**КЕЙС-ЗАДАЧИ по дисциплине «Сложное протезирование»**

**Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов частичными съемными пластиночными протезами**

**Задача 1.** У пациента Д., 45 лет, двусторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти, ограниченный клыками. Какой должна быть топография дистальной границы базиса пластиночного протеза, чтобы обеспечить стабильность его функционирования?

1. Близкой к максимальной, как при полном протезе.
2. Не доходить до линии "А" на 1 см.
3. Не перекрывать верхнечелюстные бугры.
4. Перекрывать линию "А" на 0,5 см.
5. Произвольной конфигурации.

**Задача 2.** Пациенту Д. планируется изготовление частичного съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть с гнутыми удерживающими кламмерами. Какие виды фиксации частичного съемного протеза будут использованы дополнительно?

1. Анатомическая ретенция и адгезия
2. Функциональная присасываемость
3. Магниты
4. Пружины
5. Все одновременно

**Задача 3.** Больному Ю., 68 лет, изготавливается частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть, который будет фиксироваться с помощью удерживающих кламмеров и адгезии. Дайте определение понятия «адгезия».

1. Четкое и точное соответствие рельефа базиса протеза и рельефу протезного ложа
2. Наличие между протезом и протезным ложе фиксирующего клея
3. Наличие между протезом и протезным ложе кругового клапана
4. Наличие на протезе присасывающей камеры
5. Все ответы верны.

**Задача 4.** Больному К., 48 лет, планируется изготовление частичного съемного пластиночного протеза на нижнюю челюсть. Объективно: сохранившиеся на челюсти зубы 33 и 43 имеют низкие клинические коронки. Какую фиксацию частичного съемного протеза целесообразно использовать в данном случае?

1. Телескопическую
2. Двуплечий кламмер
3. Удерживающий кламмер
4. Опорно-удерживающий кламмер
5. Балочную систему.

**Задача 5.** Больной М., 57 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Объективно: на верхней челюсти сохранились зубы 14, 13 и 27. Какой вид фиксации протеза целесообразно использовать?

1. Удерживающие кламмеры
2. Телескопические коронки
3. Балочную систему
4. Надесневые кламмеры
5. Опорно-удерживающие кламмеры

**Задача 6.** Больному М., 68 лет, планируется изготовление частичного съемного пластиночного протеза на нижнюю челюсть при наличии 33 зуба. Какой вид кламмерной фиксации будет использован в данном случае?

1. Точечная
2. Плоскостная
3. Линейная
4. Диагональная
5. Сагиттальная

**Задача 7.** Больному В., 63 лет, планируется изготовление частичного съемного протеза на верхнюю челюсть при наличии 16, 15, 23, 24 и 27 зубов. Какой вид кламмерной фиксации необходимо использовать в данном случае?

1. Плоскостную
2. Точечную
3. Линейную
4. Диагональную
5. Трансверзальную.

**Задача 8.** Больной В., 43 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. Объективно: на верхней челюсти сохранены зубы 13, 27 и 28. Нижний зубной ряд интактный. Как должна планироваться кламмерная линия для обеспечения надежной фиксации протеза?

1. Диагональная
2. Трансверзальная
3. Точечная
4. Сагиттальная
5. Плоскостная

**Задача 9.** Пациент Н., 44 лет, обратился по поводу протезирования зубов. Зубная формула: 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43. Зубы интактные, устойчивые, коронки зубов высокие. Планируется изготовление частичных съемных пластиночных протезов. Какие виды кламмерных линий будут использованы для фиксации протезов?

1. Трансверзальная
2. Диагональная
3. Сагиттальная
4. Плоскостная
5. Линейная.

**Задача 10.** Пациенту Н., 58 лет, планируется изготовление частичных съемных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. Какие виды кламмерных линий будут наиболее целесообразны для фиксации протезов?

1. Диагональная и трансверзальная
2. Диагональная и сагиттальная
3. Трансверзальная и трансверзальная
4. Диагональная и диагональная
5. Трансверзальная и сагиттальная

**Задача 11.** Больной Л., 65 лет, обратился к врачу с целью протезирования зубов. Объективно: на нижней челюсти коронки зубов 43 и 33 разрушены на ½. ЭОД 6 мкА. Другие зубы отсутствуют. Какие коронки необходимо изготовить для фиксации частичного съемного протеза?

1. Телескопические
2. Экваторные
3. Пластмассовые
4. Цельнолитые
5. Полукоронки

**Задача 12.** Больной М., 55 лет, обратился с целью протезирования зубов. Объективно: на верхней челюсти сохранены зубы 17, 16, 15, 14, 13, 24, 25, 26, 27. Определите оптимальную схему размещения кламмеров в частичном съемном протезе.

1. 17,13, 24, 27 зубы
2. 13, 24 зубы
3. 17, 27 зубы
4. 17, 13, 24 зубы
5. 13, 24, 27 зубы

**Задача 13.** Больной Б., 50 лет, обратился к врачу с целью протезирования зубов. На нижней челюсти сохранены зубы 33, 32, 31, 41. Зубы интактные, устойчивые, коронковые части зубов высокие. Планируется изготовление частичного съемного пластиночного протеза на нижнюю челюсть. Какой вид кламмеров целесообразно использовать в данном случае?

1. Удерживающие
2. Опорно-удерживающие
3. Опорные
4. Зубоальвеолярные
5. Пластмассовые

**Задача 14.** Больной В., 70 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти. Объективно: на нижней челюсти сохранены зубы 44 и 47. Какой вид кламмерной линии будет использован в данном случае?

1. Сагиттальная
2. Диагональная
3. Плоскостная
4. Трансверзальная
5. Точечная

**Задача 15.** Больная З., 58 лет, обратилась к врачу по поводу протезирования зубов. Объективно: на нижней челюсти сохранены зубы 37 и 33. Дефекты зубного ряда верхней челюсти замещены мостовидными протезами. Какой вид фиксации частичного съемного пластиночного протеза наиболее целесообразен?

1. Балочная система
2. Опорно-удерживающие кламмеры
3. Телескопическая система
4. Удерживающие кламмеры
5. Зубо-альвеолярные кламмеры

**Задача 16.** Больной К., 49 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. Объективно: на верхней челюсти сохранены зубы 13, 12, 11, 26, 27, на нижней челюсти зубы 33, 32, 31, 41, 42, 43. Планируется изготовление частичных съемных пластиночных протезов. Какие кламмеры чаще всего используют в частичных съемных протезах?

1. Удерживающие
2. Зубо-десневые
3. Десневые
4. Опорные

**Задача 17.** Пациент Ф., 50 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на отсутствие зубов нижней челюсти. Анамнез заболевания: 15 лет назад были удалены зубы 46 и 47. Объективно: в области зубов 17 и 16 определяется клиническое вертикальное перемещение, оголение шеек зубов, контакт зубов со слизистой оболочкой альвеолярного отростка нижней челюсти.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 18.** Пациент Е., 62 лет, обратился с жалобами на затрудненное пережевывание

пищи, боли в области десны нижней челюсти слева. Из анамнеза: зубы удалены 25 лет назад вследствие осложненного кариеса, ранее за ортопедической помощью не обращался

Объективно: зубная формула:

П П П П П

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О О

Зубы 17,16,26,27 – анатомическая форма частично восстановлена пломбами (ИРОПЗ > 80%).

В области зубов 17,16, 26,27,28 - выдвижение зубов с обнажением шеек до бифуркации, подвижность зубов Ш степени. В положении центральной окклюзии 28 контактирует со слизистой десны нижней челюсти. Прикус ортогнатический.

Сформулируйте диагноз с учетом классификации Кеннеди. Составьте план лечения.

**Задача 19.** Пациентка И., 47 лет, обратилась с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, эстетическую недостаточность зубных рядов. Из анамнеза: зубы удалены вследствие осложненного кариеса 12 лет назад.

Объективно: зубная формула:

О О О О П П О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О О П О

Зубы 11,21,37 – анатомическая форма восстановлена пломбами удовлетворительного качества.

Зубы 33, 32, 31, 41, 42, 43 - по режущим краям определяются кратерообразные углубления до уровня эмалево-дентинной границы.

Высота нижнего отдела лица снижена по сравнению с состоянием физиологического покоя на 6мм.

Сформулируйте диагноз с учетом классификации Кеннеди.

Составьте план лечения

**Задача 20.** Больная А., 55 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на обеих челюстях, невозможность пережевывания пищи. Анамнез: зубы пациентка удаляла вследствие осложненного кариеса в течение 20 лет. Ранее пользовалась мостовидными протезами, которые в настоящее время в полости рта отсутствуют. Зубная формула:

О О П О О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О О О О П О

Слизистая оболочка без патологических изменений равномерная атрофия альвеолярного отростка, покрытый тонкой слизистой оболочкой.

Сформулируйте диагноз. Выберите опорные зубы для размещения кламмеров.

**Задача 21.** У пациента М. на этапе припасовки и наложения частичного съемного пластиночного протеза верхней челюсти отмечается его балансирование. Особенностью протезного ложа данного пациента является выраженный торус твердого неба. Что могло вызвать балансирование протеза?

1. Не проведена изоляция торуса.
2. Нарушен режим полимеризации пластмассы.
3. Неправильно определен центральное соотношение челюстей
4. Неправильное расположение кламмеров на опорных зубах.
5. Неправильно проведена постановка искусственных зубов.

**Задача 22.** Больной К., 52 лет, обратился с целью протезирования зубов.

Объективно: на верхней челюсти сохранены зубы 18, 13, 22, 23, 27. Показано изготовление частичного съемного пластиночного протеза. Выберите наиболее рациональное расположение кламмеров.

1. Плоскостное с расположением кламмеров на 18, 13, 23, 27 зубах
2. Плоскостное с расположением кламмеров на 18, 13, 23 зубах
3. Сагиттальное с расположением кламмеров на 13, 18, зубах
4. Трансверзальное с расположением кламмеров на 13, 23 зубах
5. Диагональное с расположением кламмеров на 13, 27 зубах.

**Задача 23.** Пациенту Н., 47 лет, изготовливается частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть. Фронтальная группа зубов поставлена на приточке.

Какой способ загипсовки восковой композиции протеза должен быть применен при замене воска на пластмассу?

1. Прямой
2. Обратный
3. Комбинированный
4. Непосредственный
5. Лабораторный.

**Задача 24.** Больной В., 66 лет, обратился в клинику с жалобами на невозможность пользования частичными съемными протезами, изготовленными 2 недели назад. К протезам привыкает тяжело, во время разговора и при пережевывании пищи зубы стучат, глотание затрудненное. Когда пациент улыбается, становятся видимыми искусственные десна нижнего протеза, жевательные мышцы устают, под протезами возникает боль.

Какая ошибка допущена при изготовлении протезов?

1. Снижена высота центральной окклюзии
2. Определена боковая окклюзия
3. Повышена высота центральной окклюзии
4. Зафиксирована передняя окклюзия
5. Определена задняя окклюзия

**Задача 25.** Больная К., 47 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии на 2-й день после припасовки и наложения частичного съемного пластиночного протеза верхней челюсти с жалобами на жжение, сухость в полости рта, боль при приеме пищи, общую слабость, плохое самочувствие. При осмотре больной определяется отек верхней губы. В полости рта гиперемия и отек слизистой оболочки, более выраженные в области контакта с базисом протеза. Какой диагноз возможно поставить больной?

