# **База тестовых заданий по дисциплине «Пропедевтическая стоматология».**

# Организация стоматологического кабинета.

001. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м²):

1) 18; 2) 16,5; 3) 15; 4) 14; 5) 9

002. Высота потолка в стоматологическом кабинете должна быть не менее (м):

1) 4,5; 2) 3,3; 3) 3,0; 4) 2,8; 5) 2,0

003. Коэффициент отражения света с поверхностей стен в стоматологическом кабинете не должен быть ниже (%):

1) 10; 2) 20; 3) 30; 4) 40; 5) 50

004. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:

1) 125°С-45мин; 2) 160°С-40мин; 3) 180°С-45 мин; 4) 180°С-60мин;

5) 200°С - 90 мин

005. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают:

1) зеркала, изделия из стекла; 2) наконечники; 3) боры; 4) одноразовые шприцы; 5) перевязочный материал

006. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:

1) пинцет, зонд; 2) зеркало, пинцет; 3) зонд, шприц; 4) зеркало, шприц; 5) ватные шарики

007. Автоклавированием стерилизуются:

1) зеркала; 2) марлевые тампоны, наконечники; 3) одноразовый шприц; 4) пластмассовый шпатель; 5) боры

008. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются:

1) лотки; 2) эндодонтический инструментарий; 3) шовный материал; 4) зеркала; 5) наконечники

009. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):

1) 15-16; 2) 17-18; 3) 18-23; 4) 23-28; 5) 28-30

010. Целью использования аппарата "Ассистина" является:

1) стерилизация наконечников

2) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников

3) дезинфекция боров

4) дезинфекция эндодонтического инструментария

5) стерилизация боров

011. Стерильный стол сохраняет стерильность в течение (часов):

1) 1-2; 2) 2-4; 3) 3-6; 4) 4-10; 5) 10-12

012. Простерилизованные изделия в некомбинированном упаковочном пакете сохраняют стерильность в течение (суток):

1) 2; 2) 3; 3) 5; 4) 7; 5) 8

013. Для внесения амальгамы в кариозную полость необходим инструмент:

1) штопфер; 2) шпатель; 3)финир; 4) полир; 5) амальгамотрегер

014. Стены в стоматологическом кабинете, согласно существующим нормативам, покрывают:

1) обоями 2) побелкой 3) керамической плиткой 4) гобеленом 5) пластиком

015. Окна в стоматологическом кабинете ориентируют на:

1) юг; 2) север; 3) восток; 4) запад; 5) юго-запад

016. Сухожаровая стерилизация предназначена для:

1) перевязочного материала 4) цельнометаллических инструментов

2) белья 5) шовного материала

3) ватных валиков

017. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических

зеркал:

1) 1% раствор перекиси водорода 4) 0,5% раствор хлорамина

2) 6% раствор перекиси водорода 5) 75% метиловый спирт

3) 2% новокаина

018. После использования боры помещают в:

1) дезинфицирующий раствор 4) "Терминатор"

2) сухожаровой шкаф 5) автоклав

3) глассперленовый стерилизатор

019. С помощью амидопириновой пробы определяют:

1) остатки крови на инструментах 4) наличие жира

2) остатки моющих средств 5) наличие углеводов

3) стерильность инструментов

020. Стоматологические зеркала стерилизуются методом химической стерилизации по времени (часов):

1) 1-2; 2) 2-3; 3) 3-4; 4) 4-5; 5) 5-6

 021. Стерильность инструментов после химической стерилизации сохраняется в растворе:

1) 1 час; 2) 2 часа; 3) 3 часа; 4) сутки; 5) 2 суток

022. В глассперленовом стерилизаторе стерилизуют:

1) стоматологические зеркала; 2) боры, эндодонтический инструментарий

3) вату; 4) белье; 5) оттиски

023. В глассперленовом стерилизаторе стерилизация инструментов проводится:

1) горячим паром; 2) сухим теплом; 3) облучением;

4) нагретыми стерильными шариками; 5) раствором глутаральдегида

024. Слепки-оттиски дезинфицируются у больных:

1) ВИЧ-инфицированных 4) всех больных

2) гепатит-инфицированных 5) с заболеванием сифилисом

3) ВИЧ- и гепатит-инфицированных

025. Слепки-оттиски из силиконовых материалов дезинфицируются раствором гипохлорита натрия:

1) 0,3% -5-10 минут; 2) 0,3% - 20 минут; 3) 0,5%-5-10 минут;

4) 0,5% - 20 минут; 5) 3% - 60 минут

026. Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором:

1) один раз в день; 2) два раза в день; 3) три раза в день;

4) после приема каждого пациента; 5) пять раз в день

027. Максимальный радиус загрязнения стоматологического кабинета от места лечения пациента составляет не менее (метров):

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

028. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:

1) зеркало, гладилка; 2) зеркало, зонд; 3) зеркало, пинцет; 4) пинцет, зонд;

5) зонд, штопфер

029. Боры для углового наконечника бывают длиной (см):

1) 3,0; 2) 2,7; 3) 2,5; 4)2,2; 5) 1,0

030. Размеры экскаваторов:

1) 0-3; 2) 0-4; 3) 0-8; 4) 1-4; 5) 1-8

031. Гладилки комбинируют:

1) со штопфером; 2) с зондом; 3) с экскаватором; 4) со шпателем; 5) зеркалом

032. Прямыми щипцами удаляют:

1) моляры 4) премоляры верхней челюсти

2) резцы верхней челюсти 5) премоляры нижней челюсти

3) резцы нижней челюсти

033. S-образными щипцами без шипов удаляют:

1) премоляры верхней челюсти 4) корни зубов

2) премоляры нижней челюсти 5) моляры нижней челюсти

3) моляры верхней челюсти

034. S-образными щипцами с шипом на одной из щечек удаляют:

1) корни зубов 4) премоляры нижней челюсти

2) моляры верхней челюсти 5) клыки верхней челюсти

3) моляры нижней челюсти

035. Специальными щипцами удаляют:

1) третьи моляры нижней челюсти 4) премоляры нижней челюсти

2) третьи моляры верхней челюсти 5) резцы верхней челюсти

3) премоляры верхней челюсти

036. Штыковидными щипцами удаляют:

1) корни зубов верхней челюсти 4) премоляры верхней челюсти

2) корни зубов нижней челюсти 5) моляры верхней челюсти

3) премоляры нижней челюсти

037. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками без шипов удаляют:

1) шестые зубы нижней челюсти 4) резцы верхней челюсти

2) шестые зубы верхней челюсти 5) премоляры верхней челюсти

3) резцы нижней челюсти

038. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1) корни зубов нижней челюсти 4) премоляры нижней челюсти

2) корни зубов верхней челюсти 5) премоляры верхней челюсти

3) резцы нижней челюсти

039. При затрудненном открывании рта для удаления моляров нижней челюсти применяют:

1) клювовидные щипцы с несходящимися щечками

2) клювовидные щипцы со сходящимися щечками

3) щипцы, изогнутые по плоскости

4) прямые элеваторы

5) штыковидные щипцы

040. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

1) резцы; 2) клыки; 3) премоляры; 4) корни зубов; 5) моляры

041. Штыковидный элеватор (элеватор Леклюза) предназначен для удаления:

1) третьего моляра верхней челюсти 4) премоляра нижней челюсти

2) третьего моляра нижней челюсти 5) резцов нижней челюсти

3) премоляра верхней челюсти

042. Стоматологический экскаватор используется для:

1) наложения пломб; 2) удаления зубных отложений и некрэктомии;

3) формирования пломб; 4) зондирования; 5) отделки пломб

 043. В стоматологической практике гладилка используется для:

1) некрэктомии 4) наложения и удаления пломб

2) некрэктомии, моделирования пломб 5) кюретажа

3) наложения пломб и их формирования

044. Для удаления третьего моляра нижней челюсти применяются инструменты:

1) S-образные щипцы

2) клювовидные щипцы со сходящимися щечками

3) клювовидные щипцы с шипами

4) штыковидные щипцы

5) прямые щипцы

# Обследование стоматологического больного

001. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических; 2) лабораторных; 3) термометрических;

4) основных; 5) цитологических

002. К основным методам обследования относятся:

1) опрос, рентгенография; 2) опрос, осмотр; 3) осмотр, ЭОД;

4) ЭОД, рентгенография; 5) перкуссия, ЭОД

003. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни; 2) анамнеза заболевания; 3) перенесенных заболеваний;

4) жалоб; 5) аллергоанамнеза

004. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1) бледного цвета, сухая

2) бледно-розового цвета, сухая

3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5) гиперемирована, отечна

005. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы; 2) определения прикуса; 3) внешнего осмотра; 4) осмотра зубных рядов; 5) перкуссии зубов

006. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии; 2) зондирования; 3) пальпации; 4) рентгенографии; 5) аускультации

007. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад; 2) отклонена влево; 3) отклонена вправо;

4) наклонена вперед; 5) отклонена назад и влево

008. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала; 2) углового зонда; 3) пинцета; 4) экскаватора; 5) шпателя

009. Глубина десневого желобка равна (мм):

1) 0,1-0,2; 2) 0,5-1; 3) 2-3; 4) 3-4; 5) 4-5

010. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1) тургор кожи, цвет глаз

2) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

3) форму носа, цвет глаз

4) пигментные пятна, цвет волос

5) целостность зубного ряда

01l. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1) по всем поверхностям; 2) в пришеечной области; 3) в области контактных поверхностей; 4) в фиссурах; 5) в области бугров

## Классификация кариозных полостей по Блэку.

001. К I классу по классификации Блэка относятся кариозные полости:

1) в фиссурах моляров

2) на контактной поверхности моляров

3) в пришеечной области моляров

4) на контактной поверхности клыков

5) на контактной поверхности премоляров

002. Кариозная полость на контактной поверхности моляров по классификации Блэка относится к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

003. К III классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1) контактной премоляров; 2) вестибулярной резцов; 3) контактной резцов;

4) жевательной моляров; 5) жевательной премоляров

004. В основу классификации кариозных полостей по Блэку положены признаки:

1) гистологические; 2) клинические; 3) анатомо-топографические;

4) топографические; 5) клинико-топографические

005. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1) на передней контактной поверхности премоляров

2) в фиссуре на жевательной поверхности премоляров

3) в пришеечной области премоляров

4) в пришеечной области на контактной поверхности моляров

5) на задней контактной поверхности премоляров

006. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1) на контактной поверхности клыков 4) в пришеечной области клыков

2) на боковой поверхности резцов 5) в пришеечной области моляров

3) в слепой ямке латеральных резцов

007. Кариозная полость в фиссуре на жевательной поверхности 1.8 зуба относится по классификации Блэка к классу:

I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

008. Кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности 3.7 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

009. Кариозная полость на задней контактной поверхности 3.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

010. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 26 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

011. Кариозная полость в пришеечной области на вестибулярной поверхности 1.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

012. Кариозная полость на срединной контактной поверхности 12 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

013. Кариозная полость в слепой ямке 12 зуба относится по классификации

Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

014. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 11 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

015. Кариозная полость на передней поверхности 14 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

016. Кариозная полость на задней контактной поверхности 15 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

017. Кариозная полость на передней контактной поверхности 16 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

018. Кариозные полости на передней контактной поверхности и задней контактной поверхности 17 зуба относятся по классификации Блэка к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

019. Кариозная полость на латеральной контактной поверхности 11 зуба с поражением режущего края относится по Блэку к классу:

1) II; 2) III; 3) IV; 4) V; 5) VI

020. Ко II классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1) на контактной поверхности моляров

