



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

## **Ситуационные задачи для подготовки к сдаче специального экзамена для лиц, получивших высшее медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах по специальности «Стоматология ортопедическая»**

№1. При полном дефекте коронковой части 11 зуба принято решение провести его ортопедическое лечение с применением безметалловой фарфоровой искусственной коронки, из соображений обеспечения максимального эстетического эффекта. Какую штифтово-культевую конструкцию показано использовать в этом случае, для формирования протезного ложа под фарфоровую коронку?

Варианты ответов:

1. Литую индивидуальную металлическую штифтово-культевую вкладку.
2. Стандартный стекловолоконный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.
3. Стандартный металлический анкерный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.

№2. При полном дефекте коронковой части 45 зуба принято решение провести его ортопедическое лечение с применением металлокерамической искусственной коронки. Какую штифтово-культевую конструкцию показано использовать в этом случае, для формирования протезного ложа под металлокерамическую коронку, при наличии внутри корневой резорбции?

Варианты ответов:

1. Литую индивидуальную металлическую штифтово-культевую вкладку.
2. Стандартный стекловолоконный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.
3. Стандартный металлический анкерный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.

№3. При полном дефекте коронковой части 46 зуба принято решение провести его ортопедическое лечение с применением металлической искусственной коронки из титанового сплава. Какую штифтово-культевую конструкцию для формирования протезного ложа показано использовать в этом случае?

Варианты ответов:

1. Литую индивидуальную металлическую штифтово-культевую вкладку из титанового сплава.
2. Стандартный стекловолоконный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.
3. Стандартный металлический анкерный штифт из титанового сплава в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.
4. Первый и третий ответы правильные.
5. Все варианты ответов правильные.

№4. Пять лет назад был изготовлен штифтовый зуб с использованием стандартного металлического анкерного штифта и гелиокомпозита, для восстановления коронковой части зуба. Произошел перелом стандартного анкерного штифта на уровне шейки зуба. Внутрикорневую часть анкерного штифта удалось удалить путём высверливания алмазным бором. Какую штифтово-культевую конструкцию показано использовать в этом случае, для формирования протезного ложа под искусственную коронку?

Варианты ответов:

1. Литую индивидуальную металлическую штифтово-культевую вкладку.
2. Стандартный стекловолоконный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.
3. Стандартный металлический анкерный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.

№5. Пациент предъявляет жалобы на 'застревание' пищи между 36, 37 зубами и боль. На 37 зубе имеется пломба из композита, замещающая дефект коронковой части зуба (2 класс по Блэку), причём пломбу

заменяли два раза из-за вышеперечисленных жалоб. При постановке пломб использовались современные матрицы и расклинивание, однако низкая клиническая коронка зуба приводила к неэффективности межзубного контактного пункта. Какая тактика лечения показана в данном случае?

Варианты ответов:

1. Применение вкладки.
2. Замена старой пломбы на новую.
3. Применение искусственной коронки.

№6. Двухсторонний концевой дефект зубного ряда на нижней челюсти. Глубокое резцовое перекрытие, за счёт дистального смещения нижней челюсти. Снижение высоты нижнего отдела лица. Жалоб на боль или хруст в височно-нижнечелюстных суставах нет. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Применение съёмного постоянного протеза восстанавливающего межальвеолярное расстояние, без предварительной подготовки.
2. Применение съёмного постоянного протеза без изменения высоты нижнего отдела лица.
3. Двухэтапное ортопедическое лечение: первый этап – ортодонтический, с применением временного лечебного протеза восстанавливающего межальвеолярное расстояние; второй этап – изготовление постоянных зубных протезов после перестройки миотатического рефлекса и сагитального сдвига нижней челюсти.
4. Все ответы правильные.

№7. Односторонний концевой дефект зубного ряда верхней челюсти осложнённый вторичной окклюзией. Подбородочный отдел смещён на 2 мм, в противоположную сторону от дефекта, в положении центральной окклюзии. На противоположной стороне от дефекта зубного ряда наблюдается повышенная стираемость жевательных бугров моляров и премоляров. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Изготовления зубного протеза с сохранением привычной окклюзии.
2. Изготовление зубного протеза, при установлении нижней челюсти во время определения центральной окклюзии в положение совмещения средней линии.