**Задача 26.** В клинику ортопедической стоматологии на третий день после наложения частичных съемных протезов обратилась пациентка О., 57 лет, с жалобами на боли под языком слева, появляющиеся во время приема пищи. При осмотре: лицо симметричное. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, безболезненные. В полости рта по переходной складке слева под языком небольшая язва с беловатым дном. Слизистая оболочка вокруг отечная, гиперемированная, при пальпации определяется болезненность.

Поставьте диагноз, спланируйте лечебные действия.

**Задача 27.** Слизистая оболочка протезного ложа под базисом протеза гиперемированная, отечная, болезненная при пальпации. Границы изменений слизистой оболочки резко отчерчены базисом протеза. На других участках изменений не выявлено. Для какого поражения характерна такая клиническая картина?

1. Токсико-аллергическое действие протеза
2. Аллергический протезный стоматит
3. Механическая травма протезом
4. Перегрузка участка слизистой оболочки в следствие неравномерного контакта зубных рядов

**Задача 28.** Гиперемия, десквамация эпителия слизистой оболочки полости рта, наличие декубитальной язвы представляют собой симптомы:

1. Перегрузки участка альвеолярного отростка в результате нарушенного контакта

зубных рядов частичного съемного протеза

1. Аллергической реакции пациента на пластмассу
2. Токсико-аллергической реакции
3. Механической травмы острыми краями протеза.

**Задача 29.** Нарушение сенсорной функции слизистой оболочки с характерным чувством жжения, сухостью и парестезиями свойственно для:

1. Воспалительных протезных стоматитов
2. Токсико-аллергической реакции слизистой оболочки на базисный материал протеза
3. Термоизолирующего влияния базиса протеза
4. Снижения порога болезненной чувствительности в вегетативной нервной системе.

**Задача 30.** Пациентка А., обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на чувство жжения под базисом съемного протеза. Объективно: протезное ложе вишнево - красного цвета, слизистая отечная, с участками катарального воспаления и эрозиями. Какой диагноз можно поставить?

1. Протезный диффузный стоматит
2. Протезный локальный стоматит
3. Декубитальная язва
4. Травматический стоматит
5. Гингивит

**Задача 31.** Больной Т., 54 лет, обратился с жалобами на чувство усталости жевательных мышц и стук искусственных зубов во время разговора. Из анамнеза: 1 месяц назад были изготовленные частичные съемные пластиночные протезы. Какая ошибка допущена при изготовлении протезов?

1. Неправильно определено соотношение челюстей в горизонтальной плоскости
2. Неправильно сформированная протетическая плоскость
3. Завышенная высота центральной окклюзии
4. Заниженная высота центральной окклюзии
5. Неправильная постановка зубов

**Задача 32.** Больной К., 52 лет, обратился с жалобами на частичное отсутствие зубов на нижний челюсти, затрудненное пережёвывание пищи. Из анамнеза: зубы на нижней челюсти удалены 2 года назад вследствие заболевания пародонта, ранее не протезировался.

Объективно: на нижней челюсти отсутствуют зубы 34, 35, 44, 45, 46, 47; зубы 33 и 36 определяется I степень подвижности, оголение корней на ¼. Окклюзионная поверхность верхнего зубного ряда деформирована за счёт вертикального смещения зуба 24 на 3 мм в сторону дефекта зубного ряда нижней челюсти. Корень зуба 24 оголён на 3мм. Принято решение изготовить частичный съемный пластиночный протез нижней челюсти, предварительно устранив вертикальную деформацию. Укажите способ устранения вертикальной деформации в данном случае:

1. Сошлифовать выступающую за пределы окклюзионной плоскости часть коронки

зуба 24 и покрыть его искусственной коронкой

1. Сошлифовать выступающие ткани 24 зуба и заполировать.
2. Применить метод последовательной дезокклюзии 24 зуба
3. Депульпировать 24 зуб и сошлифовать выступающую часть

**Задача 33.** Пациент Б., 62 лет, обратился в клинику с жалобами на отсутствие жевательных зубов верхней челюсти. После проведения обследования был поставлен диагноз: «Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, П класс по Кеннеди». Пациенту показано изготовление частичного съемного пластиночного протеза. При планировании границ базиса протеза дистальная граница должна располагаться:

1. В области поперечных небных складок
2. В средней трети твердого неба
3. В области линии «А»
4. На мягком небе.

**Задача 34.** Пациенту с частичным отсутствием зубов на нижней челюсти врач получает оттиск альгинатным оттискным материалом. После выведение оттиска из полости рта, врач оставил его в лотке на несколько часов.

1. Какое физическое явление произошло с оттискной массой за данный промежуток времени?
2. К каким последствиям может привести данное физическое явление?

**Задача 35.** У пациента К. с сохранившимися зубами на обеих челюстях, но нефиксированным прикусом врач при проверке правильности определения высоты нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии установил, что она меньше высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя на 8 мм. Какая допущена ошибка?

**Задача 36.** Полученный из зуботехнической лаборатории пластмассовый протез, в основном, соответствует требованиям, но цвет пластмассового базиса имеет мраморную с белесоватыми разводами окраску.

1. Что явилось причиной неравномерности цвета базиса?
2. Правильно ли начинать припасовку такого протеза?

**Задача 37.** Техническое качество частичного съемного пластиночного протеза, полученного из лаборатории, хорошее. Верхний зубной ряд пациента имеет двухсторонний ограниченный дефект, 27 зуб имеет медиальный наклон, 24 зуб - палатинальный наклон. Протез невозможно наложить.

Какой из основных элементов протеза (базис, зубы, кламмеры) будете начинать корректировать?

**Задача 38.** Получив из врачебного кабинета модель с восковой композицией протеза после проведения этапа проверки конструкции в полости рта, техник приступил к окончательной моделировке воскового базиса съемного протеза. Техник прилил воском базисы к моделям соответственно границам, внес поправки, указанные врачом в отношении расстановки зубов, отбил модели, дополнительно их обрезал и приступил к гипсовке в кювету.

Все ли моменты были учтены техником при окончательной моделировке базисов съемных протезов?

**Задача 39.** После изготовления частичного съемного протеза техник обнаружил, что пластмасса базиса имеет мраморную с белесоватыми разводами окраску.

1. Что привело к изменению окраски пластмассы?
2. Каким образом можно предупредить это явление?

**Задача 40.** Для замены воска на пластмассу техник произвел загипсовку сразу пяти протезов в кюветы, приготовил пластмассовое тесто. Температура окружающей среды 28 градусов. При формовании пластмассы в последние кюветы техник прикладывал значительное давление.

1. Какими могут быть возможные последствия такой формовки пластмассы?
2. Как необходимо поступить в данной ситуации?

**Задача 41.** При осмотре пластмассового базиса частичного съемного протеза нижней челюсти выявлено множество мелких поверхностных пор на язычной наружной поверхности.

1. Укажите причины образования пор в пластмассе.
2. Предложите способы предупреждения и устранения пор в пластмассовом базисе.

**Задача 42.** После загипсовки моделей в кювету и вываривания воска техник приступил к формовке пластмассового теста, не покрыв изолирующим материалом гипс и не обезжирив пластмассовые зубы.

1. Какими могут быть последствия этих нарушений технологического процесса?
2. Какие вещества используются для изоляции гипса и обезжиривания зубов?

**Задача 43.** Врач получил готовый частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть. При осмотре установлено, что шейки зубов сглажены, промежутки между зубами заполнены базисной пластмассой, поверхность протеза, обращенная в полость рта

шероховатая, край по линии «А» толстый.

1. Допустимо ли проведение этапа припасовки и наложения протеза в таком состоянии?
2. Какова тактика врача в данном случае?

**Задача 44**. Пациенту М., 64 лет, показано изготовление частичного съемного пластиночного протез на нижнюю челюсть.

Как должна проходить граница перекрытия естественных зубов базисом протеза с язычной стороны?

**Задача 45.** Пациенту К., 74 лет, показано изготовление частичного съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть.

Как должна проходить граница базиса протеза в области имеющихся на челюсти жевательных зубов?

**Задача 46** . Пациентка 47 лет, обратилась с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, боли в области височно-нижнечелюстного сустава. Из анамнеза: зубы удалены вследствие осложненного кариеса 12 лет назад, боли в области суставов начали беспокоить более интенсивно последние полгода.

Объективно: зубная формула:

О О О О П П О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О П О

Зубы 11, 21, 37 – пломбы в удовлетворительном состоянии, на зубах нижней челюсти имеются кратерообразные углубления до уровня эмалево-дентинной границы, высота нижнего отдела лица по сравнению с состоянием физиологического покоя снижена на 6,0 мм.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Составьте план лечения

**Задача 47**. Пациент И., 47 лет, обратился с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза: зубы удалены вследствие осложненного кариеса год назад. Ранее не протезировался.

Объективно: зубная формула:

О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

R R R П

Сохранившиеся зубы имеют низкие клинические коронки. Слизистая оболочка в области корней зубов 36, 46,47 воспалена. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз

2. Составьте план лечения пациента.

3. Какие конструкции зубных протезов Вы предложите пациенту после

проведения соответствующих подготовительных мероприятий?

**Задача 48**. Пациентка Д., 63 лет, обратилась к врачу с жалобами на отсутствие зубов,

эстетическую недостаточность, затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза: ранее не протезировалась, зубы удалены вследствие осложненного кариеса.

Объективно: зубная формула:

П О О П О О П

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О О О О О О О О

Пломбы в удовлетворительном состоянии. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. От каких факторов зависит выбор конструкции протеза на верхнюю челюсть?

**Задача 49**. Пациентка М., 35 лет, обратилась с жалобами на эстетическую недостаточность зубного ряда верхней челюсти. Из анамнеза: причина отсутствия зубов 21,22,23 – травма.

Объективно: зубная формула:

О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Объективно: зубной ряд нижней челюсти интактный, на верхней челюсти зубы, ограничивающие дефект зубного ряда, имеют правильную анатомическую форму, устойчивы, перкуссия безболезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Составьте и обоснуйте план ортопедического лечения.

**Задача 50.**  Пациент Б., 48 лет обратился с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза: зубы удалены полгода назад вследствие осложненного кариеса. Месяц назад перенес повторный инфаркт миокарда.

Объективно: зубная формула:

О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О О О

Сохранившиеся зубы интактны, слизистая оболочка полости рта без видимых изменений, прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Какие конструкции зубных протезов Вы предложите пациенту в данной

ситуации? Почему?

**Задача 51.** Пациенту А., 67 лет, проводится клинический этап проверки конструкции частичных съемных пластиночных протезов с одноплечими удерживающими кламмерами на зубах 12, 22, 28; 43, 33, 38.

Зубная формула:

О О О О О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О О О О О О

При введение восковых конструкций протезов в полость рта установлено, что плечи кламмеров на зубы 12, 22 располагаются на уровне десневого края; плечо кламмера на зуб 33 расположено выше экватора, тело кламмера плотно прилежит к апроксимальной поверхности коронки опорного зуба.

