalazie sunt caracteristice următoarele:

- îngustarea în treimea toracică medie a esofagului
- îngustarea cardiei

dilatarea difuză suprastenotică a esofagului
dilatarea stomacului
lipsa bulei de aer în stomac

181. Complicațiile diverticulului includ:

- a)** diverticulita
- b)** atrezia
- c)** diverticuloza
- d)** perforatia
- e)** hipersecreția

182. În combuștiile esofagiene îngustarea esofagului se întâlnește cel mai frecvent la nivelul:
porțiunii cervicale
treimii toracice superioare
treimii toracice medii
porțiunii distale (abdominale)
uniform pe tot parcursul

183. Semnul radiologic al polipului gastric este:

- nișa
- lacuna
- valul de inflamație
- convergența pliurilor
- simptomul "degetului arătător"

184. Devierea pliurilor gastrice este caracteristică pentru:

- ulcer gastric
- formațiune tumorală benignă
- formațiune tumorală malignă
- diverticul
- gastrita cronică

185. Întreruperea pliurilor gastrice este caracteristică pentru:

- a)** ulcer gastric cronic
- b)** formațiune tumorală benignă
- c)** formațiune tumorală malignă
- d)** diverticul
- e)** gastrita cronică

186. Convergența pliurilor gastrice este caracteristică pentru:

- ulcer gastric cronic
- formațiune tumorală benignă
- formațiune tumorală malignă
- diverticul
- achalazia cardiei

187. Simptomul radiologic al perforației ulcerului gastric este:

- nișa
- pneumoperitoneul
- valul de inflamație
- convergența pliurilor
- pneumotoraxul

188. Simptomul radiologic determinant la pacientul cu ocluzie intestinului subțire este:

Prezența nivelurilor hidroaerice dispuse periferic în regiunea abdominală

Prezența nivelurilor hidroaerice dispuse central în regiunea abdominală

Pneumoperitoneul

pneumotoraxul

Nișa

189. Semnele radiologice ale cancerului de colon includ:

defect de umplere cu conturul neregulat

stenoza difuză

nișa

aplatizarea haustrelor

afectarea colonului de tip „ciot de măr”

190. Pentru care patologie este caracteristic simptom de „ciot de măr”:

ulcer duodenal

ulcer gastric

cancer de colon

colita ulceroasă

acalazia cardiei

191. Dispariția haustrelor și îndreptarea peretelui intestinului gros sunt caracteristice pentru:

diverticuloza

proces inflamator acut al colonului

cancer de colon

proces inflamator cronic al colonului

polipoza

192. Metoda radiologică de bază în explorarea oaselor este:

radioscopia

tomografia liniară

radiografia

artrografia

scintigrafia

193. Radiologic osteoscleroza oaselor tubulare se manifestă prin:

îngroșarea osului

îngustarea canalului medular

îngroșarea stratului cortical

subțierea osului

deformarea osului

194. În osteoporoza apar modificări ale:

masei osoase

densității țesutului osos

dimensiunii osului

forme osului

periostului

195. Osteodistrucția este un fenomenul de:

rezorbție osoasă fără substituție cu produs patologic

rezorbție osoasă cu substituție cu produs patologic

rezorbție osoasă cu substituire cu țesut fibros
rezorbție osoasă însoțită de sechestrare
rarefiere a țesutului osos

196. Osteoliza este fenomenul de:
densificare a țesutului osos
rezorbție osoasă cu substituire cu produs patologic
rezorbție osoasă cu substituire cu țesut fibros
rezorbție osoasă însoțită de sechestrare
rarefiere a țesutului osos

197. Modificările patologice dimensionale osoase includ:

- a) Hiperostoza
- b) Scoliozoza
- c) Atrofia
- d) Osteoporoza
- e) Osteodistrucția

198. Pentru care fază a procesului patologic inflamator este caracteristică prezența periostitei liniare detașate în imaginea radiologică:

- a) incipienta
- b) acutizare
- c) cronizare
- d) remisie
- e) malignizare

199. Pentru care fază a procesului patologic inflamator este caracteristică prezența periostitei dantelate (manșon) în imaginea radiologică:

- a) incipienta
- b) progresare
- c) remisie
- d) malignizare
- e) cronizare

200. Reacția periostală aciculară prezintă un simptom patognomnic pentru:

procese inflamatorii
tumori benigne
tumori maligne
progresarea inflamației specifice
traumatism

201. Reacția periostală în forma de "cozoroc" este patognomnică pentru:

- a) procese inflamatorii
- b) tumori benigne
- c) tumori maligne
- d) progresarea inflamației specifice
- e) traumatism

202. Simptoamele radiologice ale anchilozei includ:

lipsa spațiului articular

prelungirea trabeculelor de la os la os
reducerea spațiului articular
sechestre
deformarea suprafețelor articulare