№8. Отсутствуют 35 и 36 зубы, сагитальные движения нижней челюсти заблокированы за счёт вертикального смещения 25 и 26 зубов. Высота нижнего отдела лица не снижена. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Устранение блока нижней челюсти путём укорочения 25 и 26 зубов.
2. Изготовления зубного протеза без изменения окклюзионных взаимоотношений.
3. Устранение блока нижней челюсти путём укорочения 25 и 26 зубов с одновременным восстановлением непрерывности нижнего зубного ряда протезом.

№9. Вынужденная нижняя прогения вызванная двухсторонним концевым дефектом нижнего зубного ряда и частичными дефектами коронковой части верхних резцов. Высота нижнего отдела лица снижена. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Одноэтапное ортопедическое лечение с восстановлением верхних резцов искусственными коронками, а нижнего зубного ряда съёмным протезом.
2. Восстановление межальвеолярного расстояния при помощи временного съёмного протеза с устранением вынужденной нижней прогении. После перестройки миотатического рефлекса и сдвига нижней челюсти изготовление постоянных зубных протезов.
3. Сошлифовывание нижних резцов для устранения блока нижней челюсти и восстановлением верхних резцов искусственными коронками, а нижнего зубного ряда съёмным протезом.

№10. Двухсторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти на фоне глубокого прикуса. Верхний зубной ряд деформирован в результате вертикального выдвигания 17, 18, 27, 28 зубов, их жевательные бугры касаются слизистой оболочки нижнего альвеолярного отростка (в состоянии центральной окклюзии), корни этих зубов оголены на 1/4, патологическая подвижность 2 степени. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Ортодонтическая подготовка – вертикальное перемещение 17, 18, 27, 28 зубов при помощи временного съёмного пластиночного протеза обеспечивающего дезокклюзию. После чего изготовление постоянного зубного протеза.
2. Удаление 17, 18, 27, 28 зубов, с частичной резекцией альвеолярного отростка. После заживления операционной раны и формирования протезного ложа изготовление съёмных зубных протезов на нижнюю и верхнюю челюсть с восстановлением высоты нижнего отдела лица.

3. Увеличение меж альвеолярного расстояния путём изготовления съёмного протеза (с капповым перекрытием нижних зубов и пластмассового базиса на область отсутствующих зубов).

№11. Вторичная частичная адентия верхней и нижней челюсти осложнённая патологическим нефиксированным прикусом и снижением нижнего отдела лица. Все дефекты зубных рядов, включённые и имеется возможность для изготовления мостовидных протезов. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Одноэтапное ортопедическое лечение с применением мостовидных протезов.
2. Двухэтапное ортопедическое лечение с предварительным восстановлением межальвеолярного расстояния при помощи временных лечебных съёмных протезов, а после перестройки миототического рефлекса изготовление мостовидных протезов.
3. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап восстановление нижнего зубного ряда мостовидными протезами, после перестройки миототического рефлекса восстановление верхнего зубного ряда мостовидными протезами.

№12. Генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов (2 степени), горизонтальная форма, осложнённая привычной нижней прогией. Снижение высоты нижнего отдела лица. Изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава не выявлено. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Одноэтапное ортопедическое лечение с восстановлением анатомической формы всех зубов искусственными коронками.
2. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление зубов верхнего зубного ряда искусственными коронками, после адаптации к восстановленному межальвеолярному расстоянию восстановление зубов нижнего зубного ряда искусственными коронками.
3. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление зубов нижнего зубного ряда искусственными коронками, после адаптации к увеличению межальвеолярного расстояния восстановление зубов верхнего зубного ряда искусственными коронками.
4. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица при помощи временного протеза с окклюзионным перекрытием и наклонной плоскостью во фронтальном отделе. Восстановлением анатомической формы зубов сначала нижнего зубного ряда, а потом верхнего.