1. Какие ошибки были допущены техником в расположении кламмеров на опорных зубах?
2. Как необходимо расположить кламмеры, чтобы обеспечить хорошую фиксацию и эстетику протезов на челюстях?

**Задача 52.** На этапе проверки конструкции частичных съемных протезов определено прогнатическое соотношение зубных рядов: передние зубы не контактируют (сагиттальная щель), боковые зубы контактируют одноименными бугорками.

1. Что послужило причиной данной ошибки?
2. Каким образом должна быть устранена эта ошибка?

**Задача 53.** Больной И., 62 лет, обратился с жалобами на боли в жевательных мышцах, затрудненное пережевывание пищи, которые связывает с ношением частичных съемных пластиночных протезов, изготовленными месяц назад. Объективно: смыкание губ несколько затруднено, выражение лица напряженное, носогубные борозды сглажены, при смыкании искусственные зубы «постукивают».

Какая ошибка и, на каком этапе была допущена врачом?

**Тестовые задания по теме:«Бюгельное протезирование»**

**Вариант №1.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **Показания к применению бюгельных протезов**  1. дефект зубного ряда 1 класса по Кеннеди  2. дефект зубного ряда 2 класса по Кеннеди  3. включенный дефект зубного ряда протяженностью менее 3-х зубов  4. дефект зубного ряда, сочетающийся с поражением тканей пародонта зубов  5. нависающий альвеолярный отросток  6. включенный дефект зубного ряда протяженностью более 3-х зубов  7. 1+2+4  8. 1+2+6 |
| 2. | **По способу передачи жевательного давления бюгельные протезы являются:**  1. физиологическими  2. нефизиологическими  3. полуфизиологическими |
| 3. | **Преимущества цельнолитого бюгельного протеза:**  1. жесткое соединение каркаса с кламмерами исключает микродвижения протеза, травмирования слизистой оболочки  2. наклоненные и повернутые зубы используются как опора  3. небольшие размеры базиса протеза не нарушают вкусовую, тактильную чувствительность и дикцию  4. прилегают к пришеечной части естественных зубов  5. имеется возможность перераспределения жевательного давления снижает интенсивность и распространенность кариеса  6. 1+3  7. 1+3+5 |
| 4. | **У мостовидного протеза по сравнению с бюгельным:**  1. выше нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу  2. выше нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу  3. ниже нагрузка на пародонт и быстрее адаптация к протезу  4. ниже нагрузка на пародонт и дольше адаптация к протезу |
| 5. | **Отношение небной дуги к слизистой оболочки твердого неба:**  1. касательное  2. не касается на 0,5 – 1 мм  3. не касается на 1 – 1.5 мм  4. не касается на 1,5 – 2 мм  5. не касается на 2 – 2,5 мм |
| 6. | **Конструктивные элементы каркаса бюгельного протеза:**  1. дуга  2. седловидная часть  3. опорно-удерживающие и разгружающие элементы  4. искусственные зубы  5. окклюзионные накладки  6. 1+2+3+4+5 |
| 7. | **Элементы опорно-удерживающих кламмеров:**  1. окклюзионная накладка  2. седловидная часть  3. плечо  4. ело  5. искусственная коронка  6. отросток  7. 1+3+4+6  8. 1+3+4 |
| 8. | **Функции окклюзионной накладки опорно-удерживающего кламмера:**  1. фиксация протеза  2. крепление кламмера в базисе протеза  3. стабилизация протеза во время функции  4. препятствует опрокидыванию протеза  5. распределяет жевательное давление на опорные зубы  6. удержание искусственных зубов  7. восстанавливает окклюзионные контакты с зубами-антагонистами |
| 9. | **В систему Ney входят спорно-удерживающие кламмеры**  1. Аккера  2. Кеннеди  3. Джексона  4. Аккер-Роуча  5. одноплечий обратного действия  6. круговой с двумя и более окклюзионными накладками  7. 1+4+5+6 |
| 10. | **Задачи параллелометрии:**  1. распределение жевательной нагрузки  2. определение пути введения каркаса протеза  3. обеспечение фиксации и стабилизации протеза, достижение эстетических норм  4. определение высоты прикуса  5. определение длины клинических коронок естественных зубов  6. возможность употребления различной пищи |
| 11. | **Какие оттискные массы целесообразно использовать при изготовлении диагностических моделей челюстей?**  1. Альгинатные  2. Гипс  3. Термопластические  4. Силиконовые |
| 12. | **Отливка каркаса бюгельного протеза производится на модели**  1. диагностической  2. рабочей  3. дублированной  4. огнеупорной  5. супергипсовой |
| 13. | **В чем преимущества литья каркасов из хромо-кобальтовых сплавов на огнеупорной модели?**  1. Восковая конструкция каркаса не снимается с модели  2. Обладая необходимым коэффициентом расширения, огнеупорная масса компенсирует усадку сплава  3. Не требуется большой затраты времени для литья  4. Уменьшается расход сплава КХС |
| 14. | **Для изготовления цельнолитного каркаса опирающегося протеза широко применяются следующие современные отечественные сплавы**  1. нержавеющая сталь  2. сплав золота  3. хром-никелевый сплав  4. хром-кобальтовый сплав  5. серебряно-палладиевый сплав  6. а+б+в+г+д  7. в+г |
| 15. | **ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫЕ ПРОТЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ**  1. к физиологическим  2. к полуфизиологическим  3. к нефизиологическим |
| 16. | **ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП**  1) проверка конструкции бюгельного протеза с искусственными зубами  2) припасовка и наложение готового бюгельного протеза  3) припасовка каркаса бюгельного протеза  4) коррекция бюгельного протеза |
| 17. | **НА ПЕРВУЮ КОРРЕКЦИЮ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ПРИГЛАСИТЬ**  1) на следующий день  2) на второй день  3) на третий день  4) в случае возникновения болей |
| 18. | **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИПАСОВКИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕРКА СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ**  1) только в центральной окклюзии  2) в центральной окклюзии и при боковых движениях нижней челюсти  3) в центральной окклюзии, при боковых и передних движениях нижней челюсти |
| 19. | **ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**  1) при припасовке и проверке каркаса бюгельного протеза в клинике  2) при припасовке литого каркаса на модели в лаборатории  3) при моделировании каркаса бюгельного протеза |
| 20. | **ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ ПРОТЕЗА С ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП**  1) параллелометрии и определения центральной окклюзии;  2) припасовка и наложение готового бюгельного протеза  3) припасовка каркаса бюгельного протеза  4) коррекция бюгельного протеза |
| 21. | **Способы соединения кламмеров с базисом протеза:**  1. жесткое  2. полужесткое  3. подвижное (шарнирное)  4. расщепленные  5. перекидные  6. 1+2+3 |
| 22. | **На верхней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке дистальная граница базиса бюгельного протеза при концевых седлах проходит**  1. впереди альвеолярного слизистого бугорка  2. по альвеолярному слизистому бугорку  3. позади альвеолярного слизистого бугорка  4. на середине слизистого бугорка  5. значительно перекрывает бугорок |
| 23. | **ЛИТЬЕ СЛОЖНЫХ КОНСТРУКИЙ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРОИЗВОДЯТ НА МОДЕЛЯХ:**  1) из обычного медицинского гипса  2) супергипса  3) огнеупорных материалов  4) фосфат-цемента |
| 24. | **ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЦЕЛЬНОЛИТОГО КАРКАСА ОПИРАЮЩЕГОСЯ ПРОТЕЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ СОВРЕМЕННЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ СПЛАВЫ**  1. нержавеющая сталь  2. сплав золота  3. хром-никелевый сплав  4. хром-кобальтовый сплав  5. серебряно-палладиевый сплав |
| 25. | **ПОЛУЧЕННАЯ ПРИ ПАРАЛЛЕЛОМЕТРИИ ЛИНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭКВАТОРА ЯВЛЯЕТСЯ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ КЛАММЕРОВ КАК:**  1. окклюзионные накладки  2. плечи опорно-удерживающих кламмеров  3. тело опорно-удерживающих кламмеров  4.звенья многозвеньевых кламмеров  5. 1+2+4  6. 2+4 |
| 26. | **К неспецифическим факторам, способствующим развитию аллергической реакции при использовании металлических протезов, относят**  1. коррозионные процессы  2. изменение pH слюны в кислую сторону  3. процессы истирания  4. тепловой эффект  5. а+ б+ в |
| 27. | **Для выявления аллергической реакции на пластмассу предложены**  1. аппликационная проба по Сорокину  2. провокационная проба  3. экспозиционная проба  4. лейкопеническая проба  5. а+ б+в+г |
| 28. | **Для диагностирования аллергии на базисные пластмассы проводят следующие тесты**  1. экспозиционно – провокационная проба  2. лейкопеническая проба  3. тест химического серебрения  4. соскоб на Candida  5. pH – метрия  6. измерение разницы потенциалов  7. а+б+ в+ г+д  8. а+ в+ г |
| 29. | **Отрицательное воздействие протезов на защитные механизмы в полости рта заключается в следующем**  1. ионы металлов (сплавов для изготовления протезов) способны воздействовать на резидентную микрофлору полости рта  2. пластмассы уменьшают миграцию лейкоцитов в полость рта  3. молекулы некоторых протезных материалов способны соединяться с белками клеток и вызывать синтез аллергических антител  4. механическое воздействие протезов приводит к снижению местной защиты слизистой оболочки полости рта  5. все вышеперечисленное верно |
| 30. | **Какое профилактическое (наиболее действенное) мероприятие можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов**  1. изготовление цельнолитых мостовидных протезов  2. изготовление протезов с литыми базисами  3. изготовление протезов из бесцветной пластмассы  4. систематический массаж протезного ложа  5. все вышеперечисленное верно |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 8 | 3 | 6 | 1 | 2 | 6 | 7 | 5 | 7 | 2 | 1 | 4 | 1,2 | 7 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** |
| 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 6 | 5 | 3 | 4 | 6 | 5 | 5 | 7 | 5 | 5 |

**Ортопедическое лечение дефектов зубных рядов**

**бюгельными протезами**

**Задача 1.** Пациентка К., 45 лет, обратилась к врачу-ортопеду с жалобами на постоянные боли в области нёба после изготовления бюгельного протеза на верхнюю челюсть. После коррекции боли не проходят.

Объективно: зубная формула

О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О

Коронки зубов 17, 14, 24, ограничивающие дефекты зубного ряда высокие, с выраженным экватором и глубокими фиcсурами. Нёбо куполовидное, альвеолярные гребни и верхнечелюстные бугры выражены.

Бюгельный протез на верхнюю челюсть с опорно-удерживающими кламмерами на зубы 17, 14, 24 фиксируется хорошо, не балансирует. На слизистой оболочке твердого неба в месте расположения дуги бюгельного протеза пролежень.

1. Что явилось причиной образования пролежня?
2. Как дуга бюгельного протеза должна располагаться по отношению к слизистой оболочке на верхней челюсти?