203. Osteonecroza poate fi cauzată de:
tromboze
embolii
hemoragii intramedulare (osoase)
scolioză
efort fizic nepronunțat

204. Osteonecroza radiologic se manifestă prin:
prezența sechestrului
îngustarea canalului medular
întreruperea continuității trabeculare
lizarea osului
îngroșarea osului

205. Sindromul inflamator al țesutului osos în faza acută radiologic se manifestă prin:
osteoporoza locală
periostita
osteoscleroza
hiperostoza
scolioza

206. Sindromul inflamator al țesutului osos în faza cronică se caracterizează prin:
a) hiperostoza
b) sechestrare
c) osteoscleroza
d) atrofie
e) osteoliza

207. Simptoamele de bază ale fracturii mecanice în imagine radiologică sunt:
hiperostoza
atrofia
linia (traiectul) fracturii
deplasarea fragmentelor
distrucția osoasă

208. Explorarea radiologică în traumatism osteo-articular se efectuează obligatoriu în
incidențe:
laterală
oblică
de față și laterală
de față
laterală și oblică

209. Examinarea radiografică în cazul traumatismului osteoarticular trebuie să respecte următoarele cerințe:
să includă cel puțin 1 articulație a osului fracturat
în cazul patologiei structurilor simetrice (ex., oasele membrelor), acestea se explorează bilateral
să fie efectuată în 2 incidențe

se fie efectuată într-o singură incidență, aleasă de medic traumatolog să nu includă nici o articulație

210. Examinarea radiografică în cazul traumatismului osteoarticular trebuie să respecte următoarele cerințe, cu excepție:
să includă cel puțin 1 articulație a osului fracturat
în cazul patologiei structurilor simetrice (ex., oasele membrelor), acestea se explorează bilateral
să fie efectuată în 2 incidențe
se fie efectuată într-o singură incidență, aleasă de medic traumatolog
să nu includă nici o articulație

211. Oasele tubulare la copii cresc în lungime prin intermediul:
epifizelor
metafizelor
periostului
zonelor intermetaepifizare
tuturor regiunilor menționate

212. Capacitatea păstrată de a crește în lungime a oaselor la copii este determinată prin studierea:
diafizelor
periostului
zonelor intermetaepifizare
endostului
vertebrelor

213. La copii, ca particularități de vârstă, sunt caracteristice fracturile oaselor tubulare:
multifragmentare
transversale
subperiostale
intraarticulare
oblice

214. La copii, ca particularități de vârstă, sunt caracteristice fracturile cu localizare metaepifizară:
subperiostale
epifizeolize
apofizeolize
multifragmentare
nu există astfel de particularități

215. Care din tipurile de fracturi indicate sunt caracteristice copiilor:
a) multifragmentare
b) epifizeolize
c) subperiostale
d) intraarticulare
e) tasate

216. Calusul osos, în normă, apare vizibil în imagine radiologică, cel puțin:
a) după 10 zile
b) după 21 zile
c) după 30 zile

- d)** după 2-3 luni
- e)** după 6 luni

217. Selectați particularități ale fracturilor la persoane în vârstă:
multifragmentare, cu margini ascuțite
în „lemn verde”
cu durata consolidării mărită
cu deplasare unghiulară
intraarticulare

218. La pacienții vârstnici fracturile cel mai frecvent au următoarea localizare:
vertebrele lombare
vertebrele cervicale
colul femurului
colul humerusului
clavicule

219. Restabilirea completă a structurii osului tubular după fractură se produce în timp de:
a) 2-3 zile
b) 2-3 săptămâni
c) 3-4 săptămâni
d) 6-8 luni
e) 1,5-2 ani

220. Pentru fracturile patologice este caracteristic, că ele pot fi produse în caz de:
Acțiune a unei forțe excesive
Acțiune a unui agent traumatic de mica intensitate
Solicitare mecanică de durată
Proces infecțios viral
Acțiune prin armă de foc

221. Fracturile mecanice se produc în caz de acțiune:
unei forțe excesive
unui agent traumatic de mica intensitate
solicitării mecanice de durată
asupra osului sănătos
asupra osului afectat de un proces patologic

222. Fracturile patologice se produc în caz de acțiune:
a) unei forțe excesive
b) unui agent traumatic de mica intensitate
c) solicitării mecanice de durată
d) asupra osului sănătos
e) asupra osului afectat de un proces patologic

223. Fracturile „de oboseala” se produc în caz de acțiune:
a) unei forțe excesive
b) unui agent traumatic de mica intensitate
c) solicitării mecanice de durată