№13. Генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов (2 степени), горизонтальная форма, осложнённая синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Снижение высоты нижнего отдела лица. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Одноэтапное ортопедическое лечение с восстановлением анатомической формы всех зубов искусственными коронками.
2. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица при помощи съёмного временного протеза с окклюзионным перекрытием. После купирования болевого синдрома в височно-нижнечелюстных суставах, восстановление анатомической формы зубов верхнего и нижнего зубных рядов искусственными коронками.
3. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление зубов верхнего зубного ряда искусственными коронками, после адаптации к увеличению межальвеолярного расстояния восстановление зубов нижнего зубного ряда искусственными коронками.
4. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление зубов нижнего зубного ряда искусственными коронками, после адаптации к увеличению межальвеолярного расстояния восстановление зубов верхнего зубного ряда искусственными коронками.

№14. Генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов (3 степени), горизонтальная форма осложнённая снижением высоты нижнего отдела лица. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Одноэтапное ортопедическое лечение с восстановлением высоты зубов штифтово-культевыми конструкциями, а анатомической формы всех зубов искусственными коронками.
2. Многоэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица при помощи временного протеза с окклюзионным перекрытием. После перестройки миототического рефлекса формирование культей зубов под искусственные коронки штифтовыми конструкциями (с перебазировкой лечебного протеза), восстановление анатомической формы зубов верхнего и нижнего

зубных рядов искусственными коронками.

3. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление зубов верхнего зубного ряда искусственными коронками с опорой на штифтово-культевые конструкции, после адаптации к увеличению межальвеолярного расстояния восстановление зубов нижнего зубного ряда тем же способом.
4. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление зубов нижнего зубного ряда искусственными коронками с опорой на штифтово-культевые конструкции, после адаптации к восстановленному межальвеолярному расстоянию восстановление зубов верхнего зубного ряда тем же способом.

№15. Двухсторонний концевой дефект нижнего зубного ряда, с отсутствием всех премоляров и моляров и снижением высоты нижнего отдела лица. Оставшиеся резцы и клыки нижнего зубного ряда, резцы и клыки верхнего зубного ряда имеют патологическую повышенную стираемость (2 степени). Премоляры и моляры верхней челюсти в состоянии центральной окклюзии касаются жевательными буграми слизистой оболочки нижнего альвеолярного отростка. Прикус прямой. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап восстановление анатомической формы передних зубов искусственными коронками, второй – изготовление съёмного протеза на нижнюю челюсть замещающего двухсторонний концевой дефект.
2. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица при помощи съёмного протеза на нижнюю челюсть. После перестройки миототического рефлекса, восстановление фронтальной группы зубов искусственными коронками.
3. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица временным съёмным пластиночным протезом с каповым перекрытием нижних фронтальных зубов. Второй этап – после адаптации к новой межальвеолярной высоте, изготовление постоянных зубных протезов.

№16. Двухсторонний концевой дефект зубного ряда нижней и верхней челюстей, с отсутствием премоляров и моляров, осложнённый горизонтальной формой повышенной стираемости твёрдых тканей всех оставшихся зубов. Снижение высоты нижнего отдела лица. Прикус прямой. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап восстановление анатомической формы передних зубов искусственными коронками, второй – изготовление съёмных протезов на нижнюю и верхнюю челюсти, замещающие двухсторонние концевые дефекты.
2. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица временными съёмными пластиночными протезами с каповым перекрытием фронтальных зубов. Второй этап – после перестройки миототического рефлекса, изготовление постоянных зубных протезов.
3. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты нижнего отдела лица при помощи съёмных протезов на нижнюю и верхнюю челюсти без капового перекрытия передних зубов. После перестройки миототического рефлекса, восстановление фронтальной группы зубов искусственными коронками.