**Задача 2.** Пациент К. 50 лет. Обратился с целью протезирования.

Зубная формула:

О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О О О П П О О О О

Сохранившиеся зубы устойчивы, зубы 34, 44 имеют обширные пломбы, изменены в цвете, перкуссия безболезненна. Со слов пациента, зубы 34, 44 лечены по поводу осложненного кариеса четыре года назад. Осложнений после лечения не отмечалось. Альвеолярные части в области отсутствующих зубов выражены хорошо. Определяется оральный наклон язычной поверхности альвеолярного отростка в области передних зубов. Прикрепление уздечки низкое.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Составьте план лечения.

3. Обоснуйте выбор конструкции зубного протеза.

**Задача 3.** Пациентка М., 56 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи.

Зубная формула:

О О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О

Сохранившиеся зубы устойчивы, интактны. Пациентке показано изготовление бюгельного протеза на верхнюю челюсть методом литья каркаса на огнеупорной модели. Для получения огнеупорной модели технику необходимо продублировать рабочую модель. Дублирование модели выполняется с использованием

1. альгинатного материала
2. цинкоксидэвгенольного материала
3. термопластического материала
4. гидроколлоидного материала

**Задача 4.** Пациент К., 38 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия зубов на верхней челюсти.

Зубная формула:

О О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О

Сохранившиеся зубы устойчивые, интактные, кроме зубов 17, 27, анатомическая форма которых восстановлена пломбами. Показано изготовление бюгельного протеза на верхнюю челюсть. На зубы 17, 27 планируется изготовление бюгельных коронок. При препарировании зубов под бюгельные коронки врач создает ложе для окклюзионной накладки кламмера, которое должно иметь форму

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем продиктована необходимость изготовления бюгельных коронок на зубы 17, 27?
3. Какой формы должно быть сформировано ложе под окклюзионную накладку при препарировании зубов?

**Задача 5.** Пациент В., 54 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия зубов на верхней челюсти.

Зубная формула:

О О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О

Сохранившиеся зубы верхней челюсти устойчивые, интактные. Показано изготовление бюгельного протеза на верхнюю челюсть. При анализе модели в параллелометре врач наносит на цоколь модели линию

1. анатомического экватора зуба
2. клинического экватора зуба
3. продольной оси зуба
4. десневого края зуба
5. окклюзионной поверхности зуба

**Задача 6.** Пациент В., 64 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия зубов на верхней челюсти.

Зубная формула:

О О О О О О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

О О

Сохранившиеся зубы верхней челюсти устойчивые. Зуб 17 наклонен в медиальном направлении, клиническая коронка зуба низкая. Планируется изготовление бюгельного протеза на верхнюю челюсть.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой тип опорно-удерживающего кламмера системы Нея показан для конструкции каркаса бюгельного протеза с опорой на зуб 17?

**Задача 7.** Больной В., 52 лет, обратился по поводу протезирования зубов. Объективно: зубная формула: 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34. Зубы интактные, коронки высокие, подвижность ІІ степени.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план ортопедического лечения.

**Задача 8.** При припасовке и наложении бюгельного протеза на нижнюю челюсть пациент отмечает неплотное прилегание протеза к слизистой оболочке справа и балансирование его. На этапах припасовки каркаса бюгельного протеза и проверки конструкции протеза в полости рта этого явления не было.

1. Что могло послужить причиной балансирования бюгельного протеза?
2. Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 9.** При припасовке литого каркаса бюгельного протеза верхней челюсти на гипсовой модели отсутствует восковая прослойка между моделью и каркасом бюгельного протеза.

1. К каким осложнениям может привести данная техническая ошибка?
2. С какой целью необходимо наложение пластинки бюгельного воска на рабочую модель под каркас?

**Задача 10.** Больной М., 50 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти.

Объективно: зубы 35, 38, 44, 48, ограничивающие дефекты зубного ряда нижней челюсти, интактные, устойчивые, коронки правильной анатомической формы, достаточно высокие, относительно параллельные между собой. При проведении параллелометрии линия обзора (клинического экватора) на опорных зубах 35, 44 имеет типичное направление.

1. Какие фиксирующие элементы необходимо использовать в бюгельном протезе с опорой на 35, 44?

**Задача 11.** Больному Д., 48 лет, изготавливается бюгельный протез нижней челюсти с опорно-удерживающими кламмерами.

1. В какой зоне поверхности опорного зуба необходимо расположить жесткую часть плеча кламмера первого типа системы Нея?

**Задача 12.** Пациенту З., 44 лет, в клинике ортопедической стоматологии изготовляется бюгельный протез на нижнюю челюсть. Изготовление цельнолитого каркаса планируется

на огнеупорной модели.

1. Чем обусловлена необходимость изготовления огнеупорной модели? Какие материалы для ее изготовления используются?

**Задача 13.** У пациента К., 48 лет, односторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти, ограниченный зубом 45, планируется заместить бюгельным протезом.

1. Где следует разместить окклюзионную накладку, чтобы предупредить функциональную перегрузку зуба 45?

**Задача 14**. Больному И., 42 лет, изготавливается бюгельный протез на верхнюю челюсть. Объективно: зубная формула 18, 17, 13, 12, 11, 21, 23, 24, 27. Опорный зуб 17 наклонен в сторону щеки.

1. Какой тип опорно-удерживающего кламмера системы Нея следует использовать в данном случае?

**Задача 15**. У пациента В., 57 лет, отсутствуют зубы 47, 46, 45, 35, 36, 37, 38. Планируется изготовление бюгельного протеза. Зуб 48 зуб имеет наклон в язычную сторону и вперед. При проведении параллелометрии с язычной стороны зуба 48 зуба линия обзора имеет диагональное направление, с щечной – проходит на уровне десенного края.

1. Какой тип опорно-удерживающего кламмера системы Нея следует использовать в данном случае?

**Задача 16.** Пациенту Б.изготавливается бюгельный протез на верхнюю челюсть. Каркас бюгельного протеза планируется отливать на огнеупорной модели.

1. С какой целью должна быть изготовлена огнеупорная модель?
2. Какие материалы применяются для дублирования рабочей гипсовой модели?
3. Каким образом должна быть подготовлена рабочая модель к дублированию?

**Задача 17**. На клиническом этапе проверки цельнолитого каркаса бюгельного протеза в полости рта определяется неравномерный уровень отстояния дуги каркаса от слизистой оболочки твердого неба и альвеолярного отростка в пределах 0,3 см до плотного контакта.

1. Что могло послужить причиной данного недостатка?
2. К каким осложнениям может привести пользование бюгельным протезом с таким каркасом?
3. Каким способом можно устранить данный недостаток?

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Показаниями к операции имлантации являются:**  А) беззубые челюсти с высокой степенью атрофии альвеолярной части;  Б) одиночный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах;  В) 2 класса по Кеннеди;  Г) А+Б+В  Д) А+Б |
| **2.** | **Основное требование, предъявляемое к изготовлению протеза на имплантатах:**  А) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его вертикальной оси;  Б) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его горизонтальной оси; |
| **3.** | **Какой оттискной массой пользуются при снятии оттисков при протезировании с опорой на имплантаты?**  А) альгинатные материалы;  Б) термопластическая масса;  В) поливинилсилоксановые, полиэфирные материалы;  Г) возможно снятие оттиска любой оттискной массой. |
| **4.** | **Причины периимлантитов:**  А) неудовлетворительная гигиена;  Б) преждевременные окклюзионные контакты;  В) хроническая травма десны;  Г) А+ Б+ В. |
| **5.** | **Рентгенологически периимплантит характеризуется:**  А) резорбцией кости и образованием костных карманов;  Б) наличием секвестров;  В) рентгенологически никак не проявляется. |
|  | Ответы: 1-Д; 2-А; 3-В; 4-Г; 5-А. |

Вариант 1

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Основоположником имплантологии является:**  А) Фашер;  Б) Бранемарк;  В) Вейхер;  Г) Пирогов. |
| **2.** | **Минимальное расстояние между корнями соседних зубов:**  А) 10 мм;  Б) 8 мм;  В) 6 мм;  Г) 4 мм. |
| **3.** | **Преждевременные окклюзионные контакты на протезах с опорой на имплантаты могут быть причиной:**  А) скола керамической облицовки протеза;  Б) периимплантита;  В) перелома головки импланта  Г) перелома винта; |
| **4.** | **Основное требование, предъявляемое к изготовлению протеза на имплантатах:**  А) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его вертикальной оси;  Б) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его горизонтальной оси; |
| **5.** | **При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет**  А) половину величины коронки зуба  Б) половину длины корня  В) 2/3 коронки зуба |
| **6.** | **При прямом виде прикуса встречается форма патологической стираемости**  А) горизонтальная  Б) вертикальная  В) смешанная  Г) компенсированная |
| **7.** | **Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется**  А) декомпенсированная  Б) вертикальная  В) компенсированная  Г) горизонтальная |
| **8.** | **Общую линию, проведенную по коронковой части зубов на рабочей модели при параллелографии принято называть**   1. линией поднутрения 2. линией анатомического экватора 3. линией обзора 4. линией десневого края 5. линией жевательной поверхности и режущей поверхности |
| **9.** | **Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и жевательной (режущей) поверхностью зуба, называют**   1. зоной поднутрения 2. окклюзионной зоной 3. ретенционной зоной 4. зоной безопасности 5. кламмерной зоной |
| **10.** | **Если необходимо увеличить жесткость небной дуги, то увеличивают размер**   1. в толщину 2. в ширину 3. в толщину и ширину 4. больше в ширину 5. больше в толщину |
| **11.** | **На верхней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке дистальная граница базиса бюгельного протеза при концевых седлах проходит**   1. впереди альвеолярного слизистого бугорка 2. по альвеолярному слизистому бугорку 3. позади альвеолярного слизистого бугорка 4. на середине слизистого бугорка 5. значительно перекрывает бугорок |
| **12.** | **Ретенционная часть плеча кламмера Аккера на поверхности зуба нижней челюсти располагается:**  1. на экваторе  2. в пришеечной области  3. выше линии обзора  4. ниже линии обзора  5. на жевательной поверхности  6. на окклюзионной поверхности |
| **13.** | **Функции тела опорно-удерживающего кламмера:**  1. несет на себе конструктивные элементы кламмера  2. участвует в передаче и распределении жевательной нагрузки  3. препятствует опрокидыванию протеза  4. фиксация протеза |
| **14.** | **Поднадкостничные имлантаты носят название:**  А) субмукозные;  Б) субпериостальные;  В) эндодонто-эндооссальные;  Г) эндооссальные. |
| **15.** | **Местные этиологические факторы заболеваний пародонта:**  1)аномалии развития челюстей  2витаминный дисбаланс  3)системная остеопатия  4)измененная функция жевания  5)травма десневого края  6)микробная бляшка  7)системно – сосудистые заболевания |
| **16**. | **Продукты обмена микробной бляшки – токсины вызывают:**  1)изменения в сосудах с признаками продуктивного васкулита  2)аллергическую реакцию замедленного типа  3)аллергическую реакцию немедленного типа  4)токсический стоматит  5)лейкоцитарную инфильтрацию  6)дезорганизацию соединительной ткани |
| **17.** | **Непереносимость ряда стоматологических материалов при пародонтитах вызывает:**  1) воспаление слизистой оболочки  2)количественное и качественное изменение слюны  3)закисление десневой жидкости  4)атрофию костной ткани |
| **18.** | **Изменения функции жевания – доминантного фактора развития пародонтитов, вследствии перегрузки тканей пародонта, происходят при:**  1) частичной потере зубов  2) заболеваниях ВНЧС  3)бруксизме  4)токсическом стоматите  5)аллергическом стоматите |
| **19.** | **При рентгенологическом исследовании начальных стадий пародонтитов выявляют:**  1)остеопароз – просветление вершин межзубных перегородок  2)деструкция картикальной пластинки на вершине перегородки  3)атрофия костной ткани на 1/3 корня |
| **20.** | **Одонтопародонтограмма дает возможность судить**  а) о состоянии костной ткани пародонта;  б) о состоянии слизистой оболочки полости рта;  в) о степени подвижности зубов. |
| **21.** | **Оптимальная ширина дуги бюгельного протеза на нижней челюсти**:  а) 3-4мм;  б) 4-8мм;  в) 6-10мм. |
| **22.** | **Характеристика кламмера Бонвиля:**  а) четырехплечий, применяется при первом классе по Кенеди;  б) перекидной, применяется при втором классе по Кеннеди;  в) четырехплечий или шестиплечий, применяется при втором классе по Кеннеди; |
| **23.** | **При каком классе дефектов по Кеннеди может применяться шарнирный дробитель нагрузки:**  а) при первом;  б) при втором;  в) при первом и втором. |
| **24.** | **Литниковая система состоит из:**  а) литниковой воронки;  б) литникового коллектора;  в) литникового стояка;  г) шпателей;  д) литниковых каналов;  е) а+б+в+г. |
| **25.** | **Оптимальное направление кламмерной линии для верхней челюсти:**  а) сагиттальное;  б) трансверсальное;  в) диагональное. |

