

1. МЕДИЦИНСКАЯ РАДИОЛОГИЯ - НАУКА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИЗЛУЧЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ. ЕЕ ОСНОВНЫМИ РАЗДЕЛАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) распознавание болезней (лучевая диагностика)
- 2) лечение болезней (лучевая терапия)
- 3) массовые проверочные исследования для выявления скрыто протекающих заболеваний (лучевой скрининг)
- 4) все перечисленное в целом

2. КАКАЯ ТКАНЬ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ИОНИЗИРУЮЩЕМУ ИЗЛУЧЕНИЮ:

- 1) мышечная ткань
- 2) миокард
- 3) эпителиальная ткань
- 4) кроветворная ткань

3. В НАПРАВЛЕНИИ НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УКАЗЫВАЮТ:

- 1) паспортные данные
- 2) возраст на момент исследования
- 3) область, подлежащую исследованию
- 4) предположительный диагноз или клинический синдром, послуживший поводом для направления на рентгенологическое исследование
- 5) все перечисленное

4. ДАТЬ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ "РЕНТГЕНОГРАФИЯ":

- 1) объемное изображение органов грудной клетки на рентгеновской пленке;
- 2) плоскостное изображение органов и систем на рентгеновской пленке;
- 3) изображение органов и систем на термобумаге;
- 4) плоскостное отображение костей лицевого скелета на рентгеновской пленке в прямой и боковой проекции;
- 5) изображение органов и систем на экране монитора в «реальном времени»;

5. РАЗВИТИЕ РЕНТГЕНОЛОГИИ СВЯЗАНО С ИМЕНЕМ В. РЕНТГЕНА, КОТОРЫЙ ОТКРЫЛ ИЗЛУЧЕНИЕ, НАЗВАННОЕ ВПОСЛЕДСТВИИ ЕГО ИМЕНЕМ:

- 1) в 1890 году
- 2) в 1895 году
- 3) в 1900 году

6. ОБЛАСТЬ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ЛЕЖИТ МЕЖДУ:

- 1) радиоволнами и магнитным полем
- 2) инфракрасным и ультрафиолетовым излучениями
- 3) ультрафиолетовым излучением и гамма излучением

7. ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОСКОПИИ ОПРАВДАНО В СЛУЧАЕ:

- 1) профилактический осмотр
- 2) проведение трансплевральной пункции
- 3) первичный осмотр больного в стационаре
- 4) диагностическое исследование

8. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЦИФРОВОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ (РАДИОВИЗИОГРАФИИ) ПЕРЕД ОБЫЧНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) уменьшение лучевой нагрузки на пациента
- 2) отсутствие фотопроцесса и снижение потребности в рентгеновской пленке
- 3) простота архивирования изображений
- 4) вышеперечисленные факторы

9. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ПРЯМОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ДОСТИГАЕТСЯ:

- 1) увеличением расстояния фокус - объект
- 2) увеличением расстояния фокус - пленка
- 3) увеличением размеров фокусного пятна
- 4) увеличением расстояния объект – пленка

10. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВРАЧ-РЕНТЕНОЛОГ ОБЯЗАН ОБЕСПЕЧИТЬ РАДИАЦИОННУЮ БЕЗОПАСНОСТЬ:

- 1) персонала рентгеновского кабинета
- 2) обследуемых пациентов
- 3) других сотрудников учреждения, пребывающих в сфере воздействия излучения
- 4) рентгеновского аппарата
- 5) правильно 1) и 2)
- 6) правильно 1), 2) и 3)

11. К ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) томография
- 2) рентгенография
- 3) флюорография
- 4) рентгеноскопия
- 5) рентгенокимография

12. К МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) рентгенография
- 2) рентгеновская компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) ультразвуковое исследование
- 5) электрокардиография

13. ИССЛЕДОВАНИЕМ В РЕЖИМЕ "РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ" ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сцинтиграфия
- 2) компьютерная томография
- 3) рентгеноскопия
- 4) флюорография

14. КАКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБРАБОТКИ ИЗОБРАЖЕНИЯ НЕ СУЩЕСТВУЮТ В КОМПЬЮТЕРНОМ ТОМОГРАФЕ?

