

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ И ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 616.31-073

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ
В СТОМАТОЛОГИИ*Н. А. Карлова, М. Г. Бойцова, Я. П. Зорин, Т. Н. Трофимова*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова,
кафедра рентгенологии и медицинской радиологии, Санкт-Петербург, Россия

QUIZZES ON ORAL RADIOLOGY

N. A. Karlova, M. G. Boytsova, Ya. P. Zorin, T. N. Trofimova

Pavlov's St. Petersburg State Medical University, Department of Radiology, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.**1. Рентгеновское излучение — это поток:**

1. Электронов;
2. Квантов;
3. Альфа-частиц;
4. Нейтронов;
5. Пи-мезонов.

2. Рентгеновское излучение возникает в рентгеновской трубке при торможении:

1. Электронов;
2. Протонов;
3. Нейтронов;
4. Позитронов;
5. Альфа-частиц.

3. Интенсивность ионизирующего излучения при увеличении расстояния от источника излучения:

1. Увеличивается прямо пропорционально расстоянию;
2. Уменьшается обратно пропорционально расстоянию;
3. Увеличивается пропорционально квадрату расстояния;
4. Уменьшается обратно пропорционально квадрату расстояния;
5. Не меняется.

4. Когда рентгеновский аппарат выключен, рентгеновское излучение в кабинете:

1. Отсутствует;
2. Исчезает через час после отключения аппарата;
3. Присутствует;
4. Исчезает после проветривания и кварцевания помещения.

5. Когда визиограф выключен, рентгеновское излучение в кабинете:

1. Отсутствует;

2. Исчезает через час после отключения аппарата;

3. Присутствует;

4. Исчезает после проветривания и кварцевания помещения.

6. При проведении традиционной рентгенографии пациент действию ионизирующего излучения:

1. Не подвергается;

2. Подвергается в момент исследования;

3. Подвергается в течение всего времени нахождения в рентгеновском кабинете;

4. Подвергается только при проведении исследований с контрастными препаратами.

7. Для предупреждения медицинского облучения плода на начальных сроках беременности рентгенологические исследования проводят:

1. В первые 10 дней менструального цикла;

2. Во второй половине менструального цикла;

3. После осмотра гинеколога;

4. С письменного согласия пациентки.

8. Защита от излучения рентгеновского аппарата необходима:

1. Круглосуточно;

2. В течение рабочего дня;

3. При включении рентгеновского аппарата;

4. При выполнении снимка.

9. Врач-стоматолог (врач-рентгенолог) обязан отказаться от проведения рентгенологического исследования, если:

1. Исследование не может дать дополнительную информацию;

2. Информацию можно получить методами, не связанными с применением ионизирующего излучения;

3. Информацию можно получить более дешевыми методами;

4. Рентгенологическое исследование уже проводилось в течение последнего месяца;
5. Рентгенологическое исследование уже проводилось в течение последней недели.
- 10. Томографией называется:**
1. Послойное изображение анатомического объекта;
 2. Суммационное изображение анатомического объекта;
 3. Исследование с применением искусственного контрастирования.
- 11. Рентгенограмма представляет собой:**
1. Проекцию области исследования на плоскость;
 2. Поперечный срез части области исследования;
 3. Продольный срез части области исследования;
 4. Объемную реконструкцию области исследования.
- 12. Затемнением на негативном изображении в рентгенологии называют:**
1. Темный участок пленки;
 2. Светлый участок пленки.
- 13. Затемнением на позитивном изображении в рентгенологии называют:**
1. Темный участок пленки;
 2. Светлый участок пленки.
- 14. Изображение, получаемое на рентгеновской пленке:**
1. Позитивное;
 2. Негативное;
 3. Световое;
 4. Флюоресцирующее.
- 15. После получения аналоговых изображений изменять их яркость и интенсивность:**
1. Можно;
 2. Можно с использованием специальной программы;
 3. Нельзя.
- 16. Прямое увеличение рентгеновского изображения достигается увеличением:**
1. Расстояния фокус-объект;
 2. Расстояния фокус-пленка;
 3. Расстояния объект-пленка;
 4. Размеров фокусного пятна.
- 17. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена:**
1. В полости рта неподвижно;
 2. Вне полости рта неподвижно;
 3. Вне полости рта подвижно;
 4. Любым образом;
 5. В полости рта подвижно.
- 18. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена:**
1. В полости рта неподвижно;
 2. В полости рта подвижно;
 3. Вне полости рта неподвижно;
 4. Вне полости рта подвижно;
 5. Любым образом.

19. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии:

1. 50 см;
2. 1 м;
3. 1,5 м;
4. 2,3 м;
5. 4,5 м.

20. Полученное при КТ изображение является:

1. Аналоговым;
2. Цифровым реконструированным;
3. Фотоотпечатком;
4. Аналого-цифровым.