№17. Год назад были изготовлены штамповано-паяные мостовидные протезы из нержавеющей стали на жевательные зубы верхней и нижней челюстей. После этого появились неудобства при жевании, затем хруст, боль в височно-нижнечелюстном суставе, боль в виске справа, жжение языка. В положении центральной окклюзии передние зубы разобщены на 4 мм., мостовидные протезы из нержавеющей стали с опорой на (13,14,17), (24,25,27), (34,35,37), (43,44,47) зубы. Пальпация суставов, точек Валле слегка болезненна, жевательных мышц резко болезненна. На томограмме височно-нижнечелюстных суставов определяется незначительное смещение суставных головок вперёд и вниз, склероз кортикальных пластинок суставных поверхностей. Микротоки в полости рта 20-60 мкА. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Варианты ответов:

1. Вторичная частичная адентия обеих челюстей. Гальваноз. - Снять штампованно-паяные мостовидные протезы и поэтапно заменить их на цельнолитые, с сохранением имеющейся высоты нижнего отдела лица.
2. Артрит В.Н.Ч.С. - Иммобилизация движений в суставах, противовоспалительная и антибактериальная терапия, обезболивание при помощи инъекционных блокад области суставов.
3. Вторичная частичная адентия обеих челюстей, осложнённая синдромом болевой дисфункции В.Н.Ч.С., с завышением высоты нижнего отдела лица. - Снять мостовидные протезы, нормализовать межальвеолярную высоту при помощи временных лечебных протезов, наблюдение и коррекция высоты нижнего отдела лица до полного купирования болевого синдрома, изготовление цельнолитых

мостовидных протезов с учётом найденной межальвеолярной высоты.

№18. При полном отсутствии зубов на верхнюю и нижнюю челюсти были изготовлены съёмные пластиночные протезы. Больной предъявляет жалобы, что при разговоре и еде отмечается "стук" зубов, к вечеру появляется чувство тяжести, утомление жевательных мышц. Какую ошибку ортопедического лечения можно предположить?

Варианты ответов:

1. Завышена высота нижнего отдела лица.
2. Занижена высота нижнего отдела лица.
3. Миозит жевательных мышц.
4. Заболевание височно-нижнечелюстного сустава.

№19. У больного жалобы на кровоточивость и гноетечение из дёсен, подвижность передних зубов нижней челюсти. На рентгенограмме имеется значительная резорбция костной ткани альвеолярного отростка в области 42, 41, 31, 32 зубов. Какой предварительный диагноз можно поставить при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Травматический узел (локализованный пародонтит) в области 42, 41, 31, 32 зубов.
2. Генерализованный пародонтит.
3. Пародонтопатия при эндокринном заболевании.

№20. Изготовлены съёмные пластиночные протезы при полном отсутствии зубов на верхней и нижней челюстях. Пациент предъявляет жалобы на «стук» зубами при разговоре. Высота нижнего отдела лица равна высоте физиологического покоя. Почему имеет место «стук» зубами?

Варианты ответов:

1. Завышена высота нижнего отдела лица.
2. Бруксизм.
3. Занижена высота нижнего отдела лица.
4. Не проведена коррекция окклюзии съёмных протезов.
5. Стресс.

№21. На этапе припасовки и наложения съёмного протеза из лаборатории получен протез, базис которого имеет «мраморную» окраску. Какая техническая ошибка допущена?

Варианты ответов:

1. Не выдержаны пропорции мономера и полимера при замешивании.
2. Нарушена технология полимеризации протеза.

№22. Пациенту с полным отсутствием зубов на нижней челюсти был изготовлен и наложен съёмный пластиночный протез. На следующий день больной пришел на приём с жалобами на нарушение фиксации нижнего пластиночного протеза при движении языка вправо или влево. Где нужно производить коррекцию съёмного протеза?

Варианты ответов:

1. В области премоляров с язычной стороны.
2. В области моляров с язычной стороны.
3. В области моляров с вестибулярной стороны.
4. В области премоляров с вестибулярной стороны.