- d)** asupra osului sănătos
- e)** asupra osului afectat de un proces patologic

224. Pentru fracturile „de oboseala” este caracteristic, că ele pot fi produse în caz de:

- Acțiune a unei forțe excesive
- Acțiune a unui agent traumatic de mica intensitate
- Solicitare mecanică de durată
- Proces infecțios viral
- Acțiune prin armă de foc

225. Fracturile craniului, de regulă, sunt următoarele:

- Multifragmentare
- Transversale
- Complete
- Prin înfundare
- Cu deplasare laterală a fragmentelor

226. Fracturile coloanei vertebrale de regulă sunt:

- Multifragmentare
- În „lemn verde”
- Cu deplasare angulară a fragmentelor
- Prin tasare
- Cu deplasare laterală a fragmentelor

227. Pentru tabloul radiologic al luxației este caracteristic:

- Lipsa completă a congruenței suprafețelor articulare
- Lipsa parțială a congruenței suprafețelor articulare
- Spațiul intraarticular îngustat
- Suprafețele articulare zimțate
- Spațiul intraarticular nemodificat

228. Pentru tabloul radiologic al subluxației este caracteristic:

- Lipsa completă a congruenței suprafețelor articulare
- Lipsa parțială a congruenței suprafețelor articulare
- Spațiul intraarticular îngustat
- Spațiul intraarticular are forma clinoidală
- Spațiul intraarticular nemodificat

229. Numiți metoda mai informativă în diagnosticul timpuriu al osteomielitei acute:

- a)** radiografia
- b)** tomografia computerizată
- c)** scintigrafia
- d)** radiosopia
- e)** ultrasonografia

230. Ingustarea spațiului radiologic articular este provocată de distrucția:

- suprafețelor articulare
- cartilajului articular
- aparaturii ligamentare
- sinoviei
- epifizelor

231. "Fracturi intraarticulare" se numesc fracturile al căror linia este:
în forma literei T
în forma literei V
localizată în porțiunea metaepifizară
localizată în porțiunea diafizară
transversală

232. Metoda imagistică de bază în explorarea oaselor și articulațiilor este:
radiofotografia medicală
tomografia liniară
radiografia
artrografia
ultrasonografia

233. Artrografia este:
Examinarea radiologică a arterelor fără substanță de contrast
Examinarea radiologică a articulațiilor fără substanță de contrast
Examinarea radiologică a arterelor cu substanță de contrast
Examinarea radiologică a articulațiilor cu substanță de contrast
Examinarea scintigrafică a arterelor

234. Care din următoarele metode permite o mai bună vizualizare a structurilor osoase:
scintigrafia osoasă
ultrasonografia
Tomografia Computerizată (CT)
Imagistica prin Rezonanță Magnetică (IRM)
radiografia

235. Linia de fractură poate fi:

- a)** Longitudinală
- b)** Laterală
- c)** Transversală
- d)** Angulară
- e)** Oblică

236. În cazul traumatismului osos, radiografia regiunii afectate se efectuează în proiecția:
de față
laterală
de față și laterală
oblică
depinde de localizare

237. Care din următoarele afirmații sunt adevărate:
Calusul osos apare înaintea calusului conjunctiv
Calusul osos apare după calusul conjunctiv
Calusul osos apare vizibil radiologic după 10 zile
Calusul osos apare vizibil radiologic după 21 de zile **36**
Pseudartroza este o etapă normală în procesul de vindecare a fracturii

238. Osteoscleroza este:
Demineralizarea matriței osoase
Creșterea mineralizării matriței osoase

Deformarea osoasă
Rezorbția osoasă
Sechestrarea osoasă

239. Osteodistrucția este:

Demineralizarea matricei osoase
Creșterea mineralizării matricei osoase
Resorbția țesutului osos și înlocuirea acestuia cu țesut fibros
Resorbția țesutului osos și înlocuirea acestuia cu țesut patologic
Afectarea simultană a osului și a articulației

240. Formarea unui sechvestru osos este rezultat al:

- a) osteoporozei
- b) osteolizei
- c) osteodistrucției
- d) osteonecrozei
- e) osteosclerozei

241. Osteoliza poate fi cauzată de:

Proces inflamator
Tumoare
Deregări trofice
Vârsta înaintată
Vârsta mică

242. Lipsa spațiului intraarticular este caracteristică pentru:

- a) artrita
- b) artroza
- c) anchiloza
- d) osteomielita
- e) fractura intraarticulară

243. Eroziunea suprafețelor articulare este caracteristică pentru:

- a) artrita
- b) artroza
- c) anchiloza
- d) osteomielita
- e) fractura intraarticulară

244. Metoda imagistică cea mai informativă în investigația coloanei vertebrale este:

ultrasonografia
tomografia computerizată
radiografia
radioscopia
tomografia lineară