21. При проведении КТ пациент действию ионизирующего излучения:

1. Не подвергается;
2. Подвергается в течение всего исследования;
3. Подвергается в течение всего времени нахождения в кабинете КТ;
4. Подвергается только при проведении исследований с контрастными препаратами.

22. Плотность по шкале Хаунсфилда определяют при:

1. РКТ;
2. МРТ;
3. Рентгенографии;
4. Рентгеновской денситометрии;
5. УЗИ.

23. По шкале Хаунсфилда за нулевую отметку принята плотность:

1. Воды;
2. Воздуха;
3. Кортикального слоя кости;
4. Железа.

24. Ультразвук представляет собой:

1. Инфракрасное излучение;
2. Электромагнитное излучение;
3. Механические колебания среды;
4. Поток фотонов.

25. Допплеровское ультразвуковое исследование позволяет изучить:

1. Кровоток;
2. Структуру органа;
3. Функцию органа.

26. В режиме цветовой доплерографии в красный цвет окрашивается изображение:

1. Крови;
2. Крови, движущейся по направлению к датчику;
3. Любой жидкости;
4. Воздуха;
5. Участка гипертермии.

27. Термин «акустическое окно» означает:

1. Контактную часть ультразвукового датчика;
2. Часть тела, где нет затрудняющих исследование скоплений газов и костей;
3. Прослойку из звукопроводимого геля;
4. Ограниченную часть видеомонитора.

28. Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:

1. Структуре;
2. Акустической плотности;
3. Скорости распространения ультразвука;
4. Упругости.

29. Называются эхонегативными структуры, которые:

1. Хорошо проводят ультразвуковые колебания;
2. Дают слабый акустический сигнал;
3. Не дают акустического сигнала;
4. Дают сильный акустический сигнал.

30. Изоэхогенными называются структуры:

1. Дающие на экране черное изображение;
2. Сильно отражающие ультразвук;
3. Увеличивающие силу тока;
4. Не отличающиеся или слабо отличающиеся по акустическим свойствам от окружающих тканей.

31. При проведении УЗИ для обозначения яркости образования пользуются терминами:

1. Затемнение, просветление;
2. Гипоэхогенное, гиперэхогенное;
3. Гипоинтенсивное, гиперинтенсивное;
4. Гиподенсное, гиперденсное;
5. Холодный очаг, горячий очаг.

32. Лучевая нагрузка при магнитно-резонансной томографии:

1. Высокая;
2. Низкая;
3. Отсутствует.

33. Анатомические области с малым количеством протонов (например, воздух или компактная костная ткань) всегда индуцируют очень слабый МР-сигнал и, следовательно, представляются на изображении:

1. Темными (гипоинтенсивными);
2. Светлыми (гиперинтенсивными).

34. При проведении МРТ для обозначения яркости образования пользуются терминами:

1. Затемнение, просветление;
2. Гипоэхогенное, гиперэхогенное;
3. Гипоинтенсивное, гиперинтенсивное;
4. Гиподенсное, гиперденсное;
5. Холодный очаг, горячий очаг.

35. Контрастность изображения на МР-томограммах определяется различиями:

1. В магнитных свойствах тканей;
2. Удельном весе тканей;
3. Акустической плотности тканей;
4. Температуре.

36. При проведении МРТ пациент действию ионизирующего излучения:

1. Не подвергается;
2. Подвергается в момент исследования;
3. Подвергается в течение всего времени нахождения в рентгеновском кабинете;
4. Подвергается только при проведении исследований с контрастными препаратами.

37. При проведении КТ для обозначения яркости образования пользуются терминами:

1. Затемнение, просветление;
2. Гипоэхогенное, гиперэхогенное;
3. Гипоинтенсивное, гиперинтенсивное;
4. Гиподенсное, гиперденсное;
5. Холодный очаг, горячий очаг.

38. При проведении традиционного рентгенологического исследования для обозначения яркости образования пользуются терминами:

1. Затемнение, просветление;
2. Гипоэхогенное, гиперэхогенное;
3. Гипоинтенсивное, гиперинтенсивное;
4. Гиподенсное, гиперденсное;
5. Холодный очаг, горячий очаг.

39. При проведении исследования на визиографе для обозначения яркости образования пользуются терминами:

1. Затемнение, просветление;
2. Гипоэхогенное, гиперэхогенное;
3. Гипоинтенсивное, гиперинтенсивное;
4. Гиподенсное, гиперденсное;
5. Холодный очаг, горячий очаг.

40. Анализ рентгенограммы начинают с определения:

1. Используемой методики;
2. Объекта исследования;
3. Необходимости дополнительных исследований;
4. Анализа зубов;
5. Анализа костной ткани;
6. Патологических изменений.

