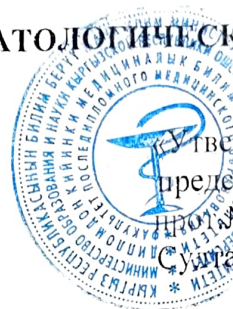


МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ КР
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
ОТДЕЛ ПРОГРАММ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

«Рассмотрено»
на заседании отд. прогр. стом. спец.
прот. № 14 от « 23 » 11 2025г.
рук. отд. Эргешова Г.С.



«Утверждено»

председателем УМК

прот. № 15 от « 1 » 12 2025г.
Султанова Т.А.

ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для промежуточной аттестации по дисциплине
«Ортопедическая стоматология 3»
для ординаторов, обучающихся по специальности
117 «Ортопедическая стоматология»

на 2025-2026 учебный год

курс-2, семестр-3

	Наименование дисциплины	Аудиторная часть 10%		Клиническая практика 90%
		Лекции	Сем. занятия	
СД	Ортопедическая стоматология 3	48	48	1056

Составители:

1. ФИО Мамотемшинов С.Т. подпись / [подпись] /
2. ФИО _____ подпись / [подпись] /

Эксперт-тестолог: ФИО Мамкасовна Ф.Т. подпись / [подпись] /

г. Ош – 2025г.

№	Название дисциплины	Количество тестовых задач	% ное соотношение
1. СД	Клиника, классификация дефектов, методы лечения	10	4%
2.	Лечение пациентов с дефектами зубных рядов несъемными мостовидными протезами. Общее понятие, составные элементы, показания.	15	6%
3.	Биомеханика мостовидных протезов	10	4%
4.	Клинико-лабораторные этапы изготовления паянных мостовидных протезов.	15	6%
5.	Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.	10	4,%
6.	Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированных мостовидных протезов.	15	6%
7.	Лечение пациентов с дефектами зубных рядов частично-съемными пластиночными протезами.	15	6%
8.	Лечение пациентов с дефектами зубных рядов бюгельными протезами.	10	4%
9.	Параллелометрия	10	4%
10.	Особенности лечения детей и подростков с дефектами зубных рядов.	10	4%
11.	Клиническая анатомия беззубого рта. Классификация беззубых челюстей	10	4%
12	Специальная подготовка при полной адентии	10	4%
13	Функциональные оттиски и их классификация	10	4%
14	Определение центральной окклюзии	10	4%
15	Клинико лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов	10	4%
16	Особенности припасовки полных съемных протезов.	10	4%
17	Методика обследования пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава	10	4СД%

18	Дисфункциональное состояние височно-нижнечелюстного сустава	10	4%
19	Особенности ортопедической помощи больным с парафункциями жевательных мышц	10	4%
20	Этиология и патогенез	10	4%
21	Клиническая картина	10	4%
22	Снижающийся прикус	10	4%
23	Ортопедическое лечение патологической стираемости зубов	10	4, %

Экзаменационные тестовые вопросы по ортопедической стоматологии для 2 – курс

1. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Ш. 62 года. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: год назад коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4 зубов разрушилась, коронка 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушилась 3 года назад. Коронка 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 зубов разрушена (ИРОПЗ = 1,0), корень на уровне десневого края, твердые ткани размягчены, при пробной препаровке по удалению размягченных твердых тканей уровень расположения корней снизился на 1 -1,5 мм по отношению к десневому краю. Подвижности корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 отмечается 2-3 степени. Корневой канал корней зубов 2.6, 3.7, 4.7, 4.3, 4.4, 1.4, 1.5, 1.6 запломбированы до верхушки. Мостовидный протез с опорой на зубы 3.4 и 3.7 подвижен. Корневой канал корня зуба 3.4 запломбирован на 2/3 длины корня зуба. Зубы 1.3 - 2.3, 4.2, 4.1, 3.3 имеют множественные композитные реставрации с поддесневыми кариозными полостями при зондировании. Зубы 1.3 – 2.3 имеют подвижность 1 степени. Составьте план ортопедического лечения.

1. Снять мостовидные протезы, удалить все подвижные зубы, запломбировать все кариозные полости и заново протезировать.