***Ответы к 1 варианту:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 8-В | 15-И | 22-З |
| 2-В | 9-А | 16-Ж | 23-Ж |
| 3-В | 10-Б | 17-Ж | 24-А |
| 4-В | 11-В | 18-А | 25 –Д |
| 5-В | 12-В | 19-Д |  |
| 6- | 13- | 20- |  |
| 7- | 14- | 21- |  |

Вариант 2

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | **В каких отделах нижней челюсти наиболее представлена губчатая субстанция кости?**  А. В теле  Б. В гребне альвеолярного отростка  В. В головке мыщелкового отростка  Г. В венечном отростке |
| **2.** | **Какой метод снятия оттиска является предпочтительным при большом количестве опорных имплантатов?**  А) метод открытой ложки;  Б) метод закрытой ложки. |
| **3.** | **Какой оттискной массой пользуются при снятии оттисков при протезировании с опорой на имплантаты?**  А) альгинатные материалы;  Б) термопластическая масса;  В) поливинилсилоксановые, полиэфирные материалы;  Г) возможно снятие оттиска любой оттискной массой. |
| **4.** | **В каких отделах нижней челюсти наиболее представлена губчатая субстанция кости?**  А. В теле  Б. В гребне альвеолярного отростка  В. В головке мыщелкового отростка  Г. В венечном отростке |
| **5.** | **Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, при которой поражены вестибулярная и (или) оральная поверхности зубов, называется**   1. декомпенсированная 2. вертикальная 3. компенсированная 4. горизонтальная |
| **6.** | **При второй степени стираемости глубина поражения твердых тканей составляет**   1. половину величины коронки зуба 2. половину длины корня 3. 2/3 коронки зуба |
| **7.** | **При прямом виде прикуса встречается форма патологической стираемости**   1. горизонтальная 2. вертикальная 3. смешанная 4. компенсированная |
| **8.** | **При декомпенсированной форме патологической стираемости твердых тканей зубов ортопедическое лечение проводится**   1. в один этап 2. в два этапа 3. в три этапа 4. в пять этапов |
| **9.** | **Часть коронковой поверхности зуба, расположенной между контрольной линией и десневым краем, называют**   1. зоной поднутрения 2. окклюзионной зоной 3. ретенционной зоной 4. зоной безопасности 5. кламмерной зоной |
| **10.** | **Пространство, расположенное между боковой поверхностью коронки зуба, альвеолярным отростком и вертикалью параллелографа при заданном наклоне модели называется**   1. зоной поднутрения 2. окклюзионной зоной 3. ретенционной зоной 4. зоной безопасности 5. кламмерной зоной |
| **11.** | **Отношение небной дуги к слизистой оболочке твердого неба**   1. касательное 2. не касается на 0,5 – 1 мм 3. не касается на 1 – 1.5 мм 4. не касается на 1,5 – 2 мм 5. не касается на 2 – 2,5 мм |
| **12** | **Окклюзионная накладка располагается**   1. в области шейки зуба 2. на режущем крае зуба 3. на межбугорковой бороздке премоляров и моляров 4. на дентальном бугре клыков |
| **13.** | **Наиболее эффективно использовать в качестве антиопрокидывателя в бюгельном протезе**   1. отростки базиса протеза 2. пальцевые отростки 3. многозвеньевые кламмеры 4. непрерывные кламмеры 5. передние небные дуги |
| **14.** | **С какой силой затягивают винт при фиксации головки имплантата?**  А) 75 Нм;  Б) 40 Нм;  В) 95 Нм. |
| **15.** | **При дифференциальной диагностике пародонтита, хронического остеомиелита и эозинофильной гранулемы, установить соответствие нозологической формы и описания их проявлений:**  1)пародонтит  2)хронический остеомиелит  3)эозинофильная гранулема  А) наличие секвестров, зон секвестральных разъединений, отсутствие свищевых ходов, рубцов на слизистой оболочке  Б) локальные изменения в костях черепа, фаланги кистей и стоп, наличие эозинофилии В)остеопороз, расширение периодонтальной щели, деструкция костной ткани лишь в альвеолярной части нижней челюсти |
| **16.** | **Ортопедические методы, применяемые для лечения заболеваний пародонта, улучшают кровообращение и трофику тканей пародонта за счет:**  1)стимуляция сосудов пародонта  2)устранение патологической подвижности зубов  3)нормализация окклюзионных соотношений  4) устранения травмирующего действия жевательного давления  5)подключения к компенсаторному процессу неповрежденного или частично поврежденного пародонта других зубов |
| **17.** | **Показаниями к приминению метода избирательного пришлифовывания зубов при заболеваниях пародонта являются:**  1)наличие преждевременных контактов зубов в центральной, боковых и передней окклюзиях  2)наличие контактов, которые блокируют движения нижней челюсти  3)наличие трех и более точечных контактов на окклюзионной поверхности боковых зубов |
| **18.** | **Обязательным условием избирательного пришлифовывания зубов при заболевании пародонта является:**  1)выключение зубов с пораженным пародонтом из окклюзионных контактов  2)сохранение трех и более точечных контактов на окклюзионной поверхности боковых зубов  3)сохранение линейного контакта у передних зубов  4)сохранение трех и более точечных контактов у передних и боковых зубов |
| **19.** | **Аппараты и протезы постоянного пользования, при заболеваниях пародонта необходимо конструировать с учетом:**  1)привычной окклюзии  2)восстановления исходной центральной окклюзии  3)создания скользящей окклюзии |
| **20.** | **Временное шинирование при заболеваниях пародонта применяют:**  1)устранить патологическую подвижность зубов  2) устранить травматическое воздействие измененной функции жевания  3)обеспечить равномерное распределение жевательного давления  4)обеспечить эффективность комплексного лечения  5)устранить вторичные деформации зубных рядов  6)решить вопрос о сохранении или удалении зубов с патологической подвижностью |
| **21.** | **В одонтопародонтограмме В.Ю.Курляндского выносливость пародонта к нагрузке обозначается**  а) в процентах (%);  б) в килограммах (кг);  в) в коэффициентах;  г) в граммах на квадратный миллиметр (г/мм) |
| **22.** | **Оптимальная толщина бюгельного протеза на нижней челюсти:**  а) 0,5-1 мм;  б) 1,5 мм;  в) 2-2,5 мм. |
| **23.** | **Ширина дуги (базиса) бюгельного протеза на верхнюю челюсть составляет:**  а) выбирается произвольно зубным техником;  б) занимает 1/3 площади твердого неба;  в) имеет ширину равную 2/3 протяженности дефекта зубного ряда верхней челюсти. |
| **24.** | **Ретенционная часть плеча кламмера Аккера на поверхности зуба нижней челюсти располагается:**  а) на экваторе;  б) в пришеечной области;  в) выше линии обзора;  г) ниже линии обзора;  д) на жевательной поверхности;  е) на окклюзионной поверхности. |
| **25.** | **При параллелометрии для того, чтобы линия обзора располагалась ближе к десне на вестибулярной поверхности передних зубов верхней челюсти следует выбирать:**  а) передний наклон модели;  б) боковой наклон модели;  в) задний наклон модели;  г) горизонтальное положение модели. |

***Ответы ко 2 варианту:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 8-В | 15-И | 22-З |
| 2-В | 9-А | 16-Ж | 23-Ж |
| 3-В | 10-Б | 17-Ж | 24-А |
| 4-В | 11-В | 18-А | 25 –Д |
| 5-В | 12-В | 19-Д |  |
| 6- | 11- | 20- |  |
| 7- | 12- | 21- |  |