41. Для определения объекта исследования на прицельной рентгенограмме оценивают трабекулярный рисунок кости. В верхней челюсти трабекулы направлены преимущественно:

1. Вертикально;
2. Горизонтально;
3. Косо.

42. Для определения объекта исследования оценивают трабекулярный рисунок кости. В нижней челюсти трабекулы направлены преимущественно:

1. Вертикально;
2. Горизонтально;
3. Косо.

43. Рентгеновская суставная щель — это пространство между:

1. Суставными хрящами;
2. Замыкающими пластинками суставных отделов костей;
3. Ростковыми хрящами.

44. Анатомическим субстратом рентгеновской суставной щели является:

1. Костная ткань;
2. Хрящевая ткань;
3. Соединительная ткань;

45. Путь введения контрастного вещества при проведении фистулографии:

1. Внутрисосудистый;

2. В полость сустава;
 3. В свищевой ход.
- 46. Нижняя челюсть относится к костям:**
1. Длинным трубчатым;
 2. Коротким трубчатым;
 3. Губчатым;
 4. Плоским;
 5. Смешанным.
- 47. Верхняя челюсть относится к костям:**
1. Длинным трубчатым;
 2. Коротким трубчатым;
 3. Губчатым;
 4. Плоским;
 5. Смешанным.
- 48. Кости основания черепа относятся к костям:**
1. Длинным трубчатым;
 2. Коротким трубчатым;
 3. Губчатым;
 4. Плоским;
 5. Смешанным.
- 49. При нормальных физиологических условиях надкостница на рентгенограмме:**
1. Не видна;
 2. Видна отчетливо.
- 50. При нормальных физиологических условиях мышечная ткань на рентгенограмме:**
1. Не видна;
 2. Видна отчетливо.
- 51. При нормальных физиологических условиях хрящи на рентгенограмме:**
1. Не видны;
 2. Видны отчетливо.
- 52. Переход от хрящевого скелета к костному завершается к:**
1. 10 годам;
 2. 15 годам;
 3. 20 годам;
 4. 25 годам;
 5. 30 годам.
- 53. Прямым рентгенологическим признаком перелома является:**
1. Смещение костных отломков;
 2. Деформация кости;
 3. Деструкция кости.
- 54. Для ранней диагностики остеопороза применяют:**
1. Традиционную рентгенографию;
 2. Рентгеновскую томографию;
 3. Компьютерную рентгеновскую томографию;
 4. УЗИ;
 5. Денситометрию.
- 55. О направлении смещения при переломе судят по отломку:**
1. Дистальному;
 2. Проксимальному.
- 56. При вывихе смещенной считается кость, расположенная:**
1. Дистально;
 2. Проксимально.
- 57. Первые включения солей кальция в костной мозоли определяются после травмы через:**
1. 2 недели;
 2. 3 недели;
 3. 1 месяц;
 4. 2 месяца;
 5. 3 месяца.
- 58. Выявить поднадкостничную гематому позволяет:**
1. УЗИ;
 2. Допплерография;
 3. Рентгеноскопия;
 4. Рентгенография;
 5. Рентгеновская томография.
- 59. Полное несоответствие суставных концов костей называется:**
1. Перелом;
 2. Вывих;
 3. Подвывих;
 4. Ложный сустав;
 5. Анкилоз.
- 60. Клиновидная форма суставной щели характерна для:**
1. Вывиха;
 2. Подвывиха;
 3. Остеомиелита;
 4. Костного туберкулеза;
 5. Костного анкилоза.
- 61. Разрушение костных балок и замещение их грануляционными или опухолевыми тканями называется:**
1. Костная атрофия;
 2. Остеопороз;
 3. Остеонекроз;
 4. Остеолиз;
 5. Остеодеструкция.
- 62. Уменьшение количества костных балок в единице объема кости называется:**
1. Остеосклероз;
 2. Остеопороз;
 3. Костная атрофия;
 4. Гиперостоз;
 5. Остеодеструкция.
- 63. Увеличение количества костного вещества в единице объема называется:**
1. Остеопороз;
 2. Остеосклероз;
 3. Периостит;
 4. Костная атрофия;
 5. Гиперостоз.
- 64. Проекция, оптимальная для выявления перелома скуловой дуги и определения смещения отломков:**
1. Носолюбная;
 2. Носоподбородочная;
 3. Аксиальная;
 4. Боковая.

65. При остеомиелите в большинстве случаев поражается:

1. Нижняя челюсть;
2. Верхняя челюсть.

66. Наиболее информативным методом рентгенологического обследования для оценки качества пломбирования корневых каналов зубов верхней и нижней челюсти является:

1. Дентальная рентгенография;
2. Панорамная рентгенография;
3. Ортопантомография;
4. Телерентгенография;
5. Рентгенокинематография.