2. Шинировать подвижные зубы 2-3 степени и протезировать.

3. Запломбировать кариозные полости и шинировать подвижные зубы.

4. Снять мостовидные протезы, заново протезировать.

2. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С., 77 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объеме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют. Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 – I степени. Слизистая оболочка щек, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и неба бледно-розовая, умеренно увлажнена. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани

на 1/4 в области зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на 1/2, 4. 2, 4.4 – следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня зуба. 3. Составьте план ортопедического лечения.

1.Препаровка зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 и надевать искусственные коронки.

2.Удалять все зубы и готовить протезы.

3.Шинировать все зубы.

4.Готовить бюгельные протезы.

3.В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р. 26 лет. Жалобы: затрудненное пережевывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле без шлема, совершил аварию. Во время аварии, падая с транспортного средства, сильно ударился об асфальт. В результате – перелом правой лучевой кости, сотрясение мозга, отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти. Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Снижение высоты нижнего отдела лица не отмечается. Носогубные и подбородочные складки не выражены. Слизистая оболочка десен, неба, щек и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. В области зубов 1.1, 2.1 – гиперемирована, отечна. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти - отсутствуют коронковые части зубов 2.1;1.1. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали зубов 1.2, 2.2 Незначительная подвижность зубов 1.2, 2.2 (первая степень). В незначительном объеме наблюдаются твердые зубные отложения на зубах обеих челюстей. На зубах 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 имеются композитные пломбы. На Rg наблюдается прослеживаются корни зубов 2.1,1.1 на уровне и ниже альвеолярной кости . Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациента о максимальной эстетике предполагаемых конструкций:

1.лечение 2.1,1.1зуба и надевать искусственные коронки.

2.удалять 2.1,1.1 зубы и протезировать.

3.шинировать 2.1,1.1 зубы.

4.депульпация 2.1,1.1 зубы.

4. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка К. 46 лет. Жалобы: затрудненное пережевывание пищи, эстетику нижних передних зубов. Анамнез заболевания: отмечает отсутствие боковых зубов на нижней челюсти около 5 лет. В это же время были изготовлены металлокерамические коронки на верхнюю челюсть, бюгельный протез на верхнюю челюсть и спустя месяц после удаления съемный пластиночный протез с гнутыми кламперами на нижнюю челюсть. Съемный протез сломался при жевании около трех лет назад. За починкой и изготовлением нового протеза не обращалась. За последние два года отмечает уменьшение размера передних нижних зубов. Конфигурация лица изменена - отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 3 мм. Носогубные и подбородочные складки выражены, регионарные лимфатические узлы не пальпируются и безболезненны. Пальпация ВНЧС

безболезненная, лицо симметрично. Открывание полости рта свободное. Слизистая оболочка десен, неба, щек и альвеолярных отростков бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: На верхней челюсти фиксирован металлокерамический мостовидный протез с опорами: 1.4, 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, боковые зубы замещены бюгельным протезом с кламмерной системой фиксации. На зубах 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 имеются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. В незначительном объеме наблюдаются твердые зубные отложения на зубах нижней челюсти. На зубах 3.4, 4.4 имеются композитные пломбы. Каналы зубов 3.4, 4.4, запломбированы на половину длины корневого канала. Остаточный корень зуба 4.8. На Rg наблюдается равномерная убыль костной ткани альвеолярной части верхней и нижней челюстей на $\frac{1}{4}$ длины корней, Зубы 1.4,1.3,1.2,2.1,2.2,2.3,2.4 эндодонтически пролечены, на всем протяжении корневых каналов зубов прослеживается однородный плотный материал. Изменений в периапикальных тканях зубов 1.4,1.3,1.2,2.1,2.2,2.3,2.4 нет. . 3. Составьте план ортопедического лечения, учитывая пожелания пациентки о максимальной эстетике предполагаемых конструкций.

1. Удалять остаточный корень зуба 4.8. и изготовить нового съемного протеза обеих челюстей.

2. Удалять остаточный корень зуба 4.8. и готовить консольную штампованную коронку.

3. Готовить микро протезы после удаления 4.8.