Вариант 3

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **К общим противопоказаниям операции имплантации относят:**  А) любые противопоказания к местной анестезии;  Б) болевой синдром в челюстно-лицевой области неясного генеза;  В) недостаточное наличие костной ткани;  Г) не поддающийся лечению генерализованный маргинальный гингивит. |
| **2.** | **На какой срок устанавливают формирователь десны?**  А) 14 дней;  Б) 1 месяц; В) 1 неделя;  Г) 1, 5 месяца. |
| **3.** | **Причины периимлантитов:**  А) неудовлетворительная гигиена;  Б) преждевременные окклюзионные контакты;  В) хроническая травма десны; |
| **4.** | **Форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется**   1. чрезмерная 2. компенсированная 3. горизонтальная 4. вертикальная 5. смешанная 6. декомпенсированная |
| **5.** | **Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено**   1. смещением нижней челюсти 2. ростом альвеолярного отростка челюстей 3. изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава 4. выдвижением зубов 5. ошибкой препарирования |
| **6.** | **Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой патологической стираемости твердых тканей зубов**   1. клинический анализ крови 2. томография височно-нижнечелюстного сустава 3. биохимический анализ крови 4. рентгенологическое исследование зубов и челюстей 5. аллергические пробы 6. правильные ответы а) и б) 7. правильные ответы б) и г) 8. правильные ответы а), б), в), г) |
| **7.** | **При всех формах патологической стираемости показаны ортопедические конструкции**   1. штампованные коронки 2. цельнолитые протезы 3. внеротовые лечебные аппараты |
| **8.** | **Опорная и охватывающая опорноудерживающего кламмера располагается**   1. в зоне поднутрения 2. в окклюзионной зоне 3. в ретенционной зоне 4. в зоне безопасности 5. в кламмерной зоне |
| **9.** | **Часть опорноудерживающего кламмера, обеспечивающая стабильность бюгеля от вертикальных смещений, располагается**   1. в зоне поднутрения 2. в окклюзионной зоне 3. в ретенционной зоне 4. в зоне безопасности 5. в кламмерной зоне |
| **10.** | **Наиболее эффективно использовать в качестве антиопрокидывателя в бюгельном протезе**   1. отростки базиса протеза 2. пальцевые отростки 3. многозвеньевые кламмеры 4. непрерывные кламмеры 5. передние небные дуги |
| **11.** | **При лечении двухсторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного отростка имеет скат, направленный в дистальную сторону, рекомендуется использовать**   1. опорно-удерживающие кламмеры 2. многозвеньевые кламмеры 3. непрерывные кламмеры 4. дробители нагрузки 5. антиопрокидыватели |
| **12.** | **Функциональное назначение дуги бюгельного протеза**  а) перераспределение жевательного давления  б) удержание протеза  в) шинирование зубов |
| **13.** | **Показаниями к удалению зубов при заболеваниях пародонта являются:**  1) воспаление краевого пародонта  2) вторичные деформации  3) атрофия костной ткани более ¾ длины корня  4) резкое расширение периодонтальной щели  5) подвижность зубов 3 степени ( при условии ликвидации воспалительного процесса)  6) частое абсцедирование тканей пародонта |
| **14.** | **При заболеваниях пародонта временные шины, в зависимости от клинической ситуации, подразделяют на:**  1)каповые  2)оральные  3)вестибулооральные  4)дентоальвеолярные  5)опорноудерживающие |
| **15.** | **Показаниями к раннему шинированию и протезированию при заболеваниях пародонта является:**  1)подвижность зубов 3й степени  2)значительный отек мягких тканей протезного ложа  3)гипертрофия тканей пародонта  4)абсцедирование тканей пародонта  5)вторичные деформации зубных рядов |
| **16.** | **Выжидательная тактика( несвоевременное шинирование и протезирование) после удаления зубов при заболеваниях пародонта приводит к :**  1)перегрузке оставшихся зубов  2)обострению воспалительного процесса  3)увеличению патологической подвижности зубов  4)нормализации кровообращения и трофики пародонта |
| **17.** | **В основе выбора конструкции постоянных шинирующих аппаратов и протезов лежит:**  1) наличие вторичных деформаций  2)наличие резервных сил пародонта  3)отсутствие резервных сил пародонта  4)развитие функциональной недостаточности пародонта  5)количество пар зубов-антагонистов  6)предполагаемый вид стабилизации зубного ряда |
| **18.** | **При патологической стираемости I-ой степени без снижения межальвеолярной высоты предупредить дальнейшее стирание зубов возможно путем изготовления на моляры встречных:**  а) металлических вкладок;  б) коронок из нержавеющей стали;  в) коронок из сплава КХС;  г) коронок из серебряно-палладиевых сплавов;  д) коронок из сплавов золота;  е) пластмассовых коронок;  ж) а+б+в+г+д+е;  з) а+б+в+г. |
| **19.** | **В каких случаях при генерализованной повышенной стираемости зубов уменьшается межальвеолярная высота и высота нижней трети лица?**  А. Всегда при генерализованной повышенной стираемости зубов  Б. Если имеет место генерализованная повышенная стираемость зубов 3-ей степени  В. Если генерализованная повышенная стираемость зубов не компенсируется ростом альвеолярного отростка |
| **20.** | **Метод дезокклюзии применяется:**  а) при 1 форме феномена Попова-Годона;  б) при 11 форме феномена Попова-Годона;  в) при 1 и 11 формах феномена Попова-Годона. |
| **21.** | **При параллельности вертикальных осей зубов, незначительной высоте зубов и при минимальном числе кламмеров показан метод параллелометрии:**  а) выбора наклона модели;  б) выявления среднего наклона длинных осей опорных зубов;  в) произвольный;  г) метод определения среднего угла наклона опорных зубов. |
| **22.** | **Отливка каркаса бюгельного протеза производится на модели:**  а) диагностической;  б) рабочей;  в) дублированной;  г) огнеупорной;  д) супергипсовой. |
| **23.** | **Характеристика третьего типа кламмера системы Нея:**  а) комбинированный, применяется при включенных и концевых дефектах, когда опорные зубы наклонены или повернуты;  б) комбинированный, применяется при концевых дефектах;  в) расщепленный, применяется при включенных и концевых дефектах. |
| **24.** | **При каком классе дефектов по Кеннеди применяется дробитель вертикальной нагрузки?**  а) при первом;  б) при втором;  в) при первом и втором. |
| **25.** | **Питателем называется:**  а) литниковый канал, соединяющий коллектор с отливаемым восковым протезом;  б) литниковый канал, соединяющий коллектор с литниковой воронкой |

***Ответы к 3 варианту:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 8-В | 15-И | 22-З |
| 2-В | 9-А | 16-Ж | 23-Ж |
| 3-В | 10-Б | 17-Ж | 24-А |
| 4-В | 11-В | 18-А | 25 –Д |
| 5-В | 12-В | 19-Д |  |
| 6- | 13- | 20- |  |
| 7- | 14- | 21- |  |

**Вариант 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **К местным противопоказаниям операции имплантации относят:**  А) плохую гигиену полости рта;  Б) психические заболевания;  В) эндокардит в анамнезе;  Г) прием цитостатиков. |
| **2.** | **Поднадкостничные имлантаты носят название:**  А) субмукозные;  Б) субпериостальные;  В) эндодонто-эндооссальные;  Г) эндооссальные. |
| **3.** | **Какой тип соединения имплантата с костной тканью преобладает:**  А) костный;  Б) фиброзный;  В) пародонтальный;  Г) фиброзно-костный. |
| **4.** | **Дополнительные методы исследования больных с декомпенсированной формой патологической стираемости твердых тканей зубов**  А) клинический анализ крови  Б) томография височно-нижнечелюстного сустава  В) биохимический анализ крови  Г) рентгенологическое исследование зубов и челюстей  Д) аллергические пробы  Е) правильные ответы а) и б)  Ж) правильные ответы б) и г)  З) правильные ответы а), б), в), г) |
| **5.** | **При 3–й степени патологической стираемости зубов показано применение**  А) пломб  Б) вкладок  В) культевых коронок  Г) штампованных коронок |
| **6.** | **Для ортодонтического этапа лечения больных с локализованной формой патологической стираемости зубов применяется**  А) пластинка с наклонной плоскостью  Б) пластмассовая каппа  В) пластинка с накусочной площадкой  Г) пластинка с вестибулярной дугой |
| **7.** | **При патологической стираемости твердых тканей зубов полость зуба**  А) увеличивается  Б) уменьшается  В) не изменяется |
| **8.** | **На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие линии**  **обзора**  А) экватора зуба  Б) продольной оси зуба  В) десневого края  Г) жевательной поверхности |
| **9.** | **Наиболее важной линией при расположении элементов в опорно-удерживающем кламмере является**  А) продольная ось зуба  Б) линия анатомического экватора  В) линия вертикали  Г) контрольная линия  Д) линия десневого края |
| **10.** | **При лечении двухсторонних концевых дефектов нижней челюсти бюгельными протезами, когда беззубая часть альвеолярного гребня имеет скат, направленный в мезиальную сторону, рекомендуется использовать**   1. опорно-удерживающие кламмеры 2. многозвеньевые кламмеры 3. непрерывные кламмеры 4. дробители нагрузки 5. антиопрокидыватели |
| **11.** | **Укажите последовательность планирования элементов бюгельного протеза**   1. уточнение выбора спорных, ретенционных и стабилизирующих элементов 2. планирование соединяющей дуги и каркасов базиса протеза 3. планирование базисов протеза 4. планирование непрямых удерживателей (антиопрокидывателей) 5. правильные ответы а), б), в), г) |
| **12.** | **Возможно ли применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов?**   1. нет 2. возможно 3. возможно, но после соответствующей подготовки 4. возможно только при I степени 5. возможно только при I и II степени |
| **13.** | **Оптимальное расположение дистальной окклюзионной лапки опорно-удерживающего кламмера на зубе**   1. горизонтальное 2. под углом 5 – 10° к горизонтали 3. под углом 10 – 15° к горизонтали 4. под углом 15 – 20° к горизонтали 5. под углом 20 – 25° к горизонтали |
| **14.** | **На цоколь рабочей модели для параллелометрии наносят следующие** линии   1. обзора 2. экватора зуба 3. продольной оси зуба 4. десневого края 5. жевательной поверхности |
| **15.** | **Если зуб при пародонтите не имеет резервных сил или у него развилась функциональная недостаточность, необходимо:**  1) Объединить в блок с зубами, имеющими подобную клиническую картину  2) провести избирательное пришлифовывание твердых тканей  3) объеденить в блок с зубами, сохранившими резервные силы |
| **16.** | **При ортопедическом лечении заболеваний пародонта применяется интердентальная шина В.Н. Копейкина представляющая собой:**  1) цельнолитые вкладки со штифтами  2) металлический штифт, введенный с апроксимальных сторон двух соседних зубов  3) эндодентальные имплантаты  4) металлический штифт, введенный через канал корня зуба в костную ткань |
| **17.** | **Эндодентальные имплантаты, применяемые при ортопедическом лечении заболеваний пародонта, используются при:**  1) 2-3 степени подвижности зубов  2) 1-2 степени подвижности зубов  3) наличие очага хронического воспаления на верхушке корня  4) обострении хронического воспаления в периапикальной области  5) ликвидации очага хронического воспаления в периапикальной области |
| **18.** | **Особенностями шин «Мериленд – системы», применяемых при ортопедическом лечении заболеваний пародонта, являются:**  1) фиксируются с помощью композитных материалов  2) состоят из вкладок со штифтами  3) оральный многозвеньевой кламер с системой окклюзионных накладок, перикидных элементов и вестибулярных отростков  4) сочетание несъемных и съемных видов шин, с использованием аттачменов |
| **19.** | **Несъемные виды шинирующих аппаратов постоянного пользования при лечении заболеваний пародонта применяют при:**  1) недостаточном техническом обеспечении зуботехнической лабаратории  2) значительном поражении коронок зубов кариесом или некариозными поражениями  3) небольшой высоте коронок зубов  4) всех клиничнских ситуациях  5) плохой выраженности экватора зубов |
| **20.** | **Специфика конструирования съемных шинирующих аппаратов при заболеваниях пародонта состоит в:**  1) создании иммобилизации зубного ряда по дуге в сочетании с парасагиттальной стабилизации  2) применение в начальной стадии генерализованного пародонтита  3) целенаправленном использовании кламмерной системы Нея для устранений вредных компонентов жевательного давления |
| **21.** | **Главное требование к шинирующим конструкциям, применяемым при заболеваниях пародонта:**  а) восстановить жевательную эффективность на 100%;  б) не перегружать опорные зубы;  в) не мешать комплексному лечению. |
| **22.** | **Каково главное преимущество пластмассовых шин в современных условиях?**  а) быстро и легко изготавливается;  б) не имея в своем составе металла, не могут быть источником вторичной радиации;  в) не требует наличия зуботехнической лаборатории. |
| **23.** | **При применении бюгельного протеза можно достигнуть стабилизации зубного ряда:**  а) по дуге;  б) парасагитальной;  в) фронтальной;  г) а+б;  д) а+в. |
| **24.** | **Характеристика четвертого типа кламмера системы Нея:**  а)комбинированный, применяется при включенных дефектах;  б) обратнодействующий, применяется при включенных и концевых дефектах зубного ряда;  в) обратнодействующий, применяется при концевых дефектах, при оральном наклоне премоляров, при короткой и конической форме опорных зубов. |
| **25.** | **Клиника острого генерализованного пародонтита сходна с клиническими проявлениями:**  а) острого очагового пародонтита;  б) авитаминоза С;  в) пародонтоза;  г) эозинофильной гранулемы  д) хронического остеомиелита;  е) лейкоза и лейкемического ретикулеза;  ж) а+г+д;  з) б+е. |