№23. При проверке восковой конструкции съёмных протезов при полном отсутствии зубов в полости рта, в положении центральной окклюзии определяется прогнатический прикус с разобщением передних зубов. Какая ошибка допущена, во время определения центрального соотношения челюстей?

Варианты ответов:

1. Раздавливание восковых шаблонов с окклюзионными валиками в боковых отделах.
2. Смещение нижней челюсти вперёд.
3. Смещение нижней челюсти и смыкание в положении правой боковой окклюзии.

№24. Жалобы на чувство жжения нёба, языка, нижней губы, усиливающиеся вечером. Повышенная саливация, боли в желудке. Считает себя больной в течении двух месяцев, в это время появились симптомы со стороны полости рта. 15 лет пользуется мостовидными протезами, из нержавеющей стали с опорой на 47, 45 и 35, 38 зубы. Страдает гипертонической болезнью, хроническим колитом. Слизистая оболочка щёк, языка отёчна с отпечатками зубов по линии смыкания, гиперемирована. Поставьте предварительный диагноз.

Варианты ответов:

1. Лекарственный аллергический стоматит.

2. Гипертоническая болезнь.
3. Аллергический стоматит, вызванный нержавеющей сталью.

№25. Съёмные протезы изготовлены впервые. Пациент предъявляет жалобы, что “при улыбке у меня очень длинные зубы”. При улыбке видна искусственная десна верхнего съёмного протеза в области фронтальных зубов. Укажите ошибку врача?

Варианты ответов:

1. Неправильно определена линия улыбки при определении центральной окклюзии.
2. Зубной техник поставил длинные зубы.
3. Неправильно определена высота нижнего отдела лица.
4. Неправильно определена межальвеолярная высота и линия улыбки.

№26. Частичная вторичная адентия нижней челюсти. Верхний зубной ряд интактен. При осмотре и рентгенологическом обследовании оставшихся 43, 42, 41, 31, 32, 34 зубов отмечается резорбция костной ткани альвеолярного отростка у всех зубов. Слизистая оболочка также без патологических изменений. Какие конструктивные особенности в изготовлении бюгельного протеза при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть.
2. Бюгельный протез на нижнюю челюсть с жесткой фиксацией на 43, 42, 33, 34 зубы.
3. Бюгельный протез на нижнюю челюсть с лабильной фиксацией на 42,43 и 33, 34 зубы.

№27. Пациенту изготовлены съёмные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти, при полном отсутствии зубов, впервые. На этапе припасовки и наложения протезов отмечается:

- Увеличение высоты нижнего отдела лица
- Между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти контакт отсутствует.
- В области жевательных зубов неравномерный бугорковый контакт.

В чём причина этого состояния?

Варианты ответов:

1. Раздавливание базиса в области фронтальных зубов во время определения центрального соотношения челюстей.
2. Неправильная постановка зубов зубным техником.

№28. У женщины 65 лет, пользующейся съёмными протезами при полном отсутствии зубов, имеются боли в околоушной области, при движении нижней челюсти, головные боли, боли в щеке справа. Проведено физиотерапевтическое лечение: гальванизация, электрофорез с новокаином на область сустава справа. Отмечено незначительное улучшение. Какое дополнительное обследование необходимо провести этой пациентке?

Варианты ответов:

1. Рентгенологическое обследование височно-нижнечелюстных суставов.
2. Консультация невропатолога.
3. Анализ на грибок мазка со слизистой оболочки.
4. Первый и второй ответы правильные.

№29. Имеется косметический дефект 12, 11, 12 зубов после острой травмы. Частичные дефекты коронковых частей (4 класс по Блеку), зубы в цвете не изменены, пломбы не восстанавливают полностью эстетику. Боли в этих зубах нет. Пациенту 22 года. Какое ортопедическое лечение показано провести при этой клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Изготовление металлокерамических или металлогелиокомпозитных коронок с превентивным депульпированием этих зубов.
2. Изготовление металлокерамических или металлогелиокомпозитных коронок с без предварительного депульпирования зубов.
3. Изготовление безметалловых искусственных коронок – фарфоровых или гелиокомпозитных без депульпирования.
4. Второй и третий ответы правильные.