245. Ce poate servi drept punct de reper pentru determinarea localizării rinichilor:

tesuturile moi
coastele
corpurile vertebrale
corpul gastric

ansele intestinale

246. Rinichii sunt situați:

în cavitatea abdominală

în cavitatea toracică

retroperitoneal

în cavitatea peritoneală

in bazinul mic

247. Conturul renal în normă este:

regulat - în formă de curbilini, convexe în afară

neregulat - mamelonat

policiclic

zimțat

șters

248. Care din următoarele afirmații sunt corecte:

polul superior al rinichiului drept este situat mai sus decât cel stâng

polul superior al rinichiului stâng este situat mai sus decât cel drept

polii superiori ai ambilor rinichi sunt situați la același nivel

rinichii sunt situați intraperitoneal

rinichii sunt situați retroperitoneal

249. Axele mari ale rinichilor în normă sunt:

paralele coloanei vertebrale

întersectează una cu alta sub un unghi, deschis în jos

întersectează una cu alta sub un unghi, deschis în sus

paralele cu diafragma

depinde de tipul constituțional

250. Pentru investigarea radiologică a rinichilor se folosesc următoarele metode:

cistografia

tomografia computerizată

urografia intravenoasă

radioscopia

scintigrafia osoasă

251. Pentru investigarea radiologică a ureterelor se folosesc următoarele metode:

cistografia

pielografia retrogradă

urografia intravenoasă

aortografia

CT în regim urografic

252. Pentru investigarea imagistică a vezicii urinare se utilizează următoarele metode:

cistografia

pielografia retrogradă

aortografia

ultrasonografia

radiografia abdominală pe gol

253. Pe clișeu panoramic nativ al bazinului opacitatea vezicii urinare se vizualizează:

foarte rar

totdeauna

niciodată

totdeauna, dar cu o intensitate variabilă
frecvent

254. Ce substanțe de contrast sunt utilizate pentru investigarea radiologică renală:

sulfatul de bariu
produsele de contrast iodate hidrosolubile ionice
produsele de contrast iodate hidrosolubile non-ionice
gazoase
produsele de contrast liposolubile

255. Care din elemente de bază caracterizează opacitatea renală, vizibilă pe cliseul radiologic:

numărul, sediul
structura
contururile
structura, răspândirea
dimensiunile

256. Ce elemente de bază ale sistemului reno-urinar se studiază la urografia intravenoasă:

a) rinichiul
b) ureterul
c) vezica urinară
d) arterele renale
e) uretra

257. În care cazuri din cele enumerate poate avea loc lipsa contrastării unui rinichi la urografia intravenoasă:

modificări ale funcției excretorii
administrarea unei cantități majore a substanței de contrast, cauzând o toxicitate renală
modificări acute de tranzit (sindromul obstructiv)
agenezia renală
proces inflamator

258. Semnele caracteristice pentru distopia renală pelviană includ:

sediul jos al rinichiului
ureter scurt
ureter încovoiat
hidronefroza
ureter alungit

259. Polichistoza renală se caracterizează prin:

mărirea în dimensiuni a rinichiului
micșorarea în volum a rinichiului
dimensiunile rinichiului neschimbate
deformarea rinichiului
sediul atipic al rinichiului

260. Selectați semnele caracteristice nefroptozei:

sediul jos al rinichiului
ureter scurt
ureter încovoiat
hidronefroza

rinichi micșorat în dimensiuni

261. Selectați semnele caracteristice hidronefrozei:

bazinet mărit în volum
bazinet micșorat în volum
calice dilatate
calice spasmate
ureter încovoiat

262. Care din metodele radiologice poate fi utilizată cu scopul aprecierii stării bazinetului și calicelor în cazul unui rinichi mut în hidronefroza:

angiografia
tomografia computerizată
tomografia lineară
radiografia abdominală pe gol
cistografia

263. În ce poziția pacientului se efectuează urografia intravenoasă în caz de suspecție de nefroptoză:

verticală
în decubit lateral
în decubit ventral
în poziția Trendelenburg
în decubit dorsal

264. Metoda cea mai informativă pentru depistarea concremențelor radionegative în căile urinare superioare este:

urografia excretorie
radiografia abdominală pe gol
tomografia liniară
examinarea ultrasonografică
scintigrafia

265. Umbra coastei a XII intersectează rinichiul drept la nivelul:

hilului renal
la hotarul treimii superioare și medii
la hotarul treimii medii și inferioare
coasta a XII trece deasupra rinichiului drept
polului inferior

266. Care din cele enumerate sunt patologii renale congenitale:

hidronefroza
ectopia rinichiului
dedublarea rinichiului
nefroptoza
rinichi în forma de potcoavă

267. Calculul renal poate fi detectat folosind:

radiografia abdominală pe gol
ultrasonografia
tomografia computerizată
scintigrafia renală
uretrografia