67. Методом рентгенодиагностики, дающим исчерпывающую информацию о состоянии тканей пародонта, является:

1. Дентальная рентгенография;
2. Панорамная рентгенография;
3. Ортопантомография;
4. Телерентгенография;
5. Рентгенокинематография.

68. Для диагностики генерализованной формы пародонтоза целесообразно применять рентгенографию:

1. Внутриротовую контактную;
2. Ортопантомографию;
3. Нижней челюсти в боковой проекции;
4. Обзорную черепа в прямой проекции.

69. Оптимальная методика выявления множественных переломов нижней челюсти:

1. Обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции;
2. Ортопантомография;
3. Внутриротовая контактная рентгенография;
4. Панорамная рентгенография.

70. Оптимальная методика выявления множественных переломов нижней челюсти:

1. Обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции;
2. Ортопантомография;
3. Внутриротовая контактная рентгенография;
4. Панорамная рентгенография;
5. РКТ.

71. Предпочтительная методика выявления сочетанных травм лицевого скелета:

1. Обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции;
2. Ортопантомография;
3. Внутриротовая контактная рентгенография;
4. Панорамная рентгенография;
5. КТ;
6. МРТ;
7. УЗИ.

72. Для выявления возможности прохождения корневых каналов 26 зуба целесообразно использовать следующий метод рентгенодиагностики:

1. Дентальная рентгенография;
2. Панорамная рентгенография;

3. Ортопантомография;
4. Телерентгенография;
5. Рентгенокинематография.

73. Наиболее информативный метод рентгенодиагностики для выявления соотношения рядов зубных рядов верхней и нижней челюстей:

1. Дентальная рентгенография;
2. Панорамная рентгенография;
3. Ортопантомография;
4. Телерентгенография;
5. Рентгенокинематография.

74. В комплект радиовизиографа не входит:

1. Дентальный рентгенодиагностический аппарат;
2. Рентгеновская пленка;
3. Монитор;
4. Сенсор.

75. Предпочтительная методика исследования слюнных желез и мягких тканей лица:

1. Обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции;
2. Ортопантомография;
3. Внутриротовая контактная рентгенография;
4. Панорамная рентгенография;
5. РКТ;
6. МРТ;
7. УЗИ.

76. Внутриротовые рентгенограммы получают на:

1. Дентальных пленках, помещенных в защитный футляр;
2. Кассетах с усиливающим экраном.

77. Предпочтительная методика изучения состояния периапикальных тканей зубов верхней и нижней челюсти:

1. Дентальная рентгенография;
2. Панорамная рентгенография;
3. Ортопантомография;
4. Телерентгенография;
5. Рентгенокинематография.

78. Предпочтительная методика рентгенодиагностики для выявления положения верхней челюсти по отношению к основанию черепа:

1. Дентальная рентгенография;
2. Панорамная рентгенография;
3. Ортопантомография;
4. Телерентгенография;
5. Рентгенокинематография.

79. Предпочтительная методика рентгенодиагностики для изучения элементов височно-нижнечелюстного сустава:

1. Панорамная рентгенография;
2. Ортопантомография;
3. Телерентгенография;
4. Рентгенокинематография;
5. Томография височно-нижнечелюстного сустава.

80. У верхушки кариозного зуба выявлен очаг деструкции с нечеткими, неровными контурами

диаметром 0,3 см. Компактная пластинка лунки у верхушки корня не дифференцируется. Лучевая картина характерна для:

1. Хронического пульпита;
2. Хронического гранулематозного периодонтита;
3. Хронического гранулирующего периодонтита;
4. Зоны роста.

81. Рентгенологические изменения в краевых отделах межальвеолярных перегородок в большинстве случаев отсутствуют при:

1. Гингивите;
2. Пародонтите;
3. Пародонтозе;
4. Пародонтолизе;
5. Пародонтоме.

82. При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов следует обратить внимание на:

1. Наличие резервных сил пародонта;
2. Оценку опорных свойств протезного ложа;
3. Наличие корней;
4. Возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам.

83. Косвенный рентгенологический признак пульпита:

1. Глубокая кариозная полость;
2. Снижение высоты межзубной костной перегородки;
3. Нарушение целостности кортикальной пластинки лунки у верхушки зуба;
4. Изменение формы зуба.

84. Для несовершенного дентиногенеза характерно:

1. Расширение полостей зубов и корневых каналов;
2. Облитерация полостей зубов и прогрессирующее стирание коронок зубов;
3. Предрасположенность к множественному кариесу;
4. Патология прикуса и задержка прорезывания постоянных зубов.

85. Ширина периодонтальной щели у взрослых в норме составляет:

1. 0,05—0,15 мм;
2. 0,15—0,25 мм;
3. 0,25—0,35 мм;
4. 0,35—0,45 мм.