- 1) денситометрия
- 2) измерение размеров и объема
- 3) проведение морфологического исследования
- 4) мультипланарные и трехмерные реконструкции
- д) виртуальная эндоскопия

15. КАКИЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ НУЖДАЮТСЯ В ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАЩИТЕ ОТ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ:

- 1) щитовидная железа;
- 2) молочная железа;
- 3) костный мозг, гонады;
- 4) кожа;

16. ОСНОВНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) линия перелома

- 2) изменение контура кортикального слоя
- 3) деформация кости
- 4) деструкция кости

17. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) линия перелома
- 2) изменение контура кортикального слоя
- 3) деформация кости
- 4) деструкция кости

18. ПОДВЫВИХ ЭТО:

- 1) первая фаза в развитии вывиха
- 2) неполное нарушение конгруэнтности суставных площадок сочленяющихся костей
- 3) вывих в нижних конечностях

19. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенография
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) рентгеновская компьютерная томография

20. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенография
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) рентгеновская компьютерная томография

21. ОПТИМАЛЬНЫМИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) прямая проекция
- 2) косая проекция
- 3) боковая проекция
- 4) прямая и боковая проекция

22. КАКИЕ МЕТОДЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОДХОДЯТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ:

- 1) рентгенография
- 2) рентгеновская компьютерная томография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) магнитно-резонансная томография
- д) лабораторные методы

23. НА РЕНТГЕНОГРАММАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ОБНАРУЖЕНЫ ОЧАГИ ДЕСТРУКЦИИ, СЕКВЕСТРЫ, ЛИНЕЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ?

- 1) остеома
- 2) остеомиелит
- 3) саркома

24. НА РЕНТГЕНОГРАММАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ОБНАРУЖЕНЫ ОЧАГИ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ, УЧАСТКИ ОСТЕОСКЛЕРОЗА, ИГОЛЬЧАТЫЙ (СПИКУЛЕЗНЫЙ) ПЕРИОСТИТ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ?

- 1) остеомиелит
- 2) остеогенная саркома
- 3) остеокластома

25. СЕКВЕСТРЫ, ЛИНЕЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ – ЭТО СИМПТОМЫ:

- 1) доброкачественной опухоли
- 2) остеомиелита
- 3) злокачественной опухоли

26. ПРИ ОПУХОЛЯХ СКЕЛЕТА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ВЗДУТИЯ КОСТИ УКАЗЫВАЕТ НА:

- 1) характер опухоли (доброкачественная или злокачественная)
- 2) гистологическое строение опухоли
- 3) выход опухоли в мягкие ткани
- 4) длительность процесса

27. КАКОЙ ТИП ПЕРИОСТИТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОСТЕОСАРКОМЫ?

- 1) линейный
- 2) слоистый
- 3) игольчатый
- 4) бахромчатый

28. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САРКОМЫ ЮИНГА И ДИАФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА РЕШАЮЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) линейный периостит
- 2) увеличение интенсивности тени мягких тканей
- 3) симптом кортикального секвестра
- 4) костная деструкция

29. СПОНДИЛИТ ЭТО:

- 1) воспалительное поражение позвоночника
- 2) дегенеративно-дистрофический процесс позвоночника , с наличием массивных костных разрастаний
- 3) порок развития позвоночника
- 4) термин к медицине не относится

30. В ЛОБНОЙ ПАЗУХЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) остеогенная саркома
- 2) остеома
- 3) амелобластома
- 4) одонтома

31. ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕТИНИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) обзорная рентгенография черепа;
- 2) внутриротовая контактная рентгенография;
- 3) ортопантомография;
- 4) рентгенография в косых проекциях;

32. СИАЛОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧИТЬ:

- 1) выводную протоковую систему слюнных желез;
- 2) паренхиму слюнных желез;

33. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДИКАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) рентгеноскопия;
- 2) метод искусственного контрастирования;
- 3) томография;
- 4) рентгенография;
- 5) ортопантомография;

34. КАКАЯ МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОЙ И ВНУТРИПАЗУШНОЙ КИСТЫ:

- 1) томография в боковой проекции черепа;
- 2) рентгенография в боковой проекции черепа;
- 3) ангиография;
- 4) гайморография;

35. ПРОЕКЦИЯ РЕНГЕНОВСКОГО СНИМКА КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ДАЕТ НАИБОЛЕЕ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) прямая;
- 2) полуаксиальная;
- 3) боковая;
- 4) аксиальная;

36. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ СПОСОБЫ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ЕЕ ДУГИ:

- 1) рентгенография костей черепа прямой и боковой проекции;
- 2) ортопантомография;
- 3) рентгенография в полуаксиальной (носо-подбородочной) проекции
- 4) прицельная рентгенография скуловой дуги;

37. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРОВОДЯТ В ПРОЕКЦИИ:

- 1) латеральной;
- 2) прямой;
- 3) полуаксиальной- носо-подбородочной;
- 4) боковой;

38. ПАЦИЕНТАМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НОСА ПРИЦЕЛЬНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРОВОДЯТ В ПРОЕКЦИИ:

- 1) полуаксиальной (аксиальной);
- 2) прямой;
- 3) аксиальной;
- 4) боковой;

39. РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ ЗУБА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК РАЗРЯЖЕНИЕ КОСТИ ЛУНКИ ЗУБА:

- 1) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом;
- 2) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом;
- 3) с нечеткими контурами, неровными контурами у верхушки корня с плотными контурами;

40. ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ У ВЗРОСЛЫХ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

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

41. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПРОРЕЗЫВАНИЕМ СЧИТАЕТСЯ ОТКЛОНЕНИЕ ОТ СРЕДНИХ СРОКОВ НА:

- 1) 1—2 месяца;
- 2) 2—4 месяца;
- 3) 4—8 месяцев;
- 4) 9 и более месяцев.

42. ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ДЕНТИНОГЕНЕЗА ХАРАКТЕРНО:

- 1) расширение полостей зубов и корневых каналов;
- 2) облитерации полостей зубов и прогрессирующее стирание коронок зубов;
- 3) предрасположенность к множественному кариесу;
- 4) патология прикуса и задержка прорезывания постоянных зубов.

43. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ЧЕРЕПА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) краниостеноз (дизостоз Крузона) и челюстно-лицевой дизостоз;
- 2) нижний Лефор I;
- 3) остебластокластома;
- 4) дентиклы и петрификация пульпы.

44. МЕТОДИКА, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНАЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА:

- 1) РКТ;
- 2) обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях;
- 3) МРТ;
- 4) ультрасонография;

45. ПРОЕКЦИИ, ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ ДУГИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ:

- 1) носолобная;
- 2) носоподбородочная;
- 3) аксиальная;
- 4) боковая.

46. ОПТИМАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекции;
- 2) ортопантограмма;
- 3) внутриротовая контактная рентгенография;
- 4).УЗИ;

47. 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) не меняется;

48. ЛИНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КОНТУР ГРУШЕВИДНОГО ОТВЕРСТИЯ, ПОЛОСТЬ НОСА, ЭТО ПЕРЕЛОМ:

- 1) по типу Лефор I;
- 2) по типу Лефор II;
- 3) по типу Лефор III;
- 4) по типу Лефор IV

49. ЛИНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ НОСОВЫЕ КОСТИ, ВНУТРЕННЮЮ И НАРУЖНУЮ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ, ЭТО ПЕРЕЛОМ:

- 1) по типу нижнего Лефор I;
- 2) по типу среднего Лефор II;
- 3) по типу верхнего Лефор III;
- 4) по типу переднего Лефор IV.

51. ЛИНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ЛОБНО-НОСОВОЙ ШОВ, СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ, КРЫЛОВИДНЫЕ ОТРОСТКИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТ ТИП ПЕРЕЛОМА:

- 1) по типу нижнего Лефор I;

- 2) по типу среднего Лефор II;
- 3) по типу верхнего Лефор III;
- 4) по типу переднего Лефор IV.

52. ПОЛНЫЙ ОТРЫВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НОСОВЫМИ И СКУЛОВЫМИ КОСТЯМИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ:

- 1) по типу нижнего Лефор I;
- 2) по типу среднего Лефор II;
- 3) по типу верхнего Лефор III;
- 4) по типу переднего Лефор IV.

53. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ОБРАЗОВАНИЕ КОСТНОЙ МОЗОЛИ), ЗАВЕРШАЕТСЯ:

- 1) к концу 3-го месяца;
- 2) в последующие 5-6 месяцев;
- 3) к концу года;
- 4) к концу десятилетия;

54. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОДХОДИТ:

- 1) задняя обзорная рентгенограмма;
- 2) боковая обзорная рентгенограмма;
- 3) РКТ;
- 4) рентгенография в полуаксиальной (носо-подбородочной) проекции;

55. УКАЖИТЕ ЛУЧШИЙ СПОСОБ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) рентгенография костей черепа в прямой проекции;
- 2) рентгенография костей черепа в боковой проекции;
- 3) рентгенография костей черепа в полуаксиальной проекции;;
- 4) ортопантомография;

56. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) ложный сустав;
- 2) травматический остеомиелит;
- 3) синусит;
- 4) малигнизация;

57. УКАЖИТЕ СРЕДНИЕ СРОКИ КОНСОЛИДАЦИИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ОДНОСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) 4-5 недель;
- 2) 5-6 недель;
- 3) 6-7 недель;
- 4) 7-8 недель;

58. УКАЖИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ НАНЕСЕНИИ УДАРА ПО ПЕРЕДНЕМУ ОТДЕЛУ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) кзади по отношению к верхнему отделу челюсти;
- 2) кзади по отношению к скуловой кости;
- 3) впереди по отношению к основанию черепа;
- 4) кзади по отношению к основанию черепа;

59. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА И ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) РКТ;
- 2) боковой;
- 3) аксиальной (полуаксиальной);
- 4) ортопантомографию;

60. ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) открытыми;
- 2) закрытыми;
- 3) раздробленными (многооскольчатыми);
- 4) переломов скуловой кости не бывает;

61. ПРИ ПУЛЬПИТАХ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЗУБЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ:

- 1) не определяются;
- 2) определяются в виде кариозной полости;
- 3) определяются в виде участков мелких обызвествлений пульпы;
- 4) определяется в виде "внутренней гранулемы";

62. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ:

- 1) сужена;
- 2) изменена, может быть расширена и сужена;
- 3) не изменена;
- 4) отсутствует;

63. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) изменение периодонтальной щели;
- 2) расширение периодонтальной щели, апикальное образование округлой; формы с четкими контурами;
- 3) разрежение бесформенное костной ткани;
- 4) разрушение компактной костной пластинки лунки зуба;

64. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) деструкция кортикальных замыкающих пластинок межальвеолярных гребней
- 2) расширение периодонтальной щели
- 3) очаги остеопороза
- 4) изъеденность краёв шеечных отделов коронок и корней

65. ПО ФАЗЕ ТЧЕНИЯ ПУЛЬПИТ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) первично хроническим
- 2) непрерывно рецидивирующим
- 3) только острым
- 4) острым и хроническим гранулематозным

66. К КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ПУЛЬПИТА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) глубокая кариозная полость;
- 2) снижение высоты межзубной костной перегородки;
- 3) нарушение целостности кортикальной пластинки лунки у верхушки зуба;
- 4) изменение формы зуба;

67. КАРИОЗНЫЙ ДЕФЕКТ ВЫГЛЯДИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ КАК:

- 1) округлый участок затемнения;
- 2) клиновидный участок просветления, вершиной обращенный к пульповой камере;
- 3) дополнительное образование корня зуба;
- 4) дополнительное образование коронки зуба.

68. СТАДИИ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:

- 1) глубиной кариозной полости;
- 2) шириной периодонтальной щели;
- 3) высотой межзубной костной перегородки;
- 4) стадирование кариозного процесса не разработано.

69. ОСТРЫЙ ПЕРИОДОНТИТ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ:

- 1) клинически;

- 2) рентгенологически;
- 3) с помощью КТ;
- 4) с помощью МРТ;

70. ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ НИКОГДА НЕ БЫВАЕТ:

- 1) гранулирующим;
- 2) гранулематозным;
- 3) фиброзным;
- 4) язвенно-некротическим;

71. ПРИ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ:

- 1) сужена;
- 2) расширена;
- 3) расширена, но может быть суженной;
- 4) не изменена.

72. У ВЕРХУШКИ КАРИОЗНОГО ЗУБА ВЫЯВЛЕН ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ НЕЧЕТКИМИ, НЕРОВНЫМИ КОНТУРАМИ РАЗМЕРОМ 0,3 СМ В ДИАМЕТРЕ. КОМПАКТНАЯ ПЛАСТИНКА ЛУНКИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЕТСЯ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) хронический пульпит;
- 2) хронический грануломатозный периодонтит;
- 3) хронический гранулирующий периодонтит;
- 4) это - зона роста.

73. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) внутриротовые контактные рентгенограммы;
- 2) ортопантомограммы;
- 3) рентгенограммы нижней челюсти в боковой проекции;
- 4) обзорные рентгенограммы черепа в прямой проекции.

74. В СООТВЕТСТВИИ С ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ВОЗ КОСТНЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- 1) простые и сложные;
- 2) первичные и вторичные;
- 3) одонтогенные и неодонтогенные;
- 4) доброкачественные и злокачественные.

75. НА РЕНТГЕНОВСКОМ СНИМКЕ КОСТНЫЕ КИСТЫ ВЫГЛЯДЯТ КАК:

- 1) участок затемнения с нечеткими контурами;
- 2) участок затемнения с четкими контурами;
- 3) участок просветления с четкими контурами;
- 4) костные кисты рентгенологически не определяются.

76. РЕТИНИРОВАННЫЙ ЗУБ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВСЕГДА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ:

- 1) радикулярной кисте
- 2) фолликулярной кисте
- 3) аплазии нижней челюсти
- 4) кистозной форме амелобластомы

77. РАДИКУЛЯРНУЮ КИСТУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- 1) осгеногенной саркомой;
- 2) гигантоклеточной опухолью;
- 3) остеомиелитом;
- 4) фолликулярной кистой;

78. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) расположение по ходу носонебного канала;
- 2) наличие ячеистой структуры;
- 3) расположение в кисте верхушки корня зуба;
- 4) радикулярная киста характерных особенностей не имеет.

79. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) гиперостоз;
- 2) вздутие;
- 3) деструкция;
- 4) игольчатый периостит;

80. КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТИ:

- 1) остеопороз;
- 2) деструкция;
- 3) тени секвестров;
- 4) периостальные наслоения;

81. КИСТОЗНАЯ ФОРМА АМЕЛОБЛАСТОМЫ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТ ТИПИЧНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ:

- а) в области угла нижней челюсти;
- 2) задние отделы тела нижней челюсти;
- 3) передний отдел тела нижней челюсти;
- 4) верхняя челюсть;

82. УКАЖИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ:

- 1) ретикулосаркома;
- 2) рак;
- 3) карцинома;
- 4) липома;
- 5) фиброма;
- 6) папилома;
- 7) аденома;

83. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ ОДОНТОМЫ:

- 1) одонтома является результатом порока развития зубных тканей;
- 2) одонтома является результатом порока развития костной ткани челюсти;

84. УКАЖИТЕ ВИДЫ ОДОНТОМ:

- 1) сложная;
- 2) составная;
- 3) простая;

85. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ АМЕЛОБЛАСТОМЫ:

- 1) это доброкачественная одонтогенная эпителиальная опухоль;
- 2) это злокачественная одонтогенная эпителиальная опухоль;
- 3) это доброкачественная мезенхимальная опухоль;

86. УКАЖИТЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ:

- 1) фиброма;
- 2) рак;
- 3) карцинома;
- 4) саркома;
- 5) аденома;

87. ПОЛОСКА ПРОСВЕТЛЕНИЯ ВОКРУГ ОДОНТОМЫ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ:

- 1) имеется;