№30. Частичная вторичная адентия верхней челюсти с отсутствием 18, 17, 16, 15, 24, 25, 26, 28 зубов, 27 зуб наклонён незначительно в мезиальную сторону. Торус резко выражен. Нижний зубной ряд интактен. Какое ортопедическое лечение показано в данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Бюгельный протез на верхнюю челюсть с фиксацией к 14, 13, 23, 27 зубам.
2. Съёмный пластиночный протез.

3. Шинирующий бюгельный протез.
4. Первый и второй ответы правильные.

№31. Отсутствует 35 зуб, на 36 зубе имеется пломба (2 класс по Блеку) с медиальной стороны, 34 зуб интактный. Какие варианты ортопедического лечения возможны в этой клинической ситуации?

Варианты ответов:

1. Мостовидный протез с опорой на искусственную коронку на 34 зуб и вкладку на 36 зуб.
2. Адгезивный мостовидный протез.
3. Мостовидный протез из гелиокомпозита изготовленный прямым способом и армированный волокном или металлической балкой.
4. Имплантат в область отсутствующего 35 зуба и искусственную коронку.
5. Частичный съёмный протез.
6. Все ответы правильные.

№32. У женщины 68 лет, пользующейся съёмными протезами, два месяца назад появилось жжение слизистой щёк, языка, мацерация углов рта. В поликлинике по месту жительства лечили полосканиями полости рта, облегчения не было. Какие дополнительные методы исследования следует провести для дифференциальной диагностики?

Варианты ответов:

1. Томография В.Н.Ч.С.
2. Общий анализ крови, без протезов, через два часа ношения протезов.
3. Анализ мазка со слизистой протезного ложа на грибок.
4. Аллергологические тесты.
5. Все вышеперечисленные методы следует провести.

№33. Жалобы на сухость, чувство жжения во рту, глотке, носу. Периодический зуд кожи. Страдает хроническим холециститом, анацидным гастритом, деформирующим спондилёзом. Повышенная чувствительность к новокаину, бромю. Больной 70 лет. Считает себя больной 2 года, когда появились сухость полости рта, кровоточивость дёсен, общая слабость, недомогание, головные боли. Мостовидными протезами пользуется 15 лет. Объективно: слизистая оболочка бледно-розовая, сухая, язык нитевидный, сосочки слегка атрофированы. На границе твёрдого и мягкого нёба кровоточащие петехии. В полости рта разнородные сплавы металлов – золото и сталь. Микротоки – 28 мкА.

Варианты ответов:

1. Аллергический стоматит вызванный разнородными металлами.
2. Авитаминоз группы «В».
3. Хронический холецистит, хронический гастрит, аллергический стоматит на металлические протезы.

№34. Больному 75 лет. Съёмные пластиночные протезы при полной адентии верхней и нижней челюстей изготовлены в третий раз. Жалобы: «привык к протезам сразу, но через полтора месяца появился шум в ушах». Объективно: старческое выражение лица. Какая ошибка допущена в процессе ортопедического лечения?

Варианты ответов:

1. Занижение высоты нижнего отдела лица.
2. Атрофия мышц, подкожной клетчатки, челюстных костей.
3. Неврит слухового нерва.

№35. 12,11,21,22,32,31,41,42 зубы поражены кариозным процессом. Наличие полостей 4 класса по Блеку. Сопутствующее заболевание – флюороз. При осмотре и зондировании зубы изменены в цвете, эмаль неплотная. Какое ортопедическое лечение показано в данном случае?

Варианты ответов:

1. Искусственные коронки.
2. Пломбы из гелиокомпозита.
3. Виниры.
4. Первый и третий ответы правильные.