86. Оценка состояния вестибулярной и оральной компактных пластин нижней челюсти проводится на рентгенограмме:

1. Лицевого скелета в подбородочно-носовой проекции;
2. Интраоральной в аксиальной проекции;
3. Окклюзионной в аксиальной проекции;
4. Интерпроксимальной.

87. Оценка состояния зуба и периапикальных тканей проводится на рентгенограмме:

1. Интраоральной периапикальной;

2. Интерпроксимальной;
3. Окклюзионной;
4. Экстраоральной в боковой проекции.

88. Выявленный при рентгенографии дефект эмали и дентина с неровными контурами — признак:

1. Злокачественной опухоли;
2. Доброкачественной опухоли;
3. Кариеса;
4. Пульпита;
5. Остеомиелита;
6. Периодонтита.

89. Кариозная полость, располагающаяся только в пределах эмали и занимающая не более половины ширины ее слоя, имеет глубину:

1. C1;
2. C2;
3. C3;
4. C4;
5. C5.

90. Кариес, поражающий слой эмали более чем на половину ширины, но не достигающий до эмалево-дентинной границы, имеет глубину:

1. C1;
2. C2;
3. C3;
4. C4;
5. C5.

91. Кариес эмали и дентина, при котором дефект занимает менее половины слоя твердых тканей до полости зуба, имеет глубину:

1. C1;
2. C2;
3. C3;
4. C4;
5. C5.

92. Кариес эмали и дентина, при котором дефект занимает более половины его ширины, но не сообщается с полостью зуба:

1. C1;
2. C2;
3. C3;
4. C4;
5. C5.

93. Кариозный дефект, проникающий в полость зуба, имеет глубину:

1. C1;
2. C2;
3. C3;
4. C4;
5. C5.

94. Образование однородной структуры с четкими ровными контурами правильной округлой или овальной формы, расположенное в пульпе коронки или корня, имеющее плотность дентина, это:

1. Киста;
2. Дентикль;
3. Гранулема;

4. Доброкачественная опухоль.

95. Неравномерное умеренное расширение периодонтальной щели в области верхушки корня зуба и неравномерное утолщение кортикальной пластинки лунки зуба характерны для:

1. Хронического фиброзного периодонтита;
2. Хронического гранулирующего периодонтита;
3. Хронического гранулематозного периодонтита;
4. Острого периодонтита.

96. Дефект костной ткани в области верхушки зуба с неровными нечеткими контурами в виде «языков пламени», укорочение корня за счет резорбции цемента в области верхушки характерны для:

1. Хронического фиброзного периодонтита;
2. Хронического гранулирующего периодонтита;
3. Хронического гранулематозного периодонтита;
4. Острого периодонтита.

97. Четко отграниченное просветление в области верхушки пораженного зуба округлой или продолговатой формы, размерами 5 мм характерно для:

1. Хронического фиброзного периодонтита;
2. Хронического гранулирующего периодонтита;
3. Хронического гранулематозного периодонтита;
4. Радикулярной кисты;
5. Острого периодонтита.

98. Четко отграниченное просветление в области верхушки пораженного зуба округлой или продолговатой формы, размерами 11 мм, характерно для:

1. Хронического фиброзного периодонтита;
2. Хронического гранулирующего периодонтита;
3. Хронического гранулематозного периодонтита;
4. Радикулярной кисты;
5. Острого периодонтита.

99. Обязательным рентгенологическим признаком острого и хронического остеомиелита челюсти является:

1. Деструкция;
2. Секвестрация;
3. Утолщение надкостницы;
4. Периостит;
5. Остеосклероз;
6. Остеопороз.

100. Четко отграниченное просветление в области верхушки пораженного зуба округлой или продолговатой формы, размерами 5 мм характерно для:

1. Хронического фиброзного периодонтита;
2. Хронического гранулирующего периодонтита;
3. Хронического гранулематозного периодонтита;
4. Радикулярной кисты;
5. Острого периодонтита.

101. Равномерное генерализованное снижение высоты альвеолярных гребней с сохранением целостности и структуры кортикальной замыкающей пластинки характерно для:

1. Пародонтоза;

2. Периодонтита;

3. Остеомиелита;

4. Пародонтита.

102. На рентгенограмме фолликул зуба до минерализации выглядит как:

1. Просветление округлой формы с четкими контурами;
2. Зона разряжения костной структуры с нечеткой формой.

103. После удаления зуба просвет лунки, ее очертания перестают определяться на рентгенограмме через:

1. 4–6 недель;
2. 7–10 недель;
3. 12–16 недель;
4. 6 месяцев.

104. Остеотропные материалы Bio-oss, Bio-gran, Cerasorb являются:

1. Рентгеноконтрастными;
2. Рентгенонегативными.