***Ответы к 4 варианту:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 8-В | 15-И | 22-З |
| 2-В | 9-А | 16-Ж | 23-Ж |
| 3-В | 10-Б | 17-Ж | 24-А |
| 4-В | 11-В | 18-А | 25 –Д |
| 5-В | 12-В | 19-Д |  |
| 6- | 13- | 20- |  |
| 7- | 14- | 21- |  |

**Вариант 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Показаниями к операции имлантации являются:**  А) беззубые челюсти с высокой степенью атрофии альвеолярной части;  Б) одиночный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах;  В) класса по Кеннеди;  Г) все вышеперечисленные варианты ответов |
| **2.** | **С какой силой затягивают винт при фиксации головки имплантата?**  А) 75 Нм;  Б) 40 Нм;  В) 95 Нм. |
| **3.** | **Рентгенологически периимплантит характеризуется:**  А) резорбцией кости и образованием костных карманов;  Б) наличием секвестров;  В) рентгенологически никак не проявляется. |
| **4.** | **Отсутствие снижения высоты нижней трети лица при компенсированной форме патологической стираемости зубов обусловлено**  А) смещением нижней челюсти  Б) ростом альвеолярного отростка челюстей  В) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава  Г) выдвижением зубов  Д) ошибкой препарирования |
| **5.** | **При всех формах патологической стираемости показаны ортопедические конструкции**  А) штампованные коронки  Б) цельнолитые протезы  В) внеротовые лечебные аппараты |
| **6.** | **Для дифференциации компенсированной формы патологической стираемости твердых тканей зубов от декомпенсированной необходимо**  А) изготовить диагностические модели  Б) измерить разницу между ВНОЛ при физиологическом покое и в ЦО  В) провести рентгенологическое исследование зубов  Г) провести ЭОД  Д) провести реопарадонтографию |
| **7.** | **При патологической стираемости твердых тканей зубов форма фасеток стирания**  А) кратерообразная  Б) ступенчатая  В) прямоугольная |
| **8.** | **С потерей эмали режущего края зубов или жевательных бугров скорость** **стираемости**  А) уменьшается  Б) увеличивается  В) не изменяется |
| **9.** | **Этиологические факторы патологической стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов**  А) аномалия прикуса  Б) алиментарная недостаточность  В) частичная адентия  Г) нарушение окклюзии при неправильном протезировании  Д) химические воздействия  Е) различный функциональный износ зубных протезов, изготовленных из разных материалов  Ж) воздействие средств гигиены  З) бруксизм  И) а+ в+ г+ д+ ж  К) а+ в+ г+ д+ з  Л) а+ в+ г+ е+ з |
| **10.** | **Плечо кламмера Аккера должно иметь форму**  А) прямую  Б) клиновидную  В) саблевидную  Г) серповидную  Д) кольцевидную |
| **11.** | **Место расположения окклюзионной лапки кламмера должно иметь**  А) плоскую форму  Б) форму ласточкина хвоста  В) форму полусферы  Г) форму квадрата  Д) ложечкообразную форму |
| **12.** | **На верхней челюсти при высоком и среднем высоты альвеолярном отростке граница базиса бюгельного протеза проходит с оральной стороны**  1) на уровне перехода альвеолярного отростка  2) на уровне середины альвеолярного отростка  3) на уровне ската альвеолярного гребня  4) покрывает часть твердого неба  5) покрывает значительную часть неба |
| **13.** | **Регулировать передачу жевательного давления с промежуточной части шины – протеза при заболеваниях пародонта можно:**  1) выравнивая углы наклона коронок опорных зубов  2) не применяя окклюзионных накладок  3) уменьшая ширину искусственных зубов  4) увеличивая базис и дугу протеза  5) меняя вид соединения кламмеров с базисом протеза |
| **14.** | **Вторичные деформации при 1 и 2 степени пародонтита, а также снижение окклюзионной высоты требуют предварительно провести ортодонтическое лечение для:**  1) устранения вторичных деформаций  2) стабилизации процесса атрофии костной ткани  3) перестройки миотатического рефлекса  4) восстановления топографических взаимоотношений зубных рядов и элементов ВНЧС |
| **15.** | **Проведение хирургических вмешательств (гингивотомии, гингивоэктомии, и др.) недопустимо без:**  1) предварительного изготовления временной шины  2) депульпирования зубов  3) ортодонтического лечения |
| **16.** | **Патологические процессы в твердых тканях зубов, вызывающие вторичные деформации зубных рядов и прикуса:**  1) множественный кариес  2) неравномерная и локализованная стертость  3) разрушение пломбировочных материалов  4) клиновидный дефект |
| **17.** | **Общее функциональное напряженное состояние, оказывающее воздействие на костную ткань челюстей при функции жевания вызывает:**  1) деформацию сжатия  2) деформацию растяжения  3) деформацию сжатия и растяжения |
| **18.** | **Вторичные деформации зубных рядов, вследствие податливости и пластичности костной ткани чаще проявляются на**:  1) нижней челюсти  2) верхней челюсти  3) обеих челюстях одинаково |
| **19.** | **Для постановки диагноза «Частичная вторичная адентия, осложненная вторичными деформациями зубного ряда и прикуса» необходимо провести основные методы исследования:**  1) окклюзиограмма  2) профилограмма  3) морфометрические измерения на диагностических моделях  4) гнатодинамометрия  5) электроодонтометрия |
| **20.** | **Клиника острого генерализованного пародонтита сходна с клиническими проявлениями:**  а) острого очагового пародонтита;  б) авитаминоза С  в) пародонтоза;  г) эозинофильной гранулемы;  д) хронического остеомиелита;  е) лейкоза и лейкемического ретикулеза;  ж) а+г+д;  з) б+е. |
| **21.** | **Шина Мамлока представляет собой:**  а) блок спаянных вместе полукоронок;  б) цельнолитой блок накладок, фиксирующийся на парапульпарных штифтах;  в) цельнолитой блок накладок, фиксирующийся на внутрикорневых штифтах;  г) блок спаянных вместе экваторных коронок. |
| **22.** | **Характеристика пятого типа кламмера системы Нея:**  а) кольцевой, применяется при включенных дефектах;  б) кольцевой, применяется при одиночно стоящих молярах, при их наклоне;  в) обратнодействущий, применяется при включенных и концевых дефектах. |
| **23.** | **Возможными осложнениями избирательной пришлифовки зубов при генерализованном пародонтите могут быть:**  а) гиперестезия твердых тканей;  б) кариес;  в) пульпит;  г) периодонтит;  д) снижение высоты прикуса;  е) деформация прикуса;  ж) правильные ответы а+б+в+г;  з) правильные ответы а+д+е. |
| **24.** | Показаниями к проведению имплантации являются  А) полное отсутствие зубов  Б) концевые дефекты зубных рядов  В) потеря одного зуба  Г) неудовлетворительная фиксация съемного протеза  Д) все вышеперечисленное |
| **25.** | Основное требование, предъявляемое к изготовлению протеза на имплантатах:  А) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его вертикальной оси;  Б) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его горизонтальной оси; |

***Ответы к 5 варианту:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Д | 8-В | 15-И | 22-З |
| 2-В | 9-А | 16-Ж | 23-Ж |
| 3-В | 10-Б | 17-Ж | 24-А |
| 4-В | 11-В | 18-А | 25 –А |
| 5-В | 12-В | 19-Д |  |
| 6 - | 13 - | 20 - |  |
| 7 - | 14 - | 21 - |  |

**Кейс-задачи**

**Раздел «Заболевания пародонта»**

**Задача 1.** Больной Н., 43 лет обратился с жалобами на подвижность зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *к* | *и* | *к* |  |  |  |  |  |  |  |  | *к* | *и* | *к* |  |
| 0 | 7 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 7 | 8 |
| 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  |  |  | *к* | *и* | *к* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Объективно:** 32, 31, 41, 42 имеют подвижность первой степени. На рентгенограмме: у подвижных зубов атрофия костной ткани II степени, оставшиеся зубы верхней и нижней челюсти имеют равномерную атрофию пародонта I степени.

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции протезов.

**Ответ:**

Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

План лечения: профессиональная гигиена, обучение гигиене. План ортопедического лечения : 1)избирательное пришлифовывание перед и после ортопедического лечения согласно данных окклюдограммы или анализа окклюзии в артикуляторе; 2) шинирование подвижных 32, 31, 41, 42 включая в шину 43 и 33 зубы, светоотверждаемыми материалами (Бонд,Рибонд, Гласпен)

**Задача 2.** Больной Н., 50 лет обратился с жалобами на подвижность зубов на верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. На верхнюю челюсть пациенту были изготовлен съемный пластиночный протез более 3 лет назад, которым пациент не пользуется.

**Объективно:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | *к* | *и* | *к* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановлен мостовидным протезом. Зубы 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 имеют подвижность первой степени. На рентгенограмме: у подвижных зубов атрофия костной ткани II степени, оставшиеся зубы верхней и нижней челюсти имеют равномерную атрофию пародонта I степени.

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции протезов.

**Задача 3.** Больной К., 58 лет обратился с жалобами на отсутствие зубов на верхней челюсти, подвижность зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. У пародонтолога наблюдается последние 5 лет, посещает стоматолога не регулярно. На рентгенограмме:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| *II* |  |  | *I* | *I* | *I* | *II* | *II* | *II* | *II* | *I* | *I* |  |  |  | *I* |

Зубы 3.4, 3.3, 4.3, 4.4, 4.5 имеют первую степень подвижности, 3.2,3.1, 4.1,4.2 зубы – подвижность второй степени.

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции протезов.

**Задача 4.** Больной П., 52 лет, обратился в клинику с жалобами на кровоточивость десен, подвижность зубов. В анамнезе сахарный диабет. Объективно: На верхней челюсти отсутствуют зубы 1.7 и 2.7, на нижней челюсти зубной ряд интактный. Подвижность всех зубов II-III степени; отек, гиперемия десневых сосочков. (Ортопантомограмма приложена к задаче)

**Вопрос.** Поставьте диагноз, после заполнения одонтопародонтограммы наметьте план лечения, укажите виды шин и вид стабилизации зубов при данной патологии. Вопрос: Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитой многозвеньевой шины (Эльбрехта).