№36. Пять лет назад был изготовлен штифтовый зуб с использованием стандартного металлического анкерного штифта и гелиокомпозита, для восстановления коронковой части зуба. Произошел перелом стандартного анкерного штифта на уровне шейки зуба. Внутрикорневую часть анкерного штифта удалось удалить путём высверливания алмазным бором. Какую штифтово-культевую конструкцию показано использовать в этом случае, для формирования протезного ложа под искусственную коронку?

Варианты ответов:

4. Литую индивидуальную металлическую штифтово-культевую вкладку.
5. Стандартный стекловолоконный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из

гелиокомпозита прямым способом.

6. Стандартный металлический анкерный штифт в сочетании с формированием культи коронки зуба из гелиокомпозита прямым способом.

№37. Пациент предъявляет жалобы на 'застревание' пищи между 36, 37 зубами и боль. На 37 зубе имеется пломба из композита, замещающая дефект коронковой части зуба (2 класс по Блэку), причём пломбу заменяли два раза из-за вышеперечисленных жалоб. При постановке пломб использовались современные матрицы и расклинивание, однако низкая клиническая коронка зуба приводила к неэффективности межзубного контактного пункта. Какая тактика лечения показана в данном случае?

Варианты ответов:

4. Применение вкладки.
5. Замена старой пломбы на новую.
6. Применение искусственной коронки.

№38. На вестибулярной поверхности 12, 11, 21, 22 зубов определяется чашеобразные углубления овальной формы. На дне углублений эмаль истончена, и через неё просвечивает дентин желтоватого оттенка. Дно, стенки и края углубления гладкие. Дефекты локализуются в области экватора и пришеечной области, режущие края резцов сохранены. Поставлен диагноз гипоплазия эмали, какая конструкция зубного протеза показана в этом случае?

Варианты ответов:

1. Искусственные коронки.
2. Виниры.
3. Полуколонки.
4. Трёхчетвертные коронки.

№39. Имеются частичные дефекты коронок 11 и 21 зубов с разрушением углов и режущего края. Дефекты зубов более 50%. Какие искусственные коронки показано применить в этом случае?

Варианты ответов:

1. Металлокерамические коронки.
2. Фарфоровые коронки.
3. Металлогелиокомпозитные коронки.
4. Гелиокомпозитные коронки.
5. Все ответы правильные.

№40. При отсутствии двух зубов 34 и 35, при проведении ортопедического лечения какую конструкцию мостовидного протеза показано применить?

Варианты ответов:

1. Безметалловый керамический мостовидный протез.
2. Безметалловый гелиокомпозитный мостовидный протез.
3. Металлокерамический мостовидный протез.
4. Металлогелиокомпозитный мостовидный протез.
5. Металлический мостовидный протез.
6. Первый и второй ответы правильные.
7. Третий, четвёртый и пятый ответы правильные.

№41. При полном отсутствии зубов на верхнюю и нижнюю челюсти были изготовлены съёмные пластиночные протезы. Больной предъявляет жалобы, что при разговоре и еде отмечается "стук" зубов, к вечеру появляется чувство тяжести, утомление жевательных мышц. Какую ошибку ортопедического лечения можно предположить?

Варианты ответов:

5. Завышена высота нижнего отдела лица.
6. Занижена высота нижнего отдела лица.
7. Миозит жевательных мышц.
8. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

№42. У больного жалобы на кровоточивость и гноетечение из дёсен, подвижность передних зубов нижней челюсти. На рентгенограмме имеется значительная резорбция костной ткани альвеолярного отростка в области 42, 41, 31, 32 зубов. Какой предварительный диагноз можно поставить при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

4. Травматический узел (локализованный пародонтит) в области 42, 41, 31, 32 зубов.
5. Генерализованный пародонтит.
6. Пародонтопатия при эндокринном заболевании.



№43. Изготовлены съёмные пластиночные протезы при полном отсутствии зубов на верхней и нижней челюстях. Пациент предъявляет жалобы на «стук» зубами при разговоре. Высота нижнего отдела лица равна высоте физиологического покоя. Почему имеет место «стук» зубами?