105. Атрофия костной ткани альвеолы изменяется относительно величины:

1. Межалвеолярной высоты;
2. Клинической коронки зуба;
3. Длины корня зуба.

106. Наиболее информативным методом диагностики переломов костей, образующих височно-нижнечелюстной сустав, является:

1. Прицельная рентгенография по Шюллеру;
2. Ортопантомография;
3. Зонграфия;
4. Компьютерная томография;
5. Магнитно-резонансная томография.

107. Если при переломе челюсти линия перелома доходит до зубной лунки, то такой перелом считается:

1. Оскольчатый;
2. Открытым;
3. Неполным;
4. Полным.

108. Состояние придаточных пазух носа оценивают на рентгенограмме лицевого черепа в проекции:

1. Носоподбородочной;
2. Носолобной;
3. Аксиальной;
4. Боковой.

109. Предпочтительная методика изучения придаточных пазух носа:

1. Обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции;
2. Ортопантомография;
3. Панорамная рентгенография;
4. КТ;
5. МРТ;
6. УЗИ;
7. Рентгенография лицевого черепа в носоподбородочной проекции.

110. Предпочтительная проекция для изучения состояния костей лицевого черепа:

1. Прямая передняя;
2. Прямая задняя;
3. Носоподбородочная;
4. Боковая.

111. Основным рентгенологическим признаком кисты пазухи является:

1. Полициклическая тень на фоне пазухи;
2. Полукруглая тень на широком основании;
3. Округлый дефект пазухи;
4. Овальной формы пристеночное уплотнение;
5. Образование веретенообразной формы.

112. Наиболее быстрая динамика рентгенологической картины отека слизистой оболочки верхнечелюстных пазух наблюдается при:

1. Вазомоторной риносинусопатии;
2. Остром гайморите;
3. Подостром гайморите;
4. Обострении хронического гайморита.

113. Увеличение объема верхнечелюстной пазухи наблюдается при:

1. Кисте;
2. Гайморите;
3. Полипозе;
4. Злокачественной опухоли.

114. Наиболее достоверным признаком злокачественной опухоли пазухи является:

1. Затемнение пазухи;
2. Изменение величины и формы пазухи;
3. Дополнительная тень на фоне пазухи;
4. Костная деструкция.

115. Наиболее частой локализацией остеом черепа является:

1. Лобная пазуха;
2. Клетки решетчатого лабиринта;
3. Верхнечелюстная пазуха;
4. Нижняя челюсть;
5. Верхняя челюсть;
6. Скуловая кость.

116. Показание к проведению лучевого исследования для выявления «ложного» сустава нижней челюсти во фронтальном участке:

1. Несинхронные движения суставных головок височно-нижнечелюстного сустава;
2. Резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами;
3. Смещение отломков в вертикальном направлении;
4. Подвижность обломков, определяющаяся при пальпаторном обследовании.

117. Линия перелома проходит через альвеолярные отростки, бугры верхней челюсти и нижние отделы крыловидных отростков клиновидной кости. Тип перелома:

1. Лефор I;
2. Лефор II;
3. Лефор III;

4. Лефор IV.

118. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в центральном отделе (вертикальный перелом):

1. Отломки находятся в состоянии «уравновешивания»;
2. Незначительное смещение отломков;
3. Незначительное нарушение прикуса;
4. Смещение отломков под действием сократившихся мышц.

119. Характер смещения отломков нижней челюсти при переломе в области угла (перелом поперечный, идет косо кнутри и вперед):

1. Резкое смещение малого отростка внутрь;
2. Резкое смещение малого отростка вверх;
3. Резкое смещение малого отростка впереди

120. Показание к назначению рентгенологического исследования и подозрению на перелом нижней челюсти:

1. Нарушение прикуса при сомкнутых челюстях по типу ступеньки;
2. Невозможность закрыть рот;
3. Глубокое перекрытие нижних зубов верхними зубами;
4. Дистальный сдвиг нижней челюсти;
5. Невозможность сомкнуть губы.

121. При вывихе височно-нижнечелюстного сустава головка по отношению к суставному бугорку располагается:

1. У верхушки ската;
2. У переднего ската;
3. У заднего ската;
4. Без смещения.

122. Для хронических артритов височно-нижнечелюстного сустава характерно:

1. Расширение суставной щели;
2. Сужение суставной щели;
3. Нечеткость контуров суставной головки;
4. Деформация костных элементов сустава.

123. Для артрозов височно-нижнечелюстного сустава характерно:

1. Деструкция суставных концов;
2. Отсутствие суставной щели;
3. Расширение суставной щели;
4. Изменение формы костных элементов сустава.

124. Определить взаимное расположение головки, диска и ската суставного бугорка верхней челюсти позволяет:

1. Компьютерная томография;
2. Телерентгенография;
3. Реография ВНЧС;
4. Окклюзиография.