**Задача 5.** Больная О., 21 год, обратилась клинику с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов, запах изо рта. Пациентка практически здорова. При осмотре полости рта маргинальная десна у зубов 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 незначительно гиперемирована, в остальных участках бледно-розового цвета. Патологической подвижности нет. Смыкание зубов в боковых отделах по ортогнатическому типу, во фронтальном участке верхние зубы перекрывают нижние более чем на 1/2. Высота нижнего отдела лица не изменена. При анализе окклюзионных взаимоотношений в полости рта и на диагностических моделях в пространстве артикулятора выявлены преждевременные контакты в центральной, передней и боковой окклюзиях. (Ортопантомограмма приложена к задаче)

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции протезов, определите последовательность избирательного пришлифовывания.

**Задача 6.** Больная Г., 56 лет, обратилась в клинику с жалобами на резкую боль, кровоточивость и припухлость десен, подвижность зубов на верхней и нижней челюсти. В анамнезе сахарный диабет 1 типа. При осмотре отмечена подвижность всех зубов II-III степени; отек, гиперемия десневых сосочков. Имеющиеся мостовидные протезы на нижней челюсти подвижны. (Ортопантомограмма приложена к задаче)

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции протезов, укажите сроки протезирования. Укажите оптимальное время приема пациентки с учетом соматической патологии.

**Задача 7.** Больной Ф., 43 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность некоторых зубов на нижней челюсти, боль при приеме пищи. При осмотре: резкое воспаление десневого края в области зубов 3.4, 4.5, 4.6, 4.7. Подвижность зубов 3.4 и 4.6 третьей степени. Данные рентгенографии занесены в пародонтограмму:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| *N* | *½* | *¾* | *¼* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *¾* |  |  |  |  |

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции протезов. Определите локализацию травматических узлов.

**Задача 8.** Больной К., 49 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность фронтальных зубов на нижней челюсти, боль при приеме пищи. При осмотре: резкое воспаление десневого края в области зубов 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3. Подвижность зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 зубов второй степени. Фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние более чем на ½ длины их коронки. Данные рентгенографии занесены в пародонтограмму:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 7 | 8 |
| *N* | *N* | *N* | *N* | *N* | *¼* | *½* | *½* | *½* | *½* | *¼* | *N* | *N* | *N* | *N* | *N* |

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции временной и постоянной шины, рационального протеза.

**Задача 9.** Больная М., 55 лет, обратилась в клинику с жалобами на резкую боль, кровоточивость и припухлость десен, подвижность зубов на верхней и нижней челюсти. В анамнезе сахарный диабет 2 типа. При осмотре отмечена подвижность всех зубов I-II степени; отек, гиперемия десневых сосочков. Имеющиеся консольные мостовидные протезы на нижней челюсти подвижны, на верхней челюсти оголение шеек на опорных зубах мостовидных протезов. (Ортопантомограмма приложена к задаче)

**Вопрос:** Заполните одонтопародонтограмму. Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, с обоснованием выбора конструкции шинирующего протеза.

**Задача 10.** Больная С., 32 года, обратилась клинику с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов, запах изо рта. Пациентка практически здорова. При осмотре полости рта маргинальная десна у зубов 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 незначительно гиперемирована, в остальных участках бледно-розового цвета. Патологической подвижности нет. Высота нижнего отдела лица не изменена. Прикус глубокий, скученность фронтальных зубов на нижней челюсти. При анализе окклюзионных взаимоотношений в полости рта и на диагностических моделях в пространстве артикулятора выявлены преждевременные контакты в центральной, передней и боковой окклюзиях. (Ортопантомограмма приложена к задаче)

**Вопрос:** Поставьте развёрнутый диагноз патологии тканей пародонта. Составьте план ортопедического лечения, определите последовательность избирательного пришлифовывания.

**Задача 11.** Больная М.,52 лет, обратилась с жалобами на боль в области нижней челюсти при жевании. Из анамнеза выявлено, что боли беспокоят пациентку около 2-х недель. Больная связывает появление болей с началом пользования бюгельным протезом. На коррекцию протеза больная явиться не смогла и продолжала пользоваться протезом.

**Объективно:** по переходной складке преддверия полости рта в области отсутствующих моляров нижней челюсти имеется повреждение слизистой оболочки соответственно краю базиса бюгельного протеза. В спокойном состоянии участок повреждения имеет щелевидную форму, при расправлении переходной складки - приобретает овальные очертания, размером (0,8 х 0,3) см. Дно дефекта бугристое, покрыто фибринозным налетом; края - утолщены и гиперемированы, при пальпации мягкие и болезненные; слизистая оболочка вокруг дефекта отечна и гиперемирована. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации увеличены, болезненны и подвижны.

**Вопрос:** перечислите заболевания слизистой, вероятные при этой симптоматике, проведите дифференциальную диагностику, назовите наиболее вероятный диагноз, опишите тактику врача в данной клинической ситуации.

**Задача 12.** Больной К., 52 лет, обратился с целью протезирования. Последнее удаление зубов было 2 месяца назад, ранее не протезировался. Объективно: лицо симметричное, высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, без видимых воспалительных явлений. Прикус прямой. Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 7 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 7 | 0 |
| 0 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |

Коронки зубов невысокие. Имеются горизонтальные площадки стираемости в области всех зубов с поражением эмали и дентина. Боковые зубы стерты на высоту бугров, у передних – стерты режущие поверхности. На окклюзионной поверхности 37 и 47 зубов имеются кратерообразные углубления. Все зубы устойчивы, в цвете не изменены, перкуссия безболезненная. Выраженная гипертрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти.

**Вопрос:** поставьте диагноз, составьте план лечения, перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления протезов.

**Задача 13.** Больной М, 48 лет, обратился с жалобами на боль в области боковых зубов справа при жевании твердой пищи, боль от сладкой, кислой пищи и от температурных раздражителей. Указанные жалобы появились через несколько лет после удаления зубов на нижней челюсти слева. Объективно: прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 7 | 6 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 8 |

Зубоальвеолярное выдвижение 16, 17, 25, 26, 27 зубов на 1,5-2,5 мм без обнажения шеек зубов, наклон 38 зуба около 45° в сторону дефекта; вертикальные площадки стираемости: в пределах эмали – у передней группы зубов на верхней и нижней челюстях, в пределах дентина – на медиальной поверхности 38 зуба; горизонтальные площадки стираемости на окклюзионной поверхности 46 и 47 зубов до уровня экватора. Все зубы устойчивы, атрофия пародонта менее 1/4 длины корня.

**Вопрос:** поставьте диагноз, укажите принципы лечения данной патологии, обоснуйте выбор конструкции протезов, перечислите клинико-лабораторные этапы их изготовления.

**Задача 14.** Больной Н., 35 лет, обратился для протезирования с использованием имплантатов. 12 зуб был удален 2 месяца назад в связи с осложнением кариеса. Объективно: лицо симметричное. Слизистая оболочка полости рта без видимых воспалительных явлений. Прикус ортогнатический. Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | п | п |  |  |  |  |  |  | п |  | п |  |  |  |  |
| 8 | 7 | 6 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | 7 | 6 |  | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
|  |  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п |  |  |

Расстояние от вершины до основания альвеолярного гребня на верхней челюсти 15 мм, ширина гребня в области удаленного зуба – 9 мм.

**Вопрос:** назовите методы обследования, поставьте диагноз, укажите вид имплантата наиболее целесообразный в данной клинической ситуации.

**Задача 15.** Больной Н., 50 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность зубов, кровоточивость десен, затруднение при приеме пищи. В анамнезе - сахарный диабет. Объективно: десневые сосочки отечны, гипeремированы, имеются патологические периодонтальные карманы. На основании данных зондирования и панорамной рентгенограммы челюстей составлена пародонтограмма:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1/4 | 0 | 0 | 1/4 | 1/4 | 1/4 | 1/2 | 1/2 | 1/2 | 3/4 | 1/4 | 1/4 | 1/4 | 0 | 0 | 1/4 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1/4 | 0 | 0 | 1/4 | 1/4 | 1/4 | 1/2 | 3/4 | 3/4 | 1/2 | 1/2 | 1/4 | 1/4 | 0 | 0 | 1/4 |

22, 31, 41 зубы имеют подвижность IV степени, остальные зубы - подвижность I-II степени.

**Вопрос:** поставьте диагноз, составьте план лечения, предложите конструкции протезов для временного и постоянного шинирования, перечислите терапевтические основы действия шинирующих аппаратов.

**Задача 16.** Больному Д., 45 лет, по клиническим показаниям было решено изготовить цельнолитые мостовидные протезы с опорой на 35, 37, 45, 47 зубы и одиночные литые коронки на 16 и 26 зубы. Во время припасовки в полости рта отлитых без огнеупорной модели протезов обнаружилось, что один из мостовидных протезов балансирует при наложении на опорные зубы.

**Вопрос:** укажите возможные причины этого явления, перечислите показания и клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых коронок и мостовидных протезов.

**Задача 17.** В ортопедическое отделение стоматологической поликлиники обратился больной 36 лет, с жалобами на частичное отсутствие зубов, подвижность некоторых зубов во фронтальной области.

Объективно:

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

7 6 0 4 3 0 0 0 0 3 4 0 6 7

43, 44, 33, 34 зубы имеют подвижность I степени.

**Вопрос.** Поставить диагноз и обосновать план ортопедического лечения.

**Задача 18.** Больная 42 лет обратилась в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники с жалобами на подвижность 47, 37 зубов и наличие дефектов зубных рядов в боковых областях.

Объективно:

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

7 0 0 0 3 2 1 1 2 3 0 0 0 7

47, 37 имеют подвижность I степени.

**Вопрос**. Поставьте диагноз и обоснуйте план ортопедического лечения.

**Задача 19.** Больной 55 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической клиники с жалобами на наличие подвижных 24, 26, 27 зубов и наличие дефектов зубного ряда верхней челюсти.

Объективно:

0 6 5 4 0 0 0 0 0 0 4 0 6 7

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

Зубы 24, 26, 27 имеют подвижность II степени.

**Вопрос**. Поставить диагноз и обосновать план ортопедического лечения.

**Задача 20.** Больной 59 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической клиники с жалобами на подвижность оставшихся зубов и наличие дефектов зубных рядов верхней и нижней челюсти.

Объективно:

7 6 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 6 7

0 0 0 0 3 2 1 1 2 3 0 0 0 0

Имеющиеся 17, 16, 31, 32, 33 зубы имеют подвижность 2 степени.

**Вопрос.** Обосновать план ортопедического лечения для каждой челюсти.

**Задача 21.** Больной 64 лет, обратился в ортопедическое отделение стоматологической клиники с жалобами на обширные дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти и на подвижность оставшихся 43, 33 зубов.

Объективно:

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 3 0 0 0 0 3 0 0 0 0

43, 33 имеют подвижность II степени.

**Вопрос.** Обосновать план ортопедического лечения и дать диагноз.