Варианты ответов:

6. Завышена высота нижнего отдела лица.
7. Бруксизм.
8. Занижена высота нижнего отдела лица.
9. Не проведена коррекция окклюзии съёмных протезов.
10. Стресс.

№44. На этапе припасовки и наложения съёмного протеза из лаборатории получен протез, базис которого имеет «мраморную» окраску. Какая техническая ошибка допущена?

Варианты ответов:

3. Не выдержаны пропорции мономера и полимера при замешивании.
4. Нарушена технология полимеризации протеза.

№45. Пациенту с полным отсутствием зубов на нижней челюсти был изготовлен и наложен съёмный пластиночный протез. На следующий день больной пришел на приём с жалобами на нарушение фиксации нижнего пластиночного протеза при движении языка вправо или влево. Где нужно производить коррекцию съёмного протеза?

Варианты ответов:

5. В области премоляров с язычной стороны.
6. В области моляров с язычной стороны.
7. В области моляров с вестибулярной стороны.
8. В области премоляров с вестибулярной стороны.

№46. Жалобы на чувство жжения нёба, языка, нижней губы, усиливающиеся вечером. Повышенная саливация, боли в желудке. Считает себя больной в течении двух месяцев, в это время появились симптомы со стороны полости рта. 15 лет пользуется мостовидными протезами, из нержавеющей стали с опорой на 47, 45 и 35, 38 зубы. Страдает гипертонической болезнью, хроническим колитом. Слизистая оболочка щёк, языка отёчна с отпечатками зубов по линии смыкания, гиперемирована. Поставьте предварительный диагноз.

Варианты ответов:

4. Лекарственный аллергический стоматит.
5. Гипертоническая болезнь.
6. Аллергический стоматит, вызванный нержавеющей сталью.

№47. Съёмные протезы изготовлены впервые. Пациент предъявляет жалобы, что “при улыбке у меня очень длинные зубы”. При улыбке видна искусственная десна верхнего съёмного протеза в области фронтальных зубов. Укажите ошибку врача?

Варианты ответов:

5. Неправильно определена линия улыбки при определении центральной окклюзии.
6. Зубной техник поставил длинные зубы.
7. Неправильно определена высота нижнего отдела лица.
8. Неправильно определена межальвеолярная высота и линия улыбки.

№48. Частичная вторичная адентия нижней челюсти. Верхний зубной ряд интактен. При осмотре и рентгенологическом обследовании оставшихся 43, 42, 41, 31, 32, 34 зубов отмечается резорбция костной ткани альвеолярного отростка у всех зубов. Слизистая оболочка также без патологических изменений. Какие конструктивные особенности в изготовлении бюгельного протеза при данной клинической ситуации?

Варианты ответов:

4. Шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть.
5. Бюгельный протез на нижнюю челюсть с жесткой фиксацией на 43, 42, 33, 34 зубы.
6. Бюгельный протез на нижнюю челюсть с лабильной фиксацией на 42,43 и 33, 34 зубы.

№49. Пациенту изготовлены съёмные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти, при полном отсутствии зубов, впервые. На этапе припасовки и наложения протезов отмечается:

- Увеличение высоты нижнего отдела лица
- Между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти контакт отсутствует.
- В области жевательных зубов неравномерный бугорковый контакт.

В чём причина этого состояния?

Варианты ответов:

3. Раздавливание базиса в области фронтальных зубов во время определения центрального соотношения челюстей.
4. Неправильная постановка зубов зубным техником.

№50. У женщины 65 лет, пользующейся съёмными протезами при полном отсутствии зубов, имеются боли в околоушной области, при движении нижней челюсти, головные боли, боли в щеке справа. Проведено физиотерапевтическое лечение: гальванизация, электрофорез с новокаином на область сустава справа. Отмечено незначительное улучшение. Какое дополнительное обследование необходимо провести этой пациентке?

Варианты ответов:

5. Рентгенологическое обследование височно-нижнечелюстных суставов.
6. Консультация невропатолога.
7. Анализ на грибок мазка со слизистой оболочки.
8. Первый и второй ответы правильные.