- 2) отсутствует;
88. УКАЖИТЕ ПРЯМОЙ ПРИЗНАК ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ МРТ:
- 1) очаги костной деструкции;
 - 2) опухолевый узел;
 - 3) игольчатый периостит;
89. УКАЖИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИМЕЮЩИЕ СХОДНУЮ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ С ЯЧЕИСТОЙ ФОРМОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ:
- а) фолликулярная киста;
 - 2) амелобластома (адамантинома);
 - 3) одонтома;
90. ПРИ КАКИХ ОПУХОЛЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ВЗДУТИЯ КОСТИ ЧЕЛЮСТИ:
- 1) остеома;
 - 2) остеохондрома;
 - 3) амелобластома;
 - 4) саркома;
91. БОЛЬШИЕ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО:
- 1) околоушные, поднижнечелюстные, подъязычные;
 - 2) подвисочные, нижнечелюстные, околоязычные;
 - 3) позадиушные, поднижнечелюстные, нижнеязычные;
 - 4) слюнные железы больше 1 см.
92. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПОДХОДИТ:
- 1) рентгенография мягких тканей шеи;
 - 2) сиалография;
 - 3) УЗИ;
 - 4) рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекции.
93. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИМЕНЯЮТ:
- 1) рентгенографию мягких тканей шеи;
 - 2) сиалографию;
 - 3) УЗИ;
 - 4) рентгенографию нижней челюсти в прямой и боковой проекции.
94. СИАЛОАДЕНИТ МОЖЕТ БЫТЬ:
- 1) интерстициальным;
 - 2) язвенно-некротическим;
 - 3) калькулезным;
 - 4) постинфарктным
95. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИМЕНЯЮТ:
- 1) ультразвуковое исследование (УЗИ);
 - 2) рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ);
 - 3) магнитно-резонансную томографию (МРТ);
 - 4) все перечисленные методы исследования.
96. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ (ВНЧС) ПРИМЕНЯЮТ:
- 1) рентгенографию височных костей Шуллеру;
 - 2) линейную (продольную) томографию ВНЧС;
 - 3) магнитно-резонансную томографию ВНЧС;
 - 4) все перечисленное.

97. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МРТ ВНЧС ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) определение вывиха и подвывиха в ВНЧС;
 - 2) определение формы, структуры, положения суставного диска ВНЧС;
 - 3) оценка мягких тканей области ВНЧС;
 - 4) все перечисленное.
98. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРТРОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) сужение рентгеновской суставной щели;
 - 2) расширение рентгеновской суставной щели;
 - 3) уплощение суставных поверхностей;
 - 4) реакция надкостницы.
99. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МЕТОДИК, ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИАЛОДОХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) ультразвуковой метод исследования;
 - 2) рентгенография височных костей по Шуллеру;
 - 3) сиалография;
 - 2) цитологическое исследование слюны.
100. НАИБОЛЕЕ УБЕДИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА В ВНЧС ЭТО:
- 1) конгруэнтное соотношение суставной головки и ямки в функциональных положениях нижней челюсти;
 - 2) расположение головки сустава за пределами суставного бугорка;
 - 3) смещение суставного диска латерально;
 - 4) все перечисленное.
101. ВЫБРАТЬ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ, ПОДХОДЯЩИЕ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРТАНИ:
- 1) обзорная рентгенография мягких тканей шеи;
 - 2) продольная томография гортани;
 - 3) ларингоскопия;
 - 4) электроглоттография.
102. ХАРАКТЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ГОРТАНИ:
- 1) асимметрия желудочков гортани;
 - 2) неровность очертания истинной и ложной связок;
 - 3) наличие дополнительного тенееобразования;
 - 4) все перечисленные симптомы.
103. К ПРИДАТОЧНЫМ ПАЗУХАМ НОСА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:
- 1) верхнечелюстной пазухи;
 - 2) лобной пазухи;
 - 3) фронтально-этмоидальной пазухи;
 - 4) пазухи основной кости.
104. ПРИ АНАЛИЗЕ РЕНТГЕНОГРАММ ЧЕРЕПА СНИМКОВ ЧЕРЕПА В ПОЛУАКСИАЛЬНОЙ (НОСО-ПОДБОРОДОЧНОЙ) ПРОЕКЦИИ ПНЕВМОТИЗАЦИЮ (СТЕПЕНЬ ПРОЗРАЧНОСТИ) ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ СРАВНИВАЮТ С:
- 1) легкими
 - 2) со скуловыми костями
 - 3) верхнечелюстной пазухой противоположной стороны;
 - 4) с верхней третью глазницы.
105. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО СИНУСИТА ЭТО:

- 1) однородное затемнение верхнечелюстной пазухи;
 - 2) наличие уровня жидкости (уровень воздух-жидкость);
 - 3) затемнение и деструкция стенок пазухи;
 - 4) острый синусит рентгенологически не диагностируется.
106. КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ТИПА ЛЕФОР I МОЖЕТ БЫТЬ:
- 1) верхнедолевая пневмония
 - 2) гайморит
 - 3) отит внутреннего уха
 - 4) отит среднего уха.
107. ЛИЦЕВОЙ НЕРВ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ:
- 1) каменистой части височной кости;
 - 2) пирамиды височной кости;
 - 3) шиловидного отростка;
 - 4) сосцевидного отростка.
108. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВОГО НЕРВА ВОЗМОЖНА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ:
- 1) рентгенографии височных костей по Стенверсу;
 - 2) магнитно-резонансной томографии (МРТ);
 - 3) ультразвуковом исследовании (УЗИ);
 - 4) рентгеновской компьютерной томографии (РКТ).
109. МАСТОИДИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ:
- 1) клетчатки средостения;
 - 2) молочной железы;
 - 3) сосцевидного отростка височной кости;
 - 4) шиловидного отростка височной кости.
110. ЖЕЛУДОЧКИ ГОРТАНИ:
- 1) правый и левый;
 - 2) верхний и нижний;
 - 3) боковые;
 - 4) антральный и вестибулярный.
111. УЧАСТОК ЛЕГКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ (ПНЕВМОНИЧЕСКОЙ) ИНФИЛЬТРАЦИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
- 1) просветление;
 - 2) затемнение;
 - 3) зона повышенной эхогенности;
 - 4) зона пониженной эхогенности.
112. ПЕРФОРАЦИЯ И СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ:
- 1) язвенно-некротического колита;
 - 2) аппендицита;
 - 3) гастрита;
 - 4) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
113. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) рентгенологический;
 - 2) УЗИ;
 - 3) РКТ;
 - 4) все перечисленные методы.
114. ДРЕНИРОВАННЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫГЛЯДИТ КАК:

- 1) ограниченное просветление в легочной ткани;
- 2) диффузное затемнение легочного поля;
- 3) полость с уровнем жидкости;
- 4) однородное затемнение округлой формы в легком.

115. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ:

- 1) «серпа»
- 2) «крыльев бабочки»
- 3) «головы медузы»
- 4) «клешни рака»

116. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПРОСВЕТЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНОВСКИЕ СНИМКИ:

- 1) в прямой проекции;
- 2) в 2-х проекциях (прямой и боковой);
- 3) в 3 проекциях (прямой и обеих боковых);
- 4) в 4 проекциях (прямой, обеих боковых, косой проекции).

117. ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В МЕСТЕ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) обеднение сосудистого рисунка и просветление;
- 2) отсутствие сосудистого рисунка и просветление;
- 3) отсутствие сосудистого рисунка и затемнение;
- 4) обеднение сосудистого рисунка и затемнение.

118. ТЕНЬ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ ГИДРОТОРАКСЕ:

- 1) не смещена;
- 2) смещена в больную сторону;
- 3) смещена в здоровую сторону;
- 4) расширена.

119. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ЭТО:

- 1) расширение корней легких;
- 2) наличие очаговых теней на вершинах легких;
- 3) наличие треугольной тени с четкими вогнутыми контурами;
- 4) симметричные затемнения в центральных отделах легких в виде «крыльев бабочки».

120. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ВОДОРАСТВОРИМЫХ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛИТЬ:

- 1) уровень сахара крови;
- 2) лейкоцитарную формулу крови;
- 3) уровень билирубина;
- 4) уровень креатинина и мочевой кислоты.

121. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ВОДОРАСТВОРИМЫХ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ АНАЛИЗ КРОВИ И ОПРЕДЕЛИТЬ:

- 1) уровень сахара крови;
- 2) лейкоцитарную формулу крови;
- 3) уровень билирубина ;
- 4) уровень креатинина и мочевой кислоты.

122. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) радиоизотопный;
- 2) эхографический;
- 3) рентгенологический;
- 4) РКТ (КТ) и МРТ.

123. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЭТО:

- 1) уровни жидкости в кишечных петлях (чаши Клойбера);
- 2) отсутствие пассажа контрастного вещества;
- 3) неравномерное расширение кишечных петель (симптом арки)
- 4) совокупность перечисленных симптомов.

124. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА СЛУЖИТ:

- 1) искусственное контрастирование пищевода с применением густой взвеси сульфата бария;
- 2) двойное контрастирование пищевода;
- 3) клинические данные;
- 4) обзорная рентгенография.

125. ПРИ ОСТРЫХ БОЛЯХ В ЖИВОТЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:

- 1) обзорной рентгенографии;
- 2) компьютерной томографии;
- 3) термографии;
- 4) ультразвукового исследования.