Удалять остаточный корень зуба 4.8. и изготовить нового съемного протеза нижних челюстей.

5. Больная К. 72 лет обратилась в стоматологическую клинику. Жалобы: на эстетический дефект, затрудненное пережевывание пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, зубными протезами ранее не пользовалась. При внешнем осмотре не отмечается снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток значительно и неравномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый. Имеются корни зубов 1.5, 1.4, 3.1,2.1. Позадимоларные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твердого неба выпуклый. Небо плоское. Уздечка верхней губы и щечно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка. На прицельных рентгенограммах: 1.5, 1.4, 3.1. – определяются изменения в периапикальных тканях, разрежение костной ткани от 2 мм до 4 мм; неполная obturation корневых каналов пломбировочным материалом. Составьте план лечения ортопедическое:

1. Удалять корни зубы 1.5, 1.4, 3.1,2.1. и протезировать.

2. Наращивать 1.5, 1.4, 3.1,1.2.зубы .

3. Наращивать 1.5, 1.4, 3.1,1.2.зубы и штампованная коронку одеть.

4. Удалять корни зубы 1.5, 1.4, 3.1,1.2. и микропротез.

6. Пациент Н. 67 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти.

Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины нёбо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Составьте план ортопедического лечения.

- А) Провести коррекцию протезов
- Б) Изготовить новые протезы
- В) Провести имплантацию
- Г) все варианты верны.

7. Пациент Н. 67 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины нёбо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Вопрос: Составьте план ортопедического лечения.

- А) Провести коррекцию протезов
- Б) Изготовить новые протезы
- В) Провести имплантацию
- Г) все варианты верны.

8. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 50 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад. В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов. Прикус ортогнатический.

Назовите причину возникновения деформации зубных рядов.

- А) отсутствие своевременного протезирования.
- Б) неправильное протезирование.
- В) генерализованный кариес зубов.
- Г) неправильный прикус.

9. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент А. 30 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 2 лет назад. 3.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, кариес дентина. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенограмме: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбировочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Поставьте диагноз.

- А) Частичная вторичная адентия на нижней челюсти.
- Б) Частичная вторичная адентия на верхней челюсти.
- В) Полная адентия на верхней челюсти.
- Г) Полная адентия на нижней челюсти.

10. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 23 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 4 лет назад. 2.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 1.6, 2.6, 4.7 зубы -

ИРОПЗ 70-80%, вторичный кариес. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенографии: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбировочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Определите план ортопедического лечения.

А) изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 3.6, 4.7 зубы;

Б) изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;

В) изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего 2.6 зуба.

Г) все варианты верны.

11. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 32 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 и подвижность зубов 2 степени. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отечна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на 2/4 длины корней.

План ортопедического лечения:

Удалять 3.3, 3.7. зуба и вставлять искусственные коронки.

2. Вставить съёмный протез.

3. Удалять 3.3, 3.7. зуба и вставлять цельнолитые коронки

4. Вставить микропротезы.

-
12. Больной А, 37 лет, обратился с жалобами на острую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, попытка широко открыть рот вызывает резкое усиление боли.
- История заболевания. Три дня назад, в драке, получил удар в нижнюю челюсть, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Затем, в течение двух дней, была боль при открывании рта. На третий день усилились боль и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в ВНЧС справа. Появились слабость, озноб. Самостоятельно не лечился. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ.
- При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы тела влажные, температура тела 37,5 гр.С. Конфигурация лица изменена за счет посттравматического отека мягких тканей правой околоушной области. Ближе к козелку правой ушной раковины имеется ссадина кожи, размером 1,0x1,5 см, без признаков воспаления, ограниченное кровоизлияние. Пальпация этой зоны резко болезненная.
- В полости рта: ортогнатический прикус. Открывание рта ограничено до 1,5 см между резцами верхней и нижней челюстей, болезненное. Симптом 45нагрузки на нижнюю челюсть положительный: боль концентрируется в области правого ВНЧС. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании (ортопантомограмме) отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме. Поставьте и обоснуйте диагноз
1. Острый травматический артрит ВНЧС справа. Диагноз выставлена, учитывая анамнез заболевания, клинико-рентгенологические данные.
 2. ОРЗ, Хроническое воспаление ВНЧС.
 3. Дифтерия, ОРЗ.
 4. Хронический травматический артрит.
13. Больной А, 37 лет, обратился с жалобами на острую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, попытка широко открыть рот вызывает резкое усиление боли.