125. Нормальные размеры лимфатических узлов шеи, как правило, не превышают:

1. 5 мм;
2. 10 мм;
3. 15 мм;
4. 20 мм.

126. Нормальное соотношение размеров лимфатических узлов (длина×ширина):

1. 1×1;
2. не менее 1,5×1;
3. не менее 2×1.

127. Нормальное соотношение размеров структур лимфатического узла (отношение толщины кортикального слоя к толщине мозгового вещества):

1. 0,5;
2. 1;
3. 1,5;
4. 2.

128. При нормальных условиях кортикальное вещество лимфатического узла при ультразвуковом исследовании определяется как структура:

1. Анэхогенная;
2. Гипоэхогенная;
3. Средней эхогенности;
4. Гиперэхогенная;
5. Изоэхогенная окружающим тканям

129. При ультразвуковом исследовании сиало-литиаз проявляется симптомами:

1. Гиперэхогенное образование с дистальной акустической тенью;
2. Расширение выводных протоков;
3. Признаки отека ткани железы;
4. Все перечисленное.

130. Отек ткани лимфатического узла проявляется как:

1. Неравномерное повышение эхогенности;
2. Неоднородность структуры;
3. Повышение васкуляризации;
4. Общее снижение эхогенности;
5. Нечеткость наружных контуров.

131. Заключение о наличии «лимфаденопатии» выносится при выявлении:

1. Увеличения лимфатических узлов;
2. Нарушения соотношения размеров узлов;
3. Нарушения структуры узлов;
4. Изменения контуров узлов;
5. Любого из вышеуказанных симптомов.

132. Острый лимфаденит проявляется наиболее часто как:

1. Увеличение размеров узлов с нарушением дифференцировки их структуры, повышением васкуляризации и тенденцией их к слиянию в конгломерат;
2. Увеличение размеров узлов с истончением кортикального слоя и нечеткостью наружных контуров;
3. Увеличение размеров узлов с относительным увеличением толщины кортикального слоя, общим понижением эхогенности и повышением васкуляризации;
4. Увеличение размеров узлов с общим неравномерным повышением эхогенности и значительным усилением васкуляризации.

133. Поражение шейных лимфатических узлов при болезни Ходжкина при ультразвуковом исследовании проявляется как увеличение размеров узлов:

1. С нарушением дифференцировки их структуры, повышением васкуляризации и тенденцией их к слиянию в конгломерат;
2. С отсутствием визуализации мозгового вещества, нарушением соотношения размеров и повышением васкуляризации;
3. С относительным увеличением толщины кортикального слоя, общим понижением эхогенности и повышением васкуляризации;
4. С общим значительным повышением эхогенности, кистозными включениями в ткани узлов и резко сниженной васкуляризацией.

134. Метастатическое поражение шейных лимфатических узлов при ультразвуковом исследовании наиболее часто проявляется как:

1. Изолированное поражение одного узла при неизменных окружающих группах узлов;
2. Поражение отдельной группы лимфатических узлов при неизменных смежных группах лимфатических узлов;
3. Поражение более чем одной группы лимфатических узлов;
4. Поражение всех групп шейных лимфатических узлов.

135. При нормальных условиях при ультразвуковом исследовании визуализируются слюнные железы:

1. Только околоушные;
2. Только околоушные и подчелюстные;
3. Только околоушные, подчелюстные и подъязычные;
4. Околоушные, подчелюстные, подъязычные и мелкие железы в слизистой оболочке полости рта.

136. При нормальных условиях ткань слюнной железы при ультразвуковом исследовании определяется как структура:

1. Анэхогенная;
2. Гипоэхогенная;
3. Средней эхогенности;
4. Гиперэхогенная;
5. Изоэхогенная окружающим тканям

137. При нормальных условиях выводной проток подчелюстной слюнной железы:

1. Виден на всем протяжении как трубчатая структура толщиной не более 3 мм;
2. Виден фрагментарно, в виде мелких извитых трубчатых структур в толще железы;
3. Виден только за пределами железы, в мягких тканях подчелюстной области;
4. Не визуализируется.

138. При нормальных условиях капсула слюнных желез при ультразвуковом исследовании:

1. Не визуализируется;
2. Визуализируется не отдельных участках;

3. Определяется как отчетливая гиперэхогенная структура по контуру железы.

139. Отек ткани слюнной железы определяется как:

1. Общее равномерное понижение эхогенности;
2. Общее умеренное понижение эхогенности с более гипоэхогенными «прослойками» создающими неоднородность структуры;
3. Общее равномерное повышение эхогенности;
4. Значительное повышение васкуляризации во всех отделах железы.