2) на контактной поверхности клыков

3) на щечной поверхности моляров

4) на срединной поверхности резцов

5) на латеральной поверхности резцов

021. Медио-окклюзионно-дистальные полости формируются на поверхностях:

1) передней контактной с дополнительной площадкой

2) передней и задней контактной

3) жевательной и вестибулярной

4) контактных с общей дополнительной площадкой

5) задней контактной с дополнительной площадкой

## Препарирование кариозных полостей.

001. К первому этапу препарирования кариозной полости относится:

1) антисептическая обработка; 2) кюретаж; 3) раскрытие кариозной полости; 4) некрэктомия; 5) формирование

002. Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является:

1) создание контактного пункта 4) восстановление функции зуба

2) исключение рецидива кариеса 5) финирование полости

3) восстановление формы зуба

003. Целью формирования кариозной полости является:

1) восстановление анатомической формы зуба

2) восстановление функции зуба

3) создание контактного пункта

4) создание условий для фиксации пломбы

5) удаление некротизированного дентина

004. Для определения качества препарирования кариозной полости используют стоматологические инструменты:

1) штопфер, зонд; 2) зонд, зеркало; 3) гладилку, зонд; 4) пинцет, зеркало; 5) пинцет, зонд

005. В полостях II класса максимальный размер дополнительной площадки

составляет от длины жевательной поверхности:

1) 1/4; 2) 1/3; 3) 1/2; 4) 2/3; 5) 2/4

006. Раскрытие кариозной полости зуба проводится бором:

1) цилиндрическим; 2) обратноконусовидным; 3) колесовидным;

4) шаровидным; 5) грушевидным

007. При препарировании зуба самая болезненная зона - это:

1) эмаль; 2) цемент; 3) эмалево-дентинное соединение; 4) дентин; 5) дентинно-цементное соединение

008. При препарировании кариозной полости проводят:

1) протравливание 4) наложение матрицы

2) электроодонтодиагностику 5) реминерализацию

3) раскрытие кариозной полости

009. Целью препарирования кариозной полости является:

1) восстановление анатомической формы зуба

2) восстановление функции зуба

3) удаление некротизированного дентина

4) создание формы полости для пломбирования

5) реминерализация дентина

010. Наиболее твердой тканью зуба является:

1) дентин; 2) эмаль; 3) цемент; 4) пульпа; 5) дентикли

011. Минимальный размер длины дополнительной площадки на жевательной поверхности в кариозных полостях II класса:

1) 1/4; 2) 1/3; 3) 1/2; 4) 2/3; 5) 3/4

012. Самой безболезненной зоной при препарировании зуба является:

1) эмаль; 2) эмалево-цементное соединение; 3) эмалево-дентинное соединение; 4) дентин; 5) цемент

013. При формировании кариозной полости II класса дополнительная площадка служит для:

1) эстетики; 2) улучшения фиксации пломбы; 3) укрепления зуба; 4) профилактического иссечения; 5) раскрытия полости

014. Раскрытие кариозной полости - это:

1) удаление некротизированного дентина

2) удаление нависающих краев эмали

3) формирование кариозной полости

4) отделка краев кариозной полости

5) вскрытие кариозной полости

015. Удаление некротизированного дентина производится:

1) экскаватором 4) экскаватором и колесовидным бором

2) фиссурным бором 5) карборундовой головкой

3) экскаватором и шаровидным бором

016. Кариозная полость выше экватора на передней контактной поверхности 1.8 зуба формируется по классу:

1) I-без дополнительной площадки

2) I - с дополнительной площадкой

3) II - с дополнительной площадкой

4) II - без дополнительной площадки

5) III - без дополнительной площадки

017. Зубы 25 и 24 находятся в плотном контакте. Кариозная полость на передней контактной поверхности в пришеечной области 25 зуба формируется по классу:

1) I- без дополнительной площадки

2) I - с дополнительной площадкой

3) II - с дополнительной площадкой

4) II - без дополнительной площадки

5) V - без дополнительной площадки

018. Максимальный размер дополнительной площадки по длине на жевательной поверхности 45 зуба должен быть равен:

1) 1/4; 2) 1/3; 3) 1/2; 4) 2/3; 5) 3/4

019. Дополнительная площадка в полостях II класса по глубине должна быть:

1) в пределах эмали

2) ниже эмалево-дентинного соединения на 5 мм

3) ниже эмалево-дентинного соединения на 4 мм

4) ниже эмалево-дентинного соединения на 3 мм

5) ниже эмалево-дентинного соединения на 2 мм

020. При стирании режущего края зуба 22 в полостях IV класса дополнительная площадка формируется:

1) на небной поверхности; 2) на режущем крае; 3) в слепой ямке;

4) в пришеечной области; 5) на вестибулярной поверхности

021. Показанием к созданию дополнительной площадки в полостях III класса

является:

1) затрудненный подход к полости

2) расположение полости на небной поверхности

3) расположение полости на язычной поверхности

4) наличие глубокой полости

5) расположение полости в пришеечной области

022. В кариозных полостях III класса противопоказанием к созданию дополнительной площадки является:

1) затрудненный подход к полости

2) хороший подход к полости

3) поражение губной поверхности

4) поражение оральной стенки

5) поражение губной и оральной поверхности

023. В полостях IV класса 12 зуба без стирания режущего края дополнительная площадка создается:

1) на режущем крае

2) на оральной поверхности

3) на вестибулярной поверхности

4) в слепой ямке

5) на небной и вестибулярной поверхности

## Пломбировочные материалы и пломбирование кариозных полостей

001. Для медикаментозной обработки глубокой кариозной полости рекомендуется использовать:

царскую водку; 2) раствор хлоргексидина; 3) раствор йода; 4) спирт, эфир; 5) перекись водорода, эфир

002. Дентин-паста вносится в кариозную полость при помощи:

1) зонда; 2) ватного тампона; 3) шаровидного бора; 4) серповидной гладилки; 5) экскаватора

003. Время затвердевания искусственного водного дентина:

1) 1/2-1 мин; 2) 2-3 мин; 3) 8-10 мин; 4) 3 часа; 5) 10-12 час

004. К силикофосфатным цементам относится:

1) силидонт; 2) силиции; 3) висфат; 4) фосфат цемент; 5) аргил

005. В качестве лечебной прокладки используют:

1) искусственный дентин; 2) пасты на основе гидроксида кальция; 3) дентин-пасту; 4) резорцин-формалиновую пасту; 5) фосфат-цемент

006. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

1) дно; 2) стенки; 3) эмаль; 4) дно и стенки; 5) углы

007. Стеклоиономерный цемент для прокладок обладает свойством:

1) адгезией к эмали, дентину; 2) растворимостью в слюне; 3) окрашиванием тканей зуба;

4) прозрачностью; 5) токсичностью

008. Травление твердых тканей зуба проводят с целью:

1) реминерализации; 2) диагностики кариеса; 3) улучшения адгезии; 4) обезболивания;

5) склерозирования

009. Для протравливания эмали применяется кислота концентрации (%):

1) 10; 2) 20; 3) 37; 4) 40; 5) 50

010. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

1) СИЦ; 2) композита; 3) поликарбоксилатного цемента; 4) серебряной амальгамы; 5) силикофосфатного цемента

011. Шлифование и полирование пломбы из композиционного материала проводится через:

1) 5 минут; 2) 1 час; 3) 3 дня; 4) сутки; 5) неделю

012. Полирование пломбы из стеклоиономерного цемента проводят после ее

наложения через:

1) 5 минут; 2) 1 час; 3) 1 сутки; 4) 1 неделю; 5) 2 недели

013. Коронковая часть анкерного штифта покрывается опакером с целью:

1) обеспечения прочности реставрации

2) улучшения ретенции

3) экономии композита

4) улучшения эстетики

5) увеличения рентгеноконтрастности

014. Показаниями к пломбированию кариозных полостей серебряной амальгамой являются классы по Блэку:

1) I, II; 2) III, IV; 3) I, III; 4) III, V; 5) III, VI

015. Для постоянных пломб используют:

1) композитные материалы 4) пасты на основе гидроксида кальция

2) искусственный дентин 5) фосфат-цемент

3) цинкэвгенольную пасту

016. Дентин-паста относится к группе:

1) силикатных цементов

2) силико-фосфатных цементов

3) временных пломбировочных материалов

4) цементов для обтурации корневых каналов

5) лечебных прокладок

017. При моделировании контактной поверхности зуба используется:

1) зонд; 2) матрица; 3) экскаватор; 4) шпатель; 5) пинцет

018. Для лечения кариеса в пришеечной области 1.1 зуба с вестибулярной стороны используется:

1) дентин; 2) композиты; 3) силидонт; 4) фосфат-цемент; 5) поликарбоксилатный цемент

019. Лампы галогенового света используют для:

1) дезинфекции операционного поля 4) дезинфекции кабинета

2) высушивания полости рта 5) полимеризации композита

3) реминерализации эмали

020. Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является:

1) травление эмали 4) шлифование и полирование пломбы

2) моделирование пломбы 5) фотополимеризация

3) изоляция от слюны

021. Выбор цвета композиционного материала следует определять при:

1) дневном свете

2) искусственном освещении

3) дневном свете в первую половину дня

4) дневном свете во вторую половину дня

5) искусственном освещении в первую половину дня

022. Амальгама чаще используется для пломбирования полостей следующих классов:

1) I, III, V; 2) I, II, IV; 3) I, IV, V4 4) I, II, V; 5) I, II, VI

023. Отрицательным свойством силикатных пломбировочных материалов является:

1) соответствие цвету эмали; 2) пластичность; 3) хрупкость, токсичность; 4) механическая прочность; 5) реминерализация

024. Наиболее прочным пломбировочным материалом для пломбирования кариозных полостей II класса является:

1) силикатный цемент; 2) силикофосфатный цемент; 3) амальгама; 4) фосфат-цемент; 5) композит химического отверждения

025. При пломбировании амальгамой кариозных полостей II класса в качестве изолирующей прокладки применяется:

1) силидонт; 2) цинк-сульфатный цемент; 3) силиции; 4) искусственный дентин (дентин-паста); 5) фосфат-цемент

026. Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:

1) фосфат-цемент; 2) бондинговая система; 3) 37% фосфорная кислота; 4) паста на основе гидроксида кальция; 5) искусственный дентин

027. При пломбировании полостей II класса изолирующая прокладка из фосфат-цемента наносится вначале на:

1) придесневую стенку и дно дополнительной площадки

2) дополнительную площадку

3) дно и стенки дополнительной площадки

4) дно основной полости и дополнительной площадки

5) края основной полости

028. Для отделки пломб из композитных материалов в полостях II класса применяются:

1) стальные шаровидные боры

2) твердосплавные шаровидные боры

3) твердосплавные цилиндрические боры

4) мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы

5) карборундовые камни

029. Выбор цвета композитного материала производится:

1) врачом; 2) врачом и пациентом; 3) врачом и ассистентом; 4) ассистентом и пациентом; 5) врачом, ассистентом и пациентом

030. При пломбировании кариозных полостей методом "закрытого сендвича" прокладка:

1) перекрывается композитом 4) накладывается на края полости

2) не перекрывается композитом 5) накладывается на стенки и края

3) не используется

031. При пломбировании кариозных полостей методом "открытого" сендвича прокладка:

1) перекрывается композитом 4) накладывается на края полости

2) не перекрывается композитом 5) накладывается на стенки и края

3) накладывается на дно и стенки

032. При тоннельном методе препарирования доступ в кариозную полость II класса проводят:

1) с выведением на жевательную поверхность

2) с созданием дополнительной площадки

3) из фиссуры на жевательной поверхности

4) с бугра жевательной поверхности

5) с вестибулярной поверхности

033. При пломбировании сендвич-техникой используют материалы:

1) стеклоиономерный цемент и композит

2) фосфат-цемент и силидонт

3) фосфат-цемент и силиции

4) фосфат-цемент и амальгаму

5) стеклоиономерный цемент и амальгаму

034. Полное (тотальное) травление означает воздействие фосфорной кислоты на:

1) цемент 2) эмаль и цемент 3) дентин и цемент 4) эмаль и дентин 5) эмаль

035. Макронаполненные композитные материалы обладают положительными свойствами:

1) прочностью, рентгеноконтрастностью

2) прочностью, плохой полируемостью

3) низкой цветостойкостью

4) накоплением зубного налета на поверхности

5) токсичностью

036. Отрицательными свойствами макронаполненных композитных материалов является:

1) прочность; 2) низкая цветостойкость; 3) рентгеноконтрастность; 4) пластичность; 5) эстетичность

037. Отрицательным свойством микронаполненных композитов является:

1) высокая цветостойкость 4) эстетичность

2) полируемость 5) рентгеноконтрастность

3) механическая непрочность

038. Прокладочные материалы на основе гидроксида кальция обладают положительными свойствами:

1) твердостью, прочностью 4) растворимостью

2) одонтотропным действием 5) усадкой

3) эстетическими качествами

039. Цинк-фосфатные цементы обладают положительными свойствами:

1) растворимостью в ротовой жидкости 4) эстетичностью

2) адгезией, нетоксичностью 5) дороговизной

3) прочностью

040. Цинк-фосфатные цементы обладают отрицательными свойствами:

1) пластичностью 4) токсичностью

2) адгезией 5) рентгеноконтрастностью

3) вязкостью, недостаточной прочностью

041. Противопоказанием к применению серебряной амальгамы является наличие:

1) протезов из золота; 2) полостей I класса; 3) полостей II класса;

4) полостей V класса (на молярах); 5) ретроградное пломбирование каналов

042. Шлифование и полирование пломб из амальгамы проводится через:

1) 10 мин; 2) 30 мин; 3) 2 часа; 4) 24 часа; 5) 48 часов

043. Положительным свойством стеклоиономерных цементов является:

1) химическая адгезия 4) механическая прочность

2) чувствительность к влаге 5) хрупкость

3) чувствительность к пересушиванию

044. Отрицательным свойством серебряной амальгамы является:

1) теплопроводность 2) твердость 3) пластичность 4) устойчивость к влаге 5) прочность

045. Основными преимуществами амальгамы без гамма-2-фазы является:

1) устойчивость к коррозии; 2) пластичность; 3) изменение объема; 4) рентгеноконтрастность; 5) теплопроводность

046. В качестве изолирующей прокладки под пломбы из амальгамы используют:

1) силиции; 2) силидонт; 3) фосфат-цемент; 4) дентин; 5) силер

047. Показанием к применению серебряной амальгамы является пломбирование кариозных полостей по классу:

1) I, II, V; 2) I, III; 3) III, IV; 4) III, V; 5) II, III

048. Силикатные цементы обладают положительным свойством:

1) эстетическими качествами; 2) высокой токсичностью; 3) хрупкостью; 4) усадкой при твердении; 5) прочностью

049. Силикатные цементы обладают отрицательными свойствами:

1) токсичностью, слабой адгезией

2) эстетическими качествами

3) противокариозным действием

4) простотой применения, дешевизной

5) непрочностью

050. Показанием пломбирования силикатными цементами являются полости класса:

1) III; 2) IV, V; 3) I; 4) II; 5) II, IV

051. Положительными свойствами силикофосфатных цементов являются:

1) механическая прочность, пластичность

2) токсичность

3) недостаточная устойчивость к среде полости рта

4) неэстетичность

5) усадка

052. Показанием к применению силикофосфатных цементов являются кариозные полости класса:

1) IV; 2) II; 3) III, IV; 4) полости I класса - в резцах; 5) I, IV

053. Серебряная амальгама обладает положительными свойствами:

1) большой прочностью, пластичностью; 2) хорошей адгезией; 3) эстетичностью; 4) высокой теплопроводностью; 5) коррозией

054. Основным недостатком микрогибридных композитов является:

1) прочность; 2) цветостойкость; 3) полимеризационная усадка; 4) рентгеноконтрастность; 5) полируемость

055. Микрогибридные композиты применяются при пломбировании кариозных полостей классов:

1) I-V; 2) I; 3) II; 4) III, IV; 5) VI

056. Основным недостатком пластических нетвердеющих материалов для корневых каналов является:

1) противовоспалительное действие

2) бактерицидное действие

3) рассасывание в корневом канале

4) стимуляция репаративных процессов

5) противоэкссудативное действие

057. Основными положительными свойствами цинк-фосфатных цементов для пломбирования корневых каналов является:

1) рентгеноконтрастность, герметичность

2) вязкость

3) короткий период пластичности

4) трудное выведение из корневого канала

5) травма периодонта

058. Цинкоксидэвгеноловая паста обладает положительными свойствами:

1) токсическим и аллергическим действием

2) окрашиванием тканей зуба

3) противовоспалительным, легким введением в канал

4) рассасыванием в корневом канале

5) влиянием на полимеризацию композитов

059. Основными компонентами порошка искусственного дентина являются

оксиды:

1) цинка и сульфат цинка; 2) цинка и магния; 3) алюминия и цинка; 4) кальция и цинка; 5) магния и алюминия

060. Представителем группы стеклоиономерных цементов является:

1) силиции 2) силидонт 3) адгезор 4) фуджи 5) поликарбоксилатный цемент

061. К группе цинк-фосфатных цементов принадлежат:

1) силиции; 2) силидонт; 3) унифас; 4) фуджи; 5) СИЦ

062. Основным представителем силикатных цементов является:

1) силиции; 2) силидонт; 3) стион; 4) фуджи; 5) норакрил

063. Фосфат-цемент применяется для:

1) фиксации керамических вкладок

2) фиксации искусственных коронок

3) пломбирования полостей IV класса

4) пломбирования полостей V класса

5) лечебных прокладок

064. Кетак-эндо применяют для:

1) пломбирования полостей I класса 4) герметизации фиссур

2) фиксации коронок 5) пломбирования полостей II класса

3) пломбирования корневых каналов

 065. Основной составляющей (до 95%) порошка фосфат-цемента является оксид:

1) кремния; 2) магния; 3) цинка; 4) кальция; 5) алюминия

066. Основой (до 47%) порошка силикатных цементов является оксид:

1) кремния; 2) магния; 3) цинка; 4) кальция; 5) фтора

067. Для замешивания фосфатных цементов используется:

1) полиакриловая кислота 4) малеиновая кислота

2) дистиллированная вода 5) физиологический раствор

3) ортофосфорная кислота

068. Недостаточное краевое прилегание серебряной амальгамы зависит от

присутствия соединения:

1) серебро + ртуть; 2) серебро + олово; 3) слово + ртуть; 4) медь + олово;

5) медь + ртуть

069. В 60-е годы XX века композитные материалы разработал и внедрил:

1) Блэк; 2) Бовен; 3) Буонакоре; 4) Буш; 5) Миллер

070. Инициатором полимеризации материала светового отверждения является:

1) камфорахинон 4) пероксид бензоила и ароматические амины

2) пероксид бензоила 5) камфорахинон и ароматические амины

3) ароматические амины

071. К бондинговым системам относятся:

1) ортофосфорная кислота; 2) праймер и адгезив; 3) соляная кислота; 4) плавиковая кислота; 5) полиакриловая кислота

072. В микронаполненных композитах частицы наполнителя имеют размер (мкм):

1) 1-100; 2) 50; 3) более 1; 4) 1; 5) менее 1

073. Жидкотекучие композиты вводят в полость:

1) гладилкой; 2) штопфером; 3) шприцем; 4) шприцем и гладилкой; 5) амальгамотрегером

074. В качестве изолирующих прокладок применяются материалы:

1) силикатные; 2) цинк-сульфатные; 3) силикофосфатные; 4) стеклоиономерные; 5) композитные

075. В качестве силера на основе гидроокиси кальция применяется:

1) апексид; 2) эндодент; 3) эндометазон; 4) форфенан; 5) силидонт

076. Представителем группы силеров на полимерной основе является:

1) эндометазон; 2) витапекс; 3) форфенан; 4) эвгедент; 5) АН+

077. Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону:

1) источника света; 2) полости зуба; 3) вестибулярную; 4) оральную; 5) окклюзионную

078. Оптимальная толщина наложения порции светоотверждаемого композиционного материала составляет в мм:

1) 1,5-2; 2) 3; 3) 3-4; 4) 4-5; 5) 6-7

079. Наложение композита химического отверждения производится слоем (слоями):

1) одним; 2) двумя; 3) тремя; 4) четырьмя; 5) пятью

080. Усадка композита химического отверждения происходит в сторону:

1) оральную; 2) вестибулярную; 3) источника света; 4) полости зуба; 5) равномерно по объему

081. Наложение светоотверждаемых пломб противопоказано при наличии:

1) полостей I класса; 2) полостей II класса; 3) полостей III класса; 4) кардиостимулятора;

5) полостей IV класса

## Эндодонтия как наука

001. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий:

1) технику препарирования кариозных полостей

2) внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней

3) технику пломбирования кариозных полостей

4) манипуляции на тканях пародонта

5) лечение кариеса

002. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:

1) пинцет, зеркало; 2) гладилку, пинцет; 3) зеркало, зонд; 4) штопфер, зонд 5) штопфер, пинцет

003. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:

1) передне-заднем; 2) по оси зуба; 3) щечно-небном; 4) щечно-заднем; 5) передне-щечном

004. Раскрытие полости зуба в молярах нижней челюсти проводится бором в направлении:

1) щечно-язычном; 2) по оси зуба; 3) передне-заднем; 4) задне-язычном; 5) задне-щечном

005. Антидотом мышьяковистой кислоты являются:

1) препараты йода; 2) метронидазол (трихопол); 3) препараты брома; 4) облепиховое масло; 5) витамин А

006. После наложения мышьяковистой пасты кариозную полость закрывают:

1) дентин-пастой; 2) цинкоксидэвгеноловой пастой; 3) фосфат-цементом;

4) искусственным дентином (водным); 5) воском

007. Каналонаполнитель предназначен для:

1) удаления пульпы 4) распломбирования каналов

2) определения глубины корневого канала 5) расширения каналов

3) пломбирования каналов

008. Вскрытие полости зуба проводят:

1) финиром; 2) карборундовой головкой; 3) фиссурным бором; 4) шаровидным бором № 1; 5) диском

009. Для некротизации пульпы достаточно мышьяковистой пасты (г):

1) 0,0008; 2) 0,001; 3) 0,014 4) 0,1; 5) 1,0

010. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:

1) 24 часа; 2) 48 часов; 3) 3 суток; 4) 5-6 суток; 5) 7 суток

011. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:

1) штопфер; 2) экскаватор; 3) зонд; 4) колесовидный бор; 5) зеркало

012. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:

1) пульпэкстрактор; 2) иглу Миллера; 3) К-файл; 4) гуттаконденсор; 5) спредер

013. Удаление инфицированного предентина со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

1) корневой иглой 4) каналонаполнителем

2) пульпэкстрактором 5) экскаватором

3) К-файлом

014. При пломбировании корневого канала используют инструмент:

1) Н-файл; 2) спредер; 3) развертку; 4) пульпэкстрактор; 5) штифт

015. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:

1) плагер; 2) экскаватор; 3) спредер; 4) корневую иглу; 5) файлы

016. Для высушивания корневого канала применяется:

1) пистолет универсальной установки; 2) бумажные штифты; 3) спирт; 4) эфир; 5) перекись водорода

017. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1) спирт; 2) гипохлорит натрия; 3) эфир; 4) аскорбиновую кислоту; 5) фосфорную кислоту

018. Для импрегнационного метода используют раствор:

1) камфора-фенола; 2) резорцин-формалина; 3) фенолформалина; 4) "царскую водку"; 5) гипохлорит натрия

019. Для девитализации пульпы используют:

1) мышьяковистую пасту; 2) резорцин-формалиновую смесь; 3) камфора-фенол; 4) гипохлорит натрия; 5) унитиол

020. Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:

1) ЭДТА; 2) глюконат кальция; 3) марганцовокислый калий; 4) формалин; 5) йодинол

021. При проведении метода девитальной экстирпации пульпы в первое посещение проводят:

1) раскрытие полости зуба 4) инструментальную обработку каналов

2) промывание каналов 5) пломбирование каналов

3) наложение мышьяковистой пасты

022. Для пломбирования корневого канала однокорневого зуба используют:

1) резорцин-формалиновую пасту 4) гуттаперчевые штифты

2) силикатный цемент 5) форфенан

3) жидкотекучий композит

023. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:

1) абсорбции влаги; 2) дезинфекции канала; 3) пломбирования;

4) оттока экссудата; 5) расширения

024. Вскрытие полости зуба означает:

1) удаление свода полости зуба 4) перфорацию дна полости зуба

2) удаление нависающих краев эмали 5) удаление пульпы

3) создание сообщения с полостью зуба

025. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:

1) раствора ЭДТА; 2) гипохлорита натрия; 3) перекиси водорода;

4) соляной кислоты; 5) хлоргексидина

026. Для прохождения корневого канала по длине применяют:

1) К-ример 2) К-файл 3) Н-файл 4) пульпэкстрактор 5) каналонаполнитель

027. Для расширения корневого канала по диаметру применяют:

1) корневую иглу; 2) пульпэкстрактор; 3) К-ример4 4) К-файл, Н-файл;

5) каналонаполнитель

028. Длина пульпэкстрактора для фронтальных зубов верхней челюсти равна (мм):

1) 22; 2) 36; 3) 41; 4) 44; 5) 46

029. При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

1) пульпэкстракторы; 2) Н-файлы; 3) спредеры; 4) плагеры; 5) К-файлы

030. При латеральной конденсации гуттаперчи в качестве силера применяется:

1) резорцин-формалиновая паста 4) стекловолоконные штифты

2) паста на основе смол 5) анкерные штифты

3) серебряные штифты

031. Элементом коронковой полости зуба является:

1) канал; 2) свод; 3) края; 4) углы; 5) физиологическое сужение

032. Частью корневого канала является:

1) свод; 2) анатомическое отверстие; 3) дно;

4) рентгенологическая верхушка; 5) края

033. Вскрытие полости зуба проводят:

1) бором; 2) шпателем; 3) пинцетом; 4) штопфером; 5) экскаватором

034. Полость зуба раскрывают бором:

1) колесовидным 2) грушевидным 3) батт-бором 4) обратноконусовидным

5) торпедовидным

035. Ампутацию пульпы проводят:

1) зондом; 2) экскаватором; 3) гладилкой; 4) корневой иглой; 5) пинцетом

036. Экстирпацию пульпы проводят:

1) экскаватором; 2) пульпэкстрактором; 3) каналонаполнителем; 4) спредером; 5) плагером

037. Глубокую кариозную полость обрабатывают:

1) 3% перекисью водорода 4) 18%ЭДТА

2) физиологическим раствором 5) 1,0% перманганатом калия

3) 70% этиловым спиртом

038. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1) малеиновая кислота 4) 3% гипохлорит натрия

2) дистиллированная вода 5) азотная кислота

3) 37% фосфорная кислота

039. В верхних молярах количество корней:

1; 2) 2; 3) 3; 4) 4; 5) 5

040. В нижних молярах количество каналов:

1) 1,2; 2) 2,3, 4; 3) 3,4; 4) 4; 5) 5

041. В верхних молярах количество каналов:

1) 1,2; 2) 2,3; 3) 3,4; 4) 4,5; 5) 1,4

042. В нижних молярах количество корней:

1) 1; 2)2; 3)3; 4) 4; 5) 5

043. На верхней челюсти два корня имеют:

1) резцы; 2) клыки; 3) первые премоляры; 4) вторые премоляры; 5) моляры

044. На верхней челюсти три корня имеют:

1) резцы; 2) клыки; 3) первые премоляры; 4) вторые премоляры; 5) моляры

045. Вскрытие полости зуба интактных моляров верхней челюсти производят в области:

1) передней фиссуры; 2) задней фиссуры; 3) щечного бугра; 4) небного бугра; 5) валика

046. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий топографию и манипуляции в полости:

1) зуба; 2) кариозной; 3) рта; 4) носа; 5) глаза

047. Определение рабочей длины зуба осуществляется методом:

1) рентгенографии; 2) субъективных ощущений; 3) термодиагностики; 4) электроодонтодиагностики; 5) ультразвуковым

048. Девитализирующим действием обладает:

1) цинкэвгеноловая паста; 2) параформальдегидная паста; 3) резорцин-формалиновая жидкость; 4) крезофен; 5) камфора-фенол

049. Один корень и два канала могут иметь зуб:

1) 32,42; 2) 37,47; 3) 11,21; 4) 26, 36; 5) 21,22

050. Два корня и два канала имеют зубы:

1) 12 и 22; 2) 32 и 42; 3) 14 и 24; 4) 34 и 44; 5) 16 и 26

051. Два корня и три канала имеют зубы:

1) 14 и 24; 2) 34 и 44; 3) 15 и 25 4) 37 и 47; 5) 43 и53

052. Вскрытие полости зуба интактных центральных резцов производят с

оральной поверхности на уровне:

1) режущего края; 2) верхней трети коронки; 3) средней трети коронки; 4) нижней трети коронки; 5) шейки зуба

053. Вскрытие полости зуба интактных премоляров верхней челюсти производят:

1) в середине продольной фиссуры 4) в пришеечной области

2) в области щечного бугра 5) с вестибулярной стороны

3) в области небного бугра

054. Вскрытие полости зуба интактного первого премоляра нижней челюсти

производят в области:

1) валика; 2) фиссуры впереди валика; 3) фиссуры позади валика; 4) щечного бугра; 5) язычного бугра

055. Вскрытие полости зуба интактного второго премоляра нижней челюсти производят в области:

1) середины продольной фиссуры

2) щечного бугра

3) язычного бугра

4) задней трети продольной фиссуры

5) передней трети продольной фиссуры

056. Вскрытие полости зуба интактных нижних моляров производят в области:

1) передней трети фиссуры; 2) середины фиссуры; 3) задней трети фиссуры; 4) переднего щечного бугра; 5) заднего щечного бугра

057. При промывании корневого канала из шприца эндодонтическая игла продвигается:

1) в устье; 2) на 1/3 его длины; 3) в среднюю треть длины; 4) к апикальному отверстию; 5) за апикальное отверстие

058. Пульпоэкстрактор применяется для:

1) удаления свода полости зуба 4) создания апикального упора

2) удаления пульпы из канала 5) расширения канала

3) удаления предентина

059. Для высушивания корневого канала применяется:

1) абсорбер, ватная турунда; 2) шприц; 3) пустер; 4) ватная турунда, пустер; 5) шприц, ватная турунда

060. Символом К-римера является:

1) треугольник; 2) квадрат; 3) ромб; 4) круг; 5) трапеция

061. Символом К-файла является:

1) треугольник; 2) квадрат; 3) ромб; 4) круг; 5) трапеция

062. Для снижения риска перфорации искривленного канала необходимо:

1) изогнуть К-ример по кривизне канала

2) применить вращающиеся инструменты

3) отказаться от обработки канала

4) применить препарат ЭДТА

5) запломбировать канал

063. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

1) наличие целого тяжа на пульпэкстракторе

2) кровотечение из канала

3) безболезненная перкуссия

4) болезненное зондирование

5) проведение ЭОД

064. Современным способом пломбирования корневых каналов является:

1) метод латеральной конденсации гуттаперчи

2) применение одной пасты

3) применение фосфат-цемента

4) применение серебряного штифта

5) применение гуттаперчи без силера

065. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:

1) хорошо проходимые каналы

2) каналы в стадии резорбции верхушечной части

3) плохопроходимые и облитерированные каналы

4) каналы однокорневых зубов

5) воспаление в периодонте

066. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала

является:

1) антисептическая обработка

2) расширение апикального отверстия

3) определение длины корневого канала

4) расширение устьев корневого канала

5) применение Н-файлов

067. Количество и название корневых каналов у первых верхних моляров:

1)2- щечный, небный

2) 3 - небный, переднещечный, заднещечный

3) 3 - задний, переднеязычный, переднещечный

4) 3 - небный, переднеязычный, заднеязычный

5) 5 - передней, заднещечный, небный

068. Критерием полного удаления пульпы из корневого канала является:

1) наличие целого тяжа на пульпэкстракторе

2) кровотечение из канала

3) безболезненная перкуссия

4) болезненное зондирование

5) проведение ЭОД

069. Устья каналов определяют:

1) пародонтальным зондом; 2) экскаватором; 3) шаровидным бором; 4) эндодонтическим зондом; 5) скалером

070. Рабочая длина корневого канала определяется:

1) по субъективным ощущениям врача 4) рентгенограммой с иглой

2) по ощущениям пациента 5) ЭОД

3) ортопантомограммой

071. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

1) кислой; 2) щелочной; 3) нейтральной; 4) с гипохлоритом натрия; 5) соленой

072. Преимуществом пломбирования корневого канала с применением системы "Термафил" является:

1) короткий период пластичности 4) выведение материала за верхушку

2) трехмерная обтурация канала 5) травма периодонта

3) болевые ощущения

073. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:

1) неправильная интерпретация рентгенограмм

2) недостаточная герметизация девитализирующей пасты

3) смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки

4) закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином

5) перфорация

074. Осложнением при эндодонтическом лечении является:

1) отлом инструмента в канале

2) создание апикального упора

3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия

4) создание конусности канала

5) расширение канала

075. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

1) вскрытие полости зуба

2) наложение лечебной прокладки

3) полное удаление некротизированного дентина

4) раскрытие кариозной полости

5) формирование кариозной полости

076. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба

2) закрытие кариозной полости искусственным дентином

3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба

4) адекватное обезболивание

5) проведение некрэктомии

077. Метод полного сохранения жизнеспособности пульпы - это:

1) витальная экстирпация; 2) витальная ампутация; 3) биологический метод; 4) девитальная экстирпация; 5) девитальная ампутация

078. Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах - это:

1) девитальная экстирпация 4) витальная экстирпация

2) девитальная ампутация 5) биологический метод

3) витальная ампутация

079. При лечении пульпита биологическим методом проводится:

1) удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией

2) удаление коронковой пульпы под анестезией

3) сохранение всей пульпы

4) девитализация пульпы

5) девитальная ампутация пульпы

080. Ретроградное пломбирование канала зуба проводят:

1) пластичными нетвердеющими пастами

2) резорцин-формалиновой пастой

3) цинк-эвгеноловой пастой

4) стеклоиономерным цементом

5) масляным дентином

## Методы обезболивания.

001. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

1) интубационная; 2) проводниковая; 3) эпидуральная; 4) внутривенная; 5) масочная

002. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:

1) подкожная; 2) интубационная; 3) интралигаментарная; 4) эпидуральная 5) внутривенная

003. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

1) аллергические реакции на анестетики 4) подвижность зубов

2) множественный кариес зубов 5) повышенное АД

3) высокая температура

004. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1) инфильтрационную; 2) торусальную; 3) резцовую; 4) мандибулярную; 5) ментальную

005. При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1) торусальную; 2) инфраорбитальную; 3) туберальную; 4) ментальную; 5) резцовую

006. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:

1) палатинальная

2) инфраорбитальная

3) инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны

4) резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны

5) туберальная

007. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:

1) инфильтрационная; 2) резцовая; 3) торусальная; 4) палатинальная; 5) туберальная

008. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:

1) инфильтрационная; 2) туберальная; 3) ментальная; 4) по Гоу-Гейтсу; 5) палатинальная

009. Подъязычный нерв иннервирует:

1) зубы верхней челюсти

2) слизистую оболочку неба

3) слизистую оболочку десны с язычной стороны

4) нижнюю губу и кожу подбородочной области

5) слизистую щеки

010. Скулоальвеолярный гребень расположен на уровне:

1) второго моляра; 2) первого моляра; 3) второго премоляра; 4) первого премоляра; 5) клыка

011. При проведении разреза на небе в области верхних резцов рекомендуется анестезия:

1) палатинальная; 2) резцовая; 3) подглазничная; 4) туберальная; 5) торусальная

012. При проведении разреза с вестибулярной стороны в области верхних моляров наилучший эффект обезболивания достигается при анестезии:

1) туберальной; 2) резцовой; 3) палатинальной; 4) подглазничной; 5) ментальной

013. Туберальная анестезия блокирует ветви:

1) передние верхние альвеолярные 4) глазничного нерва

2) средние верхние альвеолярные 5) носонебного нерва

3) задние верхние альвеолярные

014. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

015. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V

016. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через:

1) овальное отверстие в подвисочную ямку

2) круглое отверстие в крылонебную ямку

3) foramen infraorbitale в fossa canina

4) верхнеглазничную щель в глазницу

5) ментальное отверстие

017. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:

1) овальное отверстие 4) верхнеглазничную щель

2) круглое отверстие 5) нижнечелюстной канал

3) подглазничное отверстие

018. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:

1) сложных эфиров; 2) амидов; 3) щелочей; 4) спиртов; 5) кислот

019. Направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии:

1) кверху, кзади, кнутри 4) книзу, кзади, кнаружи

2) кверху, кзади, кнаружи 5) кверху, вперед, наружу

3) книзу, кзади, кнутри

020. Направление иглы при проведении туберальной анестезии:

1) кверху, кзади, кнутри 4) книзу, кзади, кнаружи

2) кверху, кзади, кнаружи 5) кверху, вперед, кнутри

3) книзу, кзади, кнутри

021. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

1) кверху, кзади, кнутри 4) книзу, кзади, кнаружи

2) кверху, кзади, кнаружи 5) кверху, вперед, кнутри

3) книзу, кзади, кнутри

022. Направление иглы при блокаде носонебного нерва:

1) кверху, кнутри; 2) кверху, кзади; 3) книзу, кнутри; 4) книзу, кзади; 5) книзу, кнаружи

023. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:

1) гематома; 2) коллапс; 3) обморок; 4) анафилактический шок; 5) отек Квинке

024. Анестезия по Вайсблату блокирует ветви тройничного нерва:

1) I и II; 2) II и III; 3) I и III; 4) II и IV; 5) I и IV

025. Нижний луночковый нерв иннервирует:

1) зубы верхней челюсти; 2) зубы нижней челюсти;

3) подъязычную область; 4) 2/3 языка; 5) слизистую щеки

026. В зону иннервации ментального нерва входят:

1) моляры

2) альвеолярный отросток в области моляров

3) подбородок, губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти

4) костная ткань ветви нижней челюсти

5) верхняя губа

027. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

1) мандибулярной и ментальной

2) резцовой и инфраорбитальной

3) резцовой и туберальной

4) туберальной и палатинальной

5) инфраорбитальной и палатинальной

028. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:

1) мандибулярной; 2) ментальной; 3) инфраорбитальной; 4) туберальной;

5) палатинальной

029. Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1) мандибулярной; 2) ментальной; 3) инфраорбитальной; 4) туберальной;

5) торусальной

030. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

1) мандибулярной; 2) торусальной; 3) инфраорбитальной; 4) туберальной;

5) по Гоу-Гейтсу

031. В зону иннервации язычного нерва входит:

1) задняя треть языка

2) передние 2/3 языка

3) слизистая оболочка глотки

4) слизистая оболочка переходной складки

5) кончик языка

032. Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

1) кожа и слизистая щеки

2) альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти

3) альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти

4) бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти

5) слизистая неба

033. Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

1) торусальной; 2) туберальной; 3) ментальной; 4) инфраорбитальной;

5) палатинальной

034. Зона иннервации средних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва:

1) премоляры нижней челюсти 4) премоляры верхней челюсти

2) моляры верхней челюсти 5) резцы верхней челюсти

3) моляры нижней челюсти

035. В зону иннервации передних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва входят зубы:

1) фронтальные верхней челюсти 4) жевательные нижней челюсти

2) фронтальные нижней челюсти 5) премоляры нижней челюсти

3) жевательные верхней челюсти

036. В зону иннервации нижнелуночкового нерва входят:

1) зубы верхней челюсти; 2) зубы нижней челюсти; 3) передние 2/3 языка;

4) небо; 5) слизистая щеки

037. Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва осуществляется по:

1) Берше-Дубову; 2) Вайсбрему; 3) Берше и Егорову; 4) Вайсблату;

5) Гоу-Гейтсу

038. Местным осложнением при обезболивании является:

1) обморок; 2) контрактура нижней челюсти; 3) анафилактический шок;

4) коллапс; 5) отек Квинке

039.Общим осложнением при обезболивании является:

1) кровотечение; 2) контрактура; 3) обморок; 4) некроз; 5) гематома

040. Зона иннервации носонебного нерва:

1) слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области резцов

2) слизистая оболочка, твердое небо у резцов, до клыков

3) зубы верхней челюсти от клыка до клыка

4) альвеолярный отросток верхней челюсти

5) слизистая оболочка щеки

041. К видам общего обезболивания относят:

1) внутрипульпарное; 2) спонгиозное; 3) нейролептаналгезию; 4) интралигаментарное;

5) проводниковое

042. К методу инфильтрационной анестезии относится:

1) мандибулярная; 2) субпериостальная; 3) инфраорбитальная; 4) резцовая; 5) ментальная

043. При общем обезболивании происходит:

1) обратимое торможение ЦНС

2) необратимое торможение ЦНС

3) блокада периферических нервных рецепторов

4) блокада основного нервного ствола

5) возбуждение ЦНС

044. Для премедикации применяют препараты:

1) малые транквилизаторы + анальгетики + гипосенсибилизирующие вещества

2) малые транквилизаторы + антибиотики + гипосенсибилизирующие вещества

3) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики

4) малые транквилизаторы + диуретики + спазмолитики + гипосенсибилизирующие вещества

5) анальгетики + антибиотики

045. Вазоконстрикторы вызывают:

1) расширение сосудов; 2) сужение сосудов; 3) гиперемию кожных покровов; 4) парестезии; 5) анальгезию

046. При местном обезболивании выключается болевой синдром:

1) психоэмоциональный; 2) вегетативный; 3) сенсорный; 4) двигательный; 5) рефлекторный

047. Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (в градусах):

1) 90; 2) 60-70; 3) 50-55; 4) 30-45; 5) 10-20

048.Инфраорбитальная анестезия проводится у отверстия:

1) большого небного; 2) резцового; 3) подглазничного; 4) нижнечелюстного; 5) ментального

049. Блокада носонебного нерва осуществляется у отверстия:

1) большого небного; 2) резцового; 3) подглазничного; 4) нижнечелюстного; 5) ментального

050. Депо анестетика при мандибулярной анестезии создают у отверстия:

1) большого небного; 2) резцового; 3) подглазничного; 4) нижнечелюстного; 5) подбородочного

051.Ориентир для аподактильного способа мандибулярной анестезии:

1) моляры нижней челюсти 4) крылочелюстная складка

2) ретромолярный треугольник 5) линия А

3) височный гребешок

052. Ориентир для проведения пальпаторной мандибулярной анестезии:

1) зубы верхней челюсти 4) крылочелюстная складка

2) ретромолярный треугольник 5) косая линия

3) височный гребешок

053. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

1) щечного, нижнелуночкового, язычного

2) носонебного, нижнелуночкового, подбородочного

3) щечного, нижнелуночкового, небного

4) нижнелуночкового, небного

5) носонебного, язычного

054. Передние верхние альвеолярные ветви являются ветвями нерва:

1) подглазничного; 2) резцового; 3) скулового; 4) глазничного; 5) подбородочного

055. Задние верхние альвеолярные ветви блокируются анестезией:

1) торусальной; 2) инфраорбитальной; 3) туберальной; 4) палатинальной; 5) подбородочной

056. Щечным нервом иннервируется:

1) кожа подбородка

2) слизистая оболочка твердого неба

3) премоляры

4) слизистая десны у зубов 47, 46, 45 и 35, 36, 37

5) моляры

057. Анестезией по Берше выключаются нервы:

1) язычные; 2) нижнечелюстные; 3) задние верхние альвеолярные; 4) подбородочные;

5) нижние альвеолярные

058. Торусальной анестезией выключаются нервы:

1) подбородочный, язычный

2) подбородочный, щечный

3) нижнечелюстные

4) нижнеальвеолярный, язычный, щечный

5) подглазничный, носонебный

059. Обезболиванием у большого небного отверстия прерывается проводимость нервов:

1) большого небного; 2) носонебного; 3) нижнеальвеолярного; 4) верхнего заднего альвеолярного; 5) малого небного

060. Обезболивание по Вайсбрему проводится в области:

1) бугра верхней челюсти 4) резцового отверстия

2) нижнечелюстного возвышения 5) ментального отверстия

3) большого небного отверстия

061. Для снятия контрактуры жевательных мышц показано проведение анестезии:

1) по М.М. Вайсбрему; 2) по Берше-Дубову; 3) по Берше;

4) мандибулярной; 5) по Гоу-Гейтсу

062.Зона иннервации носонебного нерва:

1) десна в области резцов

2) резцы и клыки верхней челюсти

3) слизистая твердого неба до середины клыков

4) слизистая оболочка средних носовых ходов

5) кожа верхней губы

063. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1.4 или 2.4 зубов делают под анестезией:

1) туберальной; 2) торусальной; 3) подглазничной; 4) резцовой; 5) подбородочной

064. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1.6, 1.7 или 2.6, 2.7 зубов делают под анестезией:

1) туберальной; 2) торусальной; 3) резцовой; 4) подглазничной; 5) палатинальной

065. При проведении анестезии по Гоу-Гейтсу в зону обезболивания входят зубы:

1) резцы верхней челюсти 4) моляры нижней челюсти

2) премоляры верхней челюсти 5) резцы нижней челюсти

3) моляры верхней челюсти

066. Верхнечелюстной нерв блокируют:

1) в крылонебной ямке 4) в крыловидно-челюстном пространстве

2) в подвисочной ямке 5) в подглазничном отверстии

3) у овального отверстия

067. Анатомическим ориентиром для проведения стволовых анестезий является:

1) крыловидно-челюстная складка

2) скулоальвеолярный гребень

3) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

4) височный гребешок

5) угол нижней челюсти

068. Удаление 37 и 47 зуба наиболее эффективно под анестезией:

1) мандибулярной; 2) туберальной; 3) щечной и ментальной; 4) торусальной; 5) палатинальной

069. Удаление 12 и 22 зубов эффективно проводить под анестезией:

1) инфильтрационной с вестибулярной стороны

2) инфильтрационной с вестибулярной стороны и резцовой

3) инфраорбитальной

4) туберальной

5) палатинальной

070. Для удаления 13 и 23 зубов необходимо провести анестезию:

1) инфильтрационную с вестибулярной и оральной стороны

2) инфраорбитальную и небную

3) туберальную

4) инфраорбитальную и резцовую

5) палатинальную

071. Мандибулярной анестезией выключают нервы:

1) щечный и язычный

2) язычный и нижнеальвеолярный

3) ушно-височный и щечный

4) средние верхние альвеолярные ветви

5) подглазничный и подбородочный

072. Торусальной анестезией выключают нервы:

1) язычный, нижнеальвеолярный, щечный

2) задние верхние альвеолярные ветви

3) средние верхние альвеолярные ветви

4) щечный и нижнеальвеолярный

5) передние верхние альвеолярные

073. При проведении инфраорбитальной анестезии внутриротовым методом вкол иглы делают в переходную складку между:

1) боковым резцом и клыком

2) клыком и первым премоляром

3) первым и вторым премоляром

4) центральным и боковым резцами

5) центральными резцами

074. Средние верхние альвеолярные ветви блокируют анестезией:

1) туберальной; 2) торусальной; 3) инфраорбитальной;

4) анестезией по Берше-Дубову; 5) мандибулярной

075. При операции удаления 16 зуба необходимо провести инфильтрационную анестезию:

1) по переходной складке с вестибулярной стороны

2) по переходной складке с вестибулярной и небной сторон

3) с небной стороны

4) у бугра верхней челюсти

5) в крыловидно-челюстную складку

076. При лечении пульпита 16 зуба методом витальной экстирпации необходимо провести анестезию:

1) по переходной складке с вестибулярной стороны

2) по переходной складке с вестибулярной и небной сторон

3) с небной стороны

4) в области резцового отверстия

5) в области подглазничного отверстия

077. При операции удаления премоляра верхней челюсти проводят анестезию:

1) инфраорбитальную

2) инфраорбитальную и инфильтрационную с небной стороны

3) инфильтрационную с вестибулярной стороны

4) туберальную

5) торусальную

078. При депульпировании премоляра верхней челюсти проводят анестезию:

1) инфильтрационную с вестибулярной стороны

2) инфильтрационную с небной стороны

3) инфильтрационную с вестибулярной и небной сторон

4) в области большого небного отверстия

5) резцовую

079. При операции удаления 12 зуба проводят анестезию:

1) инфраорбитальную

2) инфильтрационную с небной стороны

3) инфраорбитальную и резцовую

4) в области большого небного отверстия

5) туберальную

080. При проведении метода витальной экстирпации 22 зуба проводят анестезию:

1) инфильтрационную с вестибулярной и небной поверхностей

2) в области большого небного отверстия

3) в области резцового отверстия

4) инфильтрационную с вестибулярной стороны

5) инфильтрационную с небной стороны

081. При проведении операции удаления 37 зуба необходимо провести анестезию:

1) мандибулярную 4) в области язычного нерва

2) мандибулярную и щечную 5) ментальную

3) в области щечного нерва

082. При лечении глубокого кариеса 36 зуба проводят анестезию:

1) инфильтрационную с вестибулярной стороны

2) туберальную

3) мандибулярную

4) инфильтрационную с язычной стороны

5) ментальную

083. При проведении операции удаления 34 зуба проводят анестезию:

1) мандибулярную

2) инфильтрационную с язычной стороны

3) инфильтрационную с вестибулярной стороны

4) ментальную

5) туберальную

084. При лечении пульпита методом витальной экстирпации 33 зуба необходимо провести анестезию:

1) инфильтрационную с язычной стороны

2) туберальную

3) ментальную и инфильтрационную с язычной стороны

4) ментальную

5) инфраорбитальную

085. При удалении резцов нижней челюсти используют анестезию:

1) ментальную

2) инфильтрационную с вестибулярной стороны

3) инфильтрационную с язычной стороны

4) инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон

5) резцовую

086. При депульпировании резцов нижней челюсти используют анестезию:

1) инфильтрационную с язычной стороны

2) инфильтрационную с вестибулярной стороны

3) инфраорбитальную

4) инфильтрационную с вестибулярной и язычной сторон

5) палатинальную

087. При операции удаления 48 зуба необходимо провести анестезию:

1) торусальную; 2) инфраорбитальную; 3) туберальную; 4) ментальную;

5) палатинальную

088. При проведении мандибулярной анестезии причиной развития контрактуры нижней челюсти является ранение мышцы:

1) внутренней крыловидной; 2) латеральной крыловидной;

3) жевательной; 4) щечной; 5) височной

089. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии:

1) удаляют иглу

2) делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки

3) проводят повторную анестезию

4) госпитализируют больного

5) не предпринимают никаких действий

090. Противопоказанием к проведению интралигаментарной анестезии является:

1) лечение кариеса при заболеваниях пародонта

2) одонтопрепарирование под металлокерамическую коронку

3) лечение пульпита девитальной экстирпацией пульпы

4) удаление зуба с хроническим периодонтитом

5) удаление дистопированного зуба

## Удаление зубов верхней и нижней челюсти. Ошибки и осложнения.

001. Для удаления зубов применяются инструменты:

1) зеркало, пинцет; 2) пинцет, зонд; 3) элеватор, щипцы; 4) шпатель, пинцет; 5) зеркало, зонд

002. Для удаления зубов и корней применяются элеваторы конструкции:

1) прямой, угловой; 2) S-образной; 3) клювовидной; 4) конусовидной; 5) байонетной

003. Врач при удалении левых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

1) спереди и справа; 2) справа и сзади; 3) сзади и слева; 4) слева и спереди; 5) спереди

004. Врач при удалении правых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

1) спереди и слева; 2) справа и сзади; 3) сзади и слева; 4) справа и спереди; 5) спереди

005. Для удаления фронтальной группы зубов верхней челюсти применяются щипцы:

1) прямые со сходящимися щечками

2) прямые с несходящимися щечками

3) S-образные с несходящимися щечками

4) клювовидные с несходящимися щечками

5) байонетные

006. Перед операцией удаления зуба щипцами хирург проводит манипуляцию:

1) люксацию; 2) фиксацию; 3) сепарацию; 4) тракцию; 5) пальпацию

007. Для удаления нижних резцов и клыков используют инструменты:

1) клювовидные щипцы; 2) прямые щипцы; 3) S-образные щипцы; 4) штыковидные щипцы; 5) прямые элеваторы

008. Для удаления нижних премоляров используют щипцы:

1) клювовидные с шипами; 2) клювовидные без шипов; 3) S-образные; 4) прямые; 5) байонетные (специальные)

009. Для удаления нижних моляров используют щипцы:

1) клювовидные с шипами; 2) клювовидные без шипов; 3) штыковидные; 4) прямые; 5) S-образные

010. Для удаления верхних резцов и клыков используют щипцы:

1) клювовидные без шипов; 2) прямые; 3) S-образные; 4) штыковидные; 5) клювовидные с шипами

011. Для удаления верхних премоляров используют щипцы:

1) прямые; 2) S-образные с шипом; 3) S-образные без шипа; 4) клювовидные; 5) байонетные

012. Для удаления верхних моляров используют инструменты:

1) прямые щипцы; 2) S-образные щипцы с шипом; 3) S-образные щипцы без шипа; 4) клювовидные щипцы; 5) элеваторы

013. Для удаления третьих верхних моляров используют инструменты:

1) штыковидный элеватор 4) специальные щипцы

2) клювовидные щипцы без шипов 5) клювовидные щипцы с шипами

3) угловые элеваторы

014. Для удаления третьих нижних моляров используют инструменты:

1) штыковидный зонд 4) прямые щипцы

2) щипцы, изогнутые по плоскости 5) S-образные щипцы с шипом

3) S-образные щипцы без шипа

015. Заключительным этапом при удалении корней зубов является:

1) ротация; 2) тракция; 3) сепарация; 4) кюретаж; 5) люксация

016. При удалении зубов с сохраненной коронкой применяются:

1) щипцы со сходящимися щечками 4) элеваторы угловые

2) щипцы с несходящимися щечками 5) гладилки

3) элеваторы прямые

017. Для обработки лунки после удаления зуба применяют:

1) элеватор; 2) кюретажную ложку; 3) зонд; 4) серповидную гладилку; 5) зеркало

018. В области дна верхнечелюстной пазухи близко располагаются корни зубов:

1) резцов и клыков; 2) клыков и премоляров; 3) премоляров и моляров; 4) моляров и резцов; 5) премоляров и резцов

019. При операции удаления корней центральных резцов верхней челюсти

применяется:

1) штыковидный элеватор

2) прямые щипцы со сходящимися щечками

3) клювовидные щипцы со сходящими щечками

4) S-образные щипцы

5) клювовидные щипцы с несходящимися щечками

020. При удалении шестого зуба нижней челюсти производят первое движение:

1) ротацию; 2) ротацию и люксацию; 3) люксацию в язычную сторону; 4) люксацию в щечную сторону; 5) тракцию

021. Для удаления корней верхних премоляров предназначены щипцы с щечками:

1) прямые с несходящимися 4) клювовидные со сходящимися

2) S-образные с несходящимися 5) клювовидные с несходящимися

3) S-образные со сходящимися

022. Для удаления правых верхних моляров с сохраненной коронкой предназначены щипцы:

1) S-образные с шипом справа 4) штыковидные

2) S-образные с несходящимися щечками без шипа 5) клювовидные

3) S-образные с шипом слева

023. Для удаления корней верхних моляров предназначены щипцы:

1) S-образные с несходящимися щечками

2) S-образные с шипами

3) прямые со сходящимися щечками

4) штыковидные

5) прямые с несходящимися щечками

024. Для удаления корней нижних зубов предназначены щипцы:

1) клювовидные с шипами

2) клювовидные со сходящимися щечками

3) изогнутые по плоскости с шипами

4) S-образные со сходящимися щечками

5) байонетные

025. Прием ротации производят при удалении:

1) моляров нижней челюсти 4) резцов верхней челюсти

2) премоляров верхней челюсти 5) резцов нижней челюсти

3) моляров верхней челюсти

026. При удалении второго моляра нижней челюсти производят первое движение:

1) ротацию 4) люксацию в щечную сторону

2) ротацию и люксацию 5) тракцию

3) люксацию в язычную сторону

027. Показанием к срочному удалению зуба является:

1) дистопированные зубы

2) хронический пульпит

3) разрушение коронки зуба

4) некупируемое гнойное воспаление в периодонте

5) подвижность зуба 3 степени

028. Показанием к плановому удалению зуба является:

1) острый остеомиелит 4) хронический пульпит

2) острый периостит 5) острый пульпит

3) подвижность зуба 3 степени

029. Первым движением при удалении шестого зуба верхней челюсти является:

1) ротация; 2) люксация и ротация; 3) люксация в небную сторону;

4) люксация в щечную сторону; 5) люксация в обе стороны

030. Для удаления моляров на нижней челюсти при затрудненном открывании полости рта применяются:

1) щипцы изогнутые по плоскости

2) клювовидные щипцы со сходящимися щечками

3) клювовидные щипцы с шипами

4) элеватор Леклюза

5) байонетные щипцы

031. При тампонировании лунки йодоформную турунду извлекают:

1) на 2 день; 2) на 5-7 день; 3) на 12-14 день; 4) через три недели; 5) через месяц

032. При удалении восьмого зуба на нижней челюсти рекомендуется пользоваться штыковидным элеватором при следующем состоянии зубного ряда:

1) отсутствии 7 зуба 4) патологической подвижности 5, 6, 7

2) отсутствии 6 зуба 5) наличии устойчивых 6 и 7

3) подвижности III степени 6 и 7 зубов

033. Для удаления разъединенных корней 37 применяется:

1) угловой элеватор; 2) S-образные щипцы; 3) штыковидный элеватор; 4) прямые щипцы; 5) клювовидные щипцы

034. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относится:

1) синусит; 2) альвеолит; 3) вывихивание соседнего зуба; 4) периостит челюсти; 5) остеомиелит

035. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относится:

1) невралгия тройничного нерва 4) луночковое кровотечение

2) артрит височно-нижнечелюстного сустава 5) альвеолит

3) паротит

036. После сложного удаления 48 зуба следует назначить больному:

1) холод на область угла нижней челюсти 4) компресс с вазелином

2) тепловой компресс 5) физиотерапию

3) компресс с мазью Вишневского

037. Местной причиной кровотечения после удаления зуба является:

1) нарушение свертываемости крови 4) хронический гломерулонефрит

2) травма мягких тканей 5) анафилактический шок

3) повышенное давление

038. Способом остановки кровотечения из глубины лунки является:

1) наложение кристаллов перманганата калия

2) тампонада устья лунки

3) тугая тампонада лунки

4) наложение швов на рану

5) наложение гемостатической губки

039. Общей причиной кровотечения после удаления зуба является:

1) острый воспалительный процесс в костной ткани; 2) разрыв десны; 3) гемофилия; 4) отлом альвеолярного края; 5) синусит

040. Возможное местное осложнение при удалении зубов на верхней челюсти:

1) перфорация верхнечелюстной пазухи 4) онемение нижней губы

2) перелом мыщелкового отростка 5) коллапс

3) обморок

041. Местным осложнением после операции удаления зуба является:

1) перелом корня зуба; 2) альвеолит лунки; 3) паротит 4) анафилактический шок; 5) коллапс

042. Местным осложнением во время операции удаления зуба является:

1) перелом коронки или корня зуба; 2) альвеолит; 3) остеомиелит лунки; 4) паротит; 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

043. При проталкивании корня в верхнечелюстную пазуху ошибочным действием врача является:

1) удаление корня через лунку

2) наложение йодоформного тампона на устье лунки

3) фиксация тампона в устье лунки

4) удаление корня в стационаре

5) ротоносовая проба

044. Наиболее часто смещение зубов в толщу мягких тканей происходит при удалении:

1) 24 и 14; 2) 38 и 48; 3) 36 и 46; 4) 18 и 28; 5) 11 и 21

045. Отлом бугра верхней челюсти может произойти при удалении зубов:

1) 11 и 21; 2) 13 и 23; 3) 34 и 44; 4) 28 и 18; 5) 35 и 45

046. Общей причиной длительного кровотечения из лунки является:

1) острый лейкоз; 2) отлом части альвеолы; 3) травма десны; 4) острый воспалительный процесс; 5) невралгия

047. Признаком вскрытия дна гайморовой пазухи является:

1) выделение крови из лунки удаленного зуба

2) выделение гноя из лунки удаленного зуба

3) кровотечение из носа

4) положительная ротоносовая проба

5) отек мягких тканей

048. Местной причиной кровотечения из глубины лунки является:

1) гемофилия 4) травма нижней альвеолярной артерии

2) прием антикоагулянтов 5) обморок

3) гипертоническая болезнь

049. При вскрытии дна гайморовой пазухи следует провести:

1) тугую тампонаду лунки

2) прикрыть устье лунки йодоформной турундой на срок 5-7 дней

3) рыхлую тампонаду лунки йодоформной турундой на срок 2 дня

4) ушивание перфорации трапециевидным лоскутом

5) проводниковую анестезию

050. При проталкивании корня зуба в гайморову пазуху следует:

1) попытаться удалить его через лунку

2) сделать тугую тампонаду лунки

3) назначить физиотерапевтическое лечение

4) направить пациента в стационар

5) сделать инфильтрационную анестезию

051. Наиболее часто перелом нижней челюсти возникает при удалении зубов:

1) 35 или 45; 2) 44 или 34; 3) 38 или 48; 4) 32 или 42; 5) 31 или 41

052. Перфорация дна гайморовой пазухи наиболее вероятна при удалении зубов:

1) 12 ,22, 11, 21 4) 18, 28, 38, 48

2) 23, 13, 24, 14 5) 45, 35, 44, 34

3) 16, 26, 17, 27

053. Перелом нижней челюсти более вероятен при работе инструментами:

1) клювовидными щипцами без шипиков

2) элеватором Леклюза

3) клювовидными щипцами с шипиками

4) угловым элеватором "от себя"

5) прямыми щипцами

054. Местной причиной кровотечения из лунки является:

1) повышенное артериальное давление 4) перелом корня

2) перелом межкорневой перегородки 5) острые края лунки

3) разрыв мягких тканей

055. При кровотечении со дна лунки следует провести:

1) тугую тампонаду лунки йодоформной турундой

2) тампонаду устья лунки йодоформной турундой

3) удаление межкорневой перегородки

4) наложение на устье лунки гемостатической губки

5) проводниковое обезболивание

056. При альвеолите в первое посещение следует сделать:

1) тугую тампонаду лунки йодоформной турундой

2) кюретаж лунки

3) разрез по переходной складке

4) удалить распавшийся сгусток и рыхло ввести в лунку йодоформную турунду

5) местную анестезию

057. Для остановки кровотечения из стенок лунки проводят:

1) тампонаду йодоформной турундой

2) назначение гипотензивной терапии

3) переливание крови

4) срочную госпитализацию больного

5) сдавление кровоточащего участка кости

058. Для остановки кровотечения при повреждении мягких тканей применяют:

1) переливание крови 4) антикоагулянты внутривенно

2) наложение швов на рану 5) местное обезболивание

3) общую гемостатическую терапию

059. При вскрытии дна гайморовой пазухи проводят:

1) промывание раствором антисептика 4) аппликацию антибиотиками

2) ушивание лоскутом 5) кюретаж гайморовой пазухи

3) тугую тампонаду лунки

060. При переломе корня неправильным действием врача является:

1) удаление полностью корня

2) оставление отломка корня в лунке

3) удаление грануляционной ткани

4) сглаживание острого края кости

5) проведение повторной операции через 7-10 дней

061. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относится:

1) гипертонический криз 4) остеомиелит лунки

2) вывих височно-нижнечелюстного сустава 5) коллапс

3) обморок

062. При проталкивании корня зуба в задние отделы подъязычной области во

время удаления 38 и 48 производят:

1) рассечение мягких тканей над корнем

2) отслоение слизисто-надкостничного лоскута

3) ушивание лунки зуба

4) госпитализацию больного

5) местное обезболивание

063. К осложнениям, возникающим во время удаления восьмого зуба верхней челюсти, относится:

1) отлом бугра верхней челюсти; 2) неврит носонебного нерва; 3) остеомиелит лунки; 4) синусит; 5) артрит

064. При разрыве десны во время операции удаления зуба показано:

1) тампонирование раны

2) наложение швов на десну

3) обработка раневой поверхности 1% р-ром йода

4) аппликация эпителизирующими средствами

5) диатермокоагуляция

065. Вывих нижней челюсти возможен при удалении зубов:

1) 24, 14; 2) 13, 23; 3) 41, 31; 4) 47, 37; 5) 21, 11

**Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов и зубных резцов.**

001. Окклюзия - частный случай артикуляции, характеризующийся:

1) всеми перемещениями нижней челюсти

2) смыканием зубов

3) разобщением зубных рядов

4) широким открыванием рта

5) боковыми движениями нижней челюсти

002. Окклюдатор - аппарат, воспроизводящий:

1) все движения нижней челюсти 4) движения нижней челюсти вправо

2) смыкание и размыкание челюстей 5) движения нижней челюсти вперед

3) движения нижней челюсти влево

003. Артикуляция - понятие, включающее в себя соотношение челюстей при:

1) центральной окклюзии 4) всевозможных положениях нижней челюсти

2) боковой окклюзии 5) состоянии физиологического покоя

3) передней окклюзии

004. Носогубные складки у больных при полной утрате зубов:

1) резко выражены; 2) сглажены; 3) асимметричны; 4) не изменены; 5) отсутствуют

005. Высота окклюзионного валика:

1) 2 см; 2) выше оставшихся зубов; 3) ниже оставшихся зубов; 4) на уровне оставшихся зубов; 5) на уровне альвеолярного гребня

006. Окклюзионная кривая-линия, проведенная по:

1) режущим краям фронтальных зубов

2) режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров

3) проекции верхушек корней зубов

4) жевательной поверхности премоляров и моляров

5) по вершинам бугров моляров

007. Центральная окклюзия характеризуется:

1) множественным фиссурно-бугорковым контактом

2) смещением влево резцовой линии

3) контактом жевательных групп зубов справа

4) напряжением мышц, опускающих нижнюю челюсть

5) смещением суставных головок вперед

008. Центральная окклюзия характеризуется положением суставной головки:

1) у основания ската суставного бугорка 4) за вершиной суставного бугорка

2) в суставной ямке центрально 5) на скате суставного бугорка

3) у вершины суставного бугорка

009. К режущим инструментам относятся:

1) алмазные боры; 2) твердосплавные боры; 3) резиновые головки; 4) карборундовые камни; 5) штрипсы

010. Воск, используемый для определения центральной окклюзии, называется:

1) моделировочным; 2) базисным; 3) профильным (восколит); 4) бюгельным; 5) липким

011. Сепарация - этап подготовки зубов под искусственные коронки, включающий в себя препарирование твердых тканей зуба с:

1) окклюзионной поверхности 4) оральной поверхности

2) вестибулярной поверхности 5) созданием уступа

3) контактных поверхностей

012. Промежуточная часть мостовидного протеза может быть представлена:

1) виниром; 2) фасеткой; 3) вкладкой; 4) коронкой; 5) имплантатом

013. Штампованная коронка должна охватывать культю зуба:

1) плотно; 2) с зазором 0,2 мм; 3) с зазором для фиксирующего материала

4) в различных участках по-разному

5) глубоко погружаясь под десну

014. Для сепарации зубов при одонтопрепарировании под искусственные коронки используют:

1) боры колесовидные; 2) сепараторы; 3) фрезы; 4) односторонние сепарационные диски; 5) штрипсы

015. По функции различают искусственные коронки:

1) литые; 2) фасеточные; 3) временные; 4) пластмассовые; 5) цельнолитые

016. По конструкции различают искусственные коронки:

1) телескопические 2) частично-съемные 3) фасетки 4) восстановительные 5) пластмассовые

017. Штифтовый зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

1) вестибулярной стенки зуба 4) коронковой части зуба

2) зубного ряда – включенный 5) отсутствующего зуба

3) зубного ряда - концевой

018. Базальная дуга (апикальный базис) - кривая, проходящая по:

1) режущему краю фронтальных зубов

2) экватору всех групп зубов

3) проекции верхушек корней зубов

4) жевательной поверхности зубов

5) по гребню альвеолярных отростков

019. К абразивным инструментам для одонтопрепарирования относятся:

1) стальные боры; 2) алмазные головки; 3) твердосплавные боры; 4) твердосплавные фрезы; 5) силиконовые диски

020. При препарировании зубов под штампованные коронки культя зуба создается:

1) с параллельными стенками; 2) с сохраненным экватором зуба; 3) в виде конуса; 4) в форме цилиндра; 5) в виде обратного конуса

021. По функции различают искусственные коронки:

1) восстановительные, комбинированные

2) временные, с облицовкой

3) восстановительные, фиксирующие

4) опорные (фиксирующие), пластмассовые

5) литые, штампованные

022. Для изготовления культевой штифтовой вкладки значения ИРОПЗ составляют:

1) 0,1-0,2; 2) 0,2-0,3; 3) 0,3-0,5; 4) 0,6-0,8; 5) более 0,8

023. Показанием к изготовлению штифтового зуба являются:

1) отлом коронки зуба по режущему краю

2) разрушение корня зуба

3) кариозная полость I класса по Блэку

4) разрушение коронковой части зуба

5) отсутствие зуба

024. Основными показаниями к изготовлению искусственных коронок являются зубы с:

1) разрушенной коронкой зуба более 60%

2) значительными изменениями в периодонте

3) подвижностью III степени

4) некачественно запломбированными каналами

5) продольным переломом корня

025. Основные требования к корню при изготовлении штифтового зуба:

1) наличие кистогранулем

2) положение корня над десной или на уровне десны

3) наличие искривления корня

4) наличие резорбции стенок корневого канала

5) подвижность корня III степени

026. Конструкция штифтового зуба представляет собой:

1) штампованную искусственную коронку

2) металлический штифт, введенный в корневой канал

3) штифт в корневом канале с искусственной коронкой

4) пластмассовую коронку

5) комбинированную коронку

027. По методу изготовления различают коронки:

1) фиксирующие; 2) цельнолитые; 3) восстановительные; 4) фасеточные; 5) шинирующие

028. Противопоказание к изготовлению цельнолитых коронок:

1) разрушение коронки зуба

2) зубы с живой пульпой у взрослых

3) пломбирование корневых каналов на 3/4

4) зубы, пломбированные гуттаперчей

5) наличие локализованного гингивита

029. Угол Бенета равен:

1) 17°; 2) 45°; 3) 60°; 4) 110°; 5) 150°

030. Показанием к изготовлению мостовидного протеза является:

1) дефект коронковой части зуба

2) генерализованный гингивит

3) пародонтит тяжелой степени

4) включенный дефект зубного ряда

5) полное отсутствие зубов

031. Артикуляторы - это приборы, воспроизводящие:

1) центральную окклюзию

2) боковую окклюзию

3) переднюю окклюзию

4) все положения и перемещения нижней челюсти

5) состояние физиологического покоя

032. Искусственные коронки классифицируют по:

1) месторасположению 4) технологии изготовления

2) окклюзионным контактам 5) фиксации

3) групповой принадлежности зубов

033. На модель наносятся ориентиры:

1) границы базиса; 2) окклюзионной линии; 3) угла Бенета; 4) зрачковой линии; 5) ушной линии

034. Опорными частями мостовидного протеза являются:

1) коронки, полукоронки, искусственные зубы

2) вкладки, искусственные зубы

3) коронки, вкладки, штифтовые зубы

4) штифтовые зубы, искусственные зубы

5) искусственные зубы, коронки

035. Недостатком металлокерамических коронок является:

1) высокая эстетичность

2) восстановление окклюзионной поверхности

3) прочность

4) большой объем снимаемых тканей

5) технология изготовления

036. Штампованно-паяным мостовидным протезом называется:

1) протез с отлитыми из металла опорными частями и телом

2) полный съемный протез

3) несъемный протез, в котором тело припаяно к опорным частям

4) штампованная коронка

5) полимеризованная конструкция

037. Сепарация - это этап одонтопрепарирования, включающий в себя:

1) снятие эмали, дентина с небной стороны

2) препарирование кариозной полости

3) разобщение рядом стоящих зубов

4) укорочение длины зубов

5) снятие твердых тканей с вестибулярной стороны

038. Длина штифта штифтового зуба должна быть равна:

1) 1/3 длины корня; 2) 3/4 длины корня; 3) полной длине корня; 4) 1/2 длины корня; 5) 1/5 длины корня

039. Форма штифта в штифтовом зубе должна быть:

1) прямоугольной; 2) клиновидной; 3) грушевидной; 4) конусовидной; 5) торпедовидной

040. Искусственная коронка должна:

1) восстанавливать анатомическую форму зуба

2) опираться на десну

3) завышать прикус

4) занижать прикус

5) создать ретенционные пункты для пищи

041. К недостаткам цельнолитых коронок относится:

1) низкая эстетичность

2) меньшая травматичность

3) высокая прочность

4) точное воспроизведение рельефа анатомической формы

5) плотное прилегание в пришеечной области

042. При боковых смещениях нижней челюсти суставная головка на рабочей стороне движется:

1) вокруг вертикальной оси; 2) вниз и вперед; 3) вниз, вперед и внутрь; 4) вниз; 5) назад

043. При боковых смещениях нижней челюсти суставная головка на балансирующей стороне движется:

1) вокруг вертикальной оси; 2) вниз и вперед; 3) вниз, вперед и внутрь; 4) вниз; 5) назад

044. При изготовлении штампованной коронки твердые ткани зуба сошлифовываются на (мм):

1) 0,10-0,15; 2) 0,20-0,22; 3) 0,30-0,50; 4) 0,5-1,0; 5) 1,0-2,0

045. При изготовлении металлопластмассовой коронки твердые ткани сошлифовываются на (мм):

1) 0,20-0,22; 2) 0,35-0,38; 3) 1,3-1,5; 4) 1,5-2,0; 5) 2,0-2,5

046. Первым клиническим этапом изготовления штампованной коронки является:

1) фиксация коронок; 2) припасовка коронок; 3) снятие оттисков; 4) одонтопрепарирование; 5) изготовление модели

047. Трансверзальная кривая -это линия, проведенная по:

1) контактным поверхностям зубов

2) режущим краям фронтальных зубов и щечным буграм премоляров и моляров

3) проекции верхушек корней зубов

4) козелку уха до угла крыла носа

5) жевательным буграм правых и левых зубов

048. Мышца, участвующая в трансверзальных движениях нижней челюсти:

1) подбородочно-подъязычная 4) собственно жевательная

2) латеральная крыловидная 5) челюстно-подъязычная

3) височная

049. При сагиттальных движениях нижней челюсти суставная головка совершает путь:

1) вперед и вниз; 2) вперед и кнутри; 3) вперед и кнаружи; 4) в сторону; 5) назад

050. Моделирование кладки прямым методом проводится:

1) на модели в артикуляторе 4) на модели в универсальном артикуляторе

2) на модели в окклюдаторе 5) по методу "Cerek"

3) в полости рта

051. На гипсовой модели анатомическую форму зуба восстанавливают воском:

1) базисным; 2) моделировочным; 3) профильным; 4) липким; 5) бюгельным

052. Двуслойный оттиск получают при помощи слёпочных масс:

1) альгинатных; 2) твердокристаллических; 3) силиконовых; 4) термопластических; 5) воска

053. При препарировании зуба под металлокерамическую коронку стенки

должны:

1) быть параллельными

2) конвергировать под углом 5-7 градусов

3) конвергировать под углом 15-20 градусов

4) конвергировать под углом 30 и более градусов

5) дивергировать

054. Промежуточная часть мостовидного протеза во фронтальном отделе имеет форму:

1) седловидную; 2) промывную; 3) касательную; 4) опорную; 5) телескопическую

055. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе имеет форму:

1) седловидную; 2) промывную; 3) касательную; 4) опорную; 5) телескопическую

056. Поливинилсилоксановые слепочные материалы относятся к:

1) термопластическим; 2) твердым; 3) эластическим; 4) гидроколлоидным; 5) твердокристаллическим

057. Готический угол равен:

1) 17°; 2) 45°; 3) 60°; 4) 110°; 5) 140°

058. Показанием для протезирования вкладкой являются следующие показатели ИРОПЗ:

1) 0,25-0,3; 2) 0,45-0,6; 3) 0,6-0,7; 4) 0,7-0,8; 5) более 0,8

059. Максимальная толщина снимаемых твердых тканей при одонтопрепарировании под металлокерамическую конструкцию (мм):

1) 0,25-0,28; 2) 0,29-0,50; 3) 0,60-1,00; 4) 1,50-2,00; 5) 2,00-2,50

060. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

1) жевательные 4) внутренние крыловидные

2) наружные крыловидные 5) челюстно-подъязычные

3) подбородочно-язычная

061. Выбор цвета облицовочных материалов ортопедических конструкций

производится при участии:

1) врача и пациента 4) врача, пациента и зубного техника

2) врача и зубного техника 5) зубного техника

3) пациента и зубного техника

062. Эталонным фоном в стоматологии принято считать цвет:

1) белый; 2) серый; 3) голубой; 4) зеленый; 5) розовый

063. Количество удаляемых твердых тканей зуба под искусственную коронку

зависит от:

1) анатомической формы зуба 4) групповой принадлежности зуба

2) фиксирующего материала 5) возраста пациента

3) материала для изготовления коронок

064. Гипсовая модель по слепку из альгинатного материала должна быть отлита не позднее:

1) 2 минут; 2) 15 минут; 3) 60 минут; 4) 24 часов; 5) 48 часов

065. Оттиск является отображением тканей протезного ложа:

1) позитивным; 2) негативным; 3) активным; 4) пассивным; 5) агрессивным

066. Альгинатную слепочную массу замешивают на:

1) холодной воде

2) 3% растворе поваренной соли

3) прилагаемом к материалу катализаторе

4) горячей воде

5) физиологическом растворе

067. Препарирование зуба под коронку производят:

1) твердосплавными борами 4) карборундовыми фрезами

2) металлическими фрезами 5) силиконовыми дисками

3) алмазными борами

068. При препарировании окклюзионной поверхности зуба под штампованную коронку из золотого сплава ее сошлифовывают на толщину (мм):

1) 0,28-0,3; 2) 0,45-0,5; 3) 0,55-0,6; 4) 0,65-0,8; 5) 0,85-0,9

069. При изготовлении штампованной коронки сепарацию зуба, расположенного между двумя интактными зубами, проводят:

1) вулканитовым сепарационным диском

2) двухсторонним металлическим сепарационным диском

3) твердосплавным бором цилиндрической формы

4) односторонним металлическим сепарационным диском

5) карборундовой фрезой

070. При изготовлении одиночной штампованной коронки слепки снимают:

1) с челюсти, на которой будет изготовлена коронка

2) с обеих челюстей

3) с фрагмента челюсти с препарированным зубом

4) с отпрепарированного зуба

5) с отпрепарированного зуба и его антагониста

071. Для изготовления штампованных коронок применяют сплавы из золен

пробы:

1) 375; 2) 583; 3) 750; 4) 800; 5) 900

072. При препарировании зуба под штампованную коронку уступ формируется:

1) на уровне края десны 4) уступ не формируется

2) супрагингивально 5) субгингивально

3) по периметру шейки зуба

073. При препарировании зуба под коронку выделяют следующее количество обрабатываемых поверхностей:

1) 1; 2) 2; 3) 3; 4) 4; 5) 5

074. Показания к изготовлению штампованной коронки:

1) кариозная полость V класса 4) подвижность зуба 3 степени

2) воспаление в периодонте 5) воспаление в пульпе

3) разрушение коронковой части зуба

075. Клиническая шейка зуба соответствует:

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над- и поддесневой части зуба

3) экватору зуба

4) режущему краю зуба

5) эмалево-дентинному соединению

076. Анатомическая шейка зуба соответствует:

1) переходу эмали в цемент корня

2) границе над- и поддесневой части зуба

3) экватору зуба

4) режущему краю зуба

5) эмалево-дентинному соединению

077. Центральная окклюзия определяется признаками:

1) лицевым, глотательным, зубным

2) зубным, суставным, мышечным

3) язычным, мышечным, суставным

4) зубным, глотательным, лицевым

5) лицевым, суставным, мышечным