История заболевания. Три дня назад, в драке, получил удар в нижнюю челюсть, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Затем, в течение двух дней, была боль при открывании рта. На третий день усилились боль и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в ВНЧС справа. Появились слабость, озноб. Самостоятельно не лечился. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы тела влажные, температура тела 37,5 гр.С. Конфигурация лица изменена за счет посттравматического отека мягких тканей правой околоушной области.

Ближе к козелку правой ушной раковины имеется ссадина кожи, размером 1,0х1,5 см, без признаков воспаления, ограниченное кровоизлияние.

Пальпация этой зоны резко болезненная.

В полости рта: ортогнатический прикус. Открывание рта ограничено до 1,5 см между резцами верхней и нижней челюстей, болезненное. Симптом 45нагрузки на нижнюю челюсть положительный: боль концентрируется в области правого ВНЧС. Целостность альвеолярных отростков не нарушена.

При рентгенологическом исследовании (ортопантомограмме) отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях.

Костные структуры, образующие сустав, в норме. Наметьте план лечения.

1. Пациенту показана иммобилизация нижней челюсти (теменноподбородочная повязка) 5-7 дней, включающая ночное время, для создания покоя в ВНЧС.

2. жидкая диета (челюстной стол), внутрь нестероидные противовоспалительные препараты (ибуклин, найз) и антибиотикотерапия.

3. Спустя 5-7 дней осуществление физиотерапии (сухое тепло, УВЧ, лазеромагнитотерапия)

4. Покой.

14. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 32 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, 1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отечна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на ¼ длины корней.

Вопрос: Какова возможная причина возникновения патологии пародонта?

- А) завышенное пломбирование кариеса.
- Б) неправильное протезирование.
- В) разрушение коронки зубов.
- Г) патологическая стираемость

15. Мужчине 66 лет протезы для верхней и нижней челюсти. Объективно: альвеолярные отростки челюстей незначительно атрофированы, слизистая оболочка умеренно податлива. Изготовлены индивидуальные ложки. Какой клинический этап протезирования данного больного должен быть следующим?

- 1) Изготовление индивидуальных ложек;
- 2) Получение функционального оттиска;
- 3) Проверка конструкции протезов;
- 4) Определение центрального соотношения челюстей;

16. Определите во время припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть пациенту 49 лет при широком открывании рта происходит ее сбрасывание. Где необходимо укоротить край ложки?

- 1) В участке щечных складок;
- 2) Во фронтальном участке;
- 3) В участке торуса;
- 4) В задне-боковом участке бугра в/ч;

17. Больной б. 62 лет обратился с жалобами на полную потерю зубов. После получения функционального оттиска врач планирует границу протеза на модели. Где должна проходить задняя граница полного съемного пластинчатого протеза?

- 1) На 0,5 - 1,0 мм перекрывать линию "а";
- 2) На 1,0 - 2 мм перекрывать линию "а";
- 3) На 2,5 мм перекрывать линию "а";
- 4) На 2-3 мм перекрывать линию "а";

18. Мужчине 65 лет изготавливается полный съемный протез на н/ч. При припасовке индивидуальной ложки по методике гербста врач выявил, что она сбрасывается в момент глотания. В каком участке необходимо провести коррекцию индивидуальной ложки?

- 1) Позади слизистого бугорка
- 2) Вдоль челюстно-подъязычной линии;
- 3) Позади слизистого бугорка до челюстно-подъязычной линии;
- 4) От слизистого бугорка по наружному краю до места, где будет стоять второй моляр;

19. Пациент п. 65 лет обратился с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней челюсти. При осмотре ротовой полости выявлена значительная податливость слизистой оболочки протезного ложа. Какой функциональный оттиск должен изготовить врач?