140. Классическими признаками камня в протоке слюнной железы являются:

1. Гиперэхогенное образование с дистальной акустической тенью;
2. Гиперэхогенное образование без дистальных акустических эффектов;
3. Анэхогенное образование с дистальным псевдоусилением сигнала;
4. Изоэхогенное образование на фоне расширенного протока

141. Повышение васкуляризации слюнной железы позволяет сделать вывод о:

1. Воспалительном процессе;
2. Сиалолитиазе;
3. Доброкачественной опухоли;
4. Злокачественном поражении;
5. Не позволяет сделать вывод о конкретной патологии.

142. Наиболее часто аденома слюнной железы при ультразвуковом исследовании определяется как:

1. Одиночный гипоэхогенный очаг с четкими ровными контурами, однородной структуры;
2. Одиночный гипоэхогенный очаг с четкими бугристыми контурами;
3. Множественные очаги различной эхогенности;
4. Диффузное увеличение слюнной железы.

143. Наиболее часто карцинома слюнной железы при ультразвуковом исследовании определяется как:

1. Одиночный гипоэхогенный очаг с четкими ровными контурами, однородной структуры;
2. Одиночный гипоэхогенный очаг с бугристыми контурами неоднородной структуры;
3. Множественные очаги различной эхогенности;
4. Диффузное увеличение слюнной железы.

144. При выявлении очагового поражения слюнной железы дальнейшая тактика обследования:

1. КТ с контрастированием;
2. Динамическое ультразвуковое наблюдение;
3. Сиалография;
4. МРТ и биопсия;
5. Сцинтиграфия области шеи.

145. При оценке качества эндодонтического лечения при пломбировании зуба рентгеноконтрастными материалами оценивают:

1. Форму полости и ее контуры;
2. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости), нависание пломбы;
3. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости);
4. Форму корневого канала;
5. Длину корневого канала.

146. При оценке качества эндодонтического лечения при пломбировании зуба рентгеноггативными материалами оценивают:

1. Форму полости и ее контуры;
2. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости), нависание пломбы;
3. Форму полости и качество пломбы (однородность, плотность прилегания к стенкам полости);
4. Форму корневого канала;
5. Длину корневого канала.

147. Для определения длины корневого канала, степени его проходимости, искривления канала проводится рентгенография:

1. С введением в просвет канала эндодонтического инструмента;
2. Без введения в просвет канала эндодонтического инструмента.

148. Для динамического наблюдения после стоматологической имплантации применяется:

1. Магнитно-резонансная томография;
2. Мультиспиральная компьютерная томография;
3. Ортопантомография;
4. Радиовизиография;
5. Конусно-лучевая компьютерная томография.

149. Обязательное лучевое исследование перед проведением стоматологической имплантации:

1. Ортопантомография;
2. Радиовизиография;
3. Мультиспиральная или конусно-лучевая компьютерная томография;
4. Магнитно-резонансная томография;
5. Ультразвуковое исследование;
6. Панорамная рентгенография с прямым увеличением изображения.

150. Инволютивные изменения зубов на рентгенограммах определяются следующим образом:

1. Уменьшение корневой части полости зуба, исчезновение изображения просвета корневого канала, остеопороз;
2. Резорбция корней;
3. Увеличение корневой части полости зуба, остеосклероз.

Эталоны ответов

№ тестового задания	Ответ								
1	2	31	2	61	5	91	3	121	2
2	1	32	3	62	2	92	4	122	2
3	4	33	1	63	5	93	5	123	4
4	1	34	3	64	3	94	2	124	1
5	1	35	1	65	1	95	1	125	2
6	4	36	1	66	1	96	2	126	2
7	1	37	4	67	1	97	3	127	1
8	4	38	1	68	2	98	4	128	2
9	2	39	1	69	2	99	1	129	4
10	1	40	1	70	5	100	2	130	4
11	1	41	1	71	5	101	1	131	5
12	2	42	2	72	1	102	1	132	3
13	1	43	2	73	3	103	3	133	2
14	2	44	2	74	2	104	1	134	3
15	3	45	3	75	7	105	3	135	3
16	2	46	5	76	1	106	2	136	3
17	2	47	5	77	1	107	2	137	4
18	4	48	5	78	4	108	1	138	1
19	3	49	1	79	5	109	4	139	2
20	2	50	1	80	3	110	4	140	1
21	2	51	1	81	1	111	2	141	5
22	1	52	3	82	3	112	1	142	1
23	1	53	1	83	1	113	1	143	2
24	3	54	5	84	2	114	4	144	4
25	1	55	1	85	3	115	1	145	2
26	2	56	1	86	3	116	4	146	1
27	2	57	2	87	1	117	1	147	1
28	2	58	1	88	3	118	4	148	3
29	3	59	2	89	1	119	1	149	3
30	4	60	2	90	2	120	1	150	1

Подписные индексы:

Агентство «Роспечать» 57991

Объединенный каталог «Пресса России» 42177