- 1) Компрессионный;
- 2) Комбинированный;
- 3) Разгрузочный;
- 4) Дифференцированный;

20. Пациенту возрастом 75 лет изготавливают полный съемный протез для нижней челюсти. Объективно: незначительная атрофия альвеолярного отростка. Подгон индивидуальной ложки проводят с помощью проб Гербста. При вытягивании губ вперед ложка сбрасывается. В какой области нужно укоротить края ложки: Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) От клыка до клыка с вестибулярной стороны
- 2) От клыка до клыка с язычной стороны
- 3) От места позади слизистого бугорка к альвеолярному бугорку челюстно-подъязычной линии
- 4) Вдоль челюстно-подъязычной линии

21. Пациенту возрастом 70 лет с полной потерей зубов на нижней челюсти проводят подгон индивидуальной ложки, используя пробы Гербста. Во время медленного открывания рта ложку поднимает во фронтальной области. В какой области нужно провести коррекцию ложки?

- 1) Между клыками с вестибулярной стороны
- 2) Позади слизистого бугорка к челюстно-подъязычной линии
- 3) В области уздечки языка
- 4) От слизистого бугорка к месту, где будет размещен второй моляр

22. Пациент возрастом 70 лет обратился к врачу с жалобами на недостаточную фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти. Объективно: край протеза в области уздечки верхней губы укороченный, замыкающий клапан нарушен. Что нужно сделать для улучшения фиксации протеза:

- 1) Коррекция протеза
- 2) Расширить края базиса протеза
- 3) Объемное моделирование базиса протеза
- 4) Изготовление нового протеза

23. Мужчине возрастом 65 лет изготавливают полный съемный протез на нижнюю челюсть. Подгон индивидуальной ложки проводят с помощью проб Гербста. Какая проба помогает уточнить размещение вестибулярного края индивидуальной ложки во фронтальной области:

- 1) Активные движения мимических мышц, в частности вытягивание губ вперед
- 2) Движения кончиком языка по красной кайме верхней губы
- 3) Движения кончиком языка по красной кайме нижней губы
- 4) Прикосновения кончиком языка к щекам при полузакрытом рте

24. Во время изготовления полного съемного протеза на верхнюю челюсть пациента возрастом 68 лет на этапе подгона индивидуальной ложки с использованием проб Гербста выявлено, что ложка сбрасывается при втягивании щек. В какой области нужно укоротить края индивидуальной ложки:

- 1) В переднем отделе
- 2) В области щечно-альвеолярных складок
- 3) От задней части бугра верхней челюсти к середине альвеолярного отростка
- 4) По всему вестибулярному краю

25. Пациенту возрастом 66 лет изготавливают полные съемные протезы для верхней и нижней челюстей. Объективно: альвеолярный отросток верхней челюсти и альвеолярный отросток нижней челюсти незначительно атрофированы, слизистая оболочка умеренно податливая. Получены анатомические оттиски. Какой этап протезирования может быть следующим:

- 1) Изготовление индивидуальных ложек
- 2) Определение центрального соотношения челюстей
- 3) Изготовление восковых базисов с прикусными валиками
- 4) Получение функциональных оттисков

26. Больной С., обратился в стоматологическую клинику с целью протезирования. Объективно: полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Равномерно выраженная атрофия альвеолярного отростка. Альвеолярная дуга едва повышается над дном полости рта. Прикрепление уздечек и расположение складок высокое. Слизистая оболочка протезного ложа подвижная. Определите тип атрофии беззубой нижней челюсти по Келлеру.

- 1) I тип
- 2) II тип
- 3) III тип
- 4) IV тип

27. Больному В. 72 лет изготовили полные съемные протезы на обе челюсти. Объективно: ортогнатическое соотношение челюстей, резко выраженная атрофия верхней челюсти. Сколько искусственных зубов необходимо поставить в верхнем протезе?

- 1) 8 зубов
- 2) 12 зубов
- 3) 14 зубов
- 4) 16 зубов

28. Больной 54 лет изготавливается полный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть. Получен анатомический оттиск. Какой этап протезирования должен быть следующим?

- 1) Полимеризация
- 2) Гипсование в кювету
- 3) Припасовка индивидуальной ложки и снятие функционального оттиска
- 4) Определение центральной окклюзии

29. Пациент Ж. 75 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. Планируется изготовление полных съемных пластиночных протезов. Для изготовления жесткой индивидуальной ложки необходимо получить анатомический оттиск гипсом. Какую ложку необходимо использовать?

1. металлическую.
2. пластмассовую.
3. индивидуальную.
4. бумажную.

30. У больного К., с полным отсутствием зубов, при обследовании был выявлен на нижней челюсти "вихлястый альвеолярный гребень". Какой оттиск обеспечит изготовление полноценного протеза?

- 1) Полный анатомический оттиск
- 2) Функциональный компрессионный оттиск
- 3) Функциональный дифференцированный оттиск
- 4) Функциональный декомпрессионный оттиск

31. Пациент возрастом 69 лет жалуется на полную потерю зубов. После получения функционального оттиска врач и зубной техник планируют границы протеза на модели. Где может проходить задняя граница полного съемного пластиночного протеза:

- 1) Заканчиваться на линии "А"
- 2) На 2 мм перекрывать линию "А"
- 3) На 2-3,5 мм перекрывать линию "А"
- 4) На 3-5 мм перекрывать линию "А"

32. Пациент возрастом 68 лет жалуется на полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Объективно: значительная атрофия ее зубной части. В боковых отделах нижней челюсти на языковой поверхности при пальпации выявлены симметричные острые костные образования, которые покрыты тонкой слизистой оболочкой. Какой может быть тактика врача относительно лечения этого пациента:

- 1) Изготовление полного съемного протеза с двухслойным базисом
- 2) Изготовление полного съемного протеза на нижнюю челюсть
- 3) Проведение рентгенографического исследования нижней челюсти и дальнейшее ортопедическое лечение
- 4) Резекция альвеолярного гребня и изготовление полного съемного протеза на нижнюю челюсть

33. Пациент возрастом 70 лет обратился к врачу с жалобами на отсутствие всех зубов верхней и нижней челюстей. Планируется изготовление полного съемного зубного протеза для нижней челюсти. Объективно: альвеолярный отросток нижней челюсти атрофирован только во фронтальной области. Определите тип атрофии нижней челюсти по Келлеру у пациента:

- 1) Ш
- 2) П
- 3) I
- 4) IV

34. Мужчина возрастом 75 лет обратился к врачу с целью протезирования. Планируется изготовление полного съемного протеза на верхнюю челюсть. Объективно: на верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка II класса по Шредеру, податливость слизистой оболочки III типа по Супли. Где может проходить граница полного съемного протеза в полости рта у пациента:

- 1) По переходной складке
- 2) По активно-подвижной слизистой оболочке
- 3) По пассивно-подвижной слизистой оболочке
- 4) Выше активно-подвижной слизистой оболочки

35. Мужчина возрастом 70 лет с полным отсутствием зубов на верхней челюсти обратился к врачу с целью протезирования. Объективно: альвеолярный отросток верхней челюсти чрезмерно развит во фронтальной области; с вестибулярной стороны - грушевидной формы. Верхнечелюстные бугры хорошо сохранены, небный торус не выражен. Щечно-альвеолярные тяжи и уздечка верхней губы прикрепляются высоко. Какая конструкция протеза будет наиболее рациональной в этом случае:

- 1) Полный съемный протез с установлением зубов на приточке
- 2) Полный съемный пластиночный протез с двухслойным базисом
- 3) Безнебный полный съемный протез
- 4) Полный съемный протез с зубоальвеолярными кламмерами

36. При объективном обследовании полости рта у пациента выявлена беззубая нижняя челюсть, неравномерная атрофия зубной части, наличие в переднем отделе подвижного тяжа слизистой оболочки. Какой метод получения функционального оттиска в этом случае:

- 1) Декомпрессионный оттиск
- 2) Дифференцированный оттиск
- 3) Компрессионный оттиск
- 4) Оттиск под жевательным давлением

37. Пациенту изготавливают полный съемный протез на нижнюю челюсть. Во время предыдущего посещения у него были получены анатомические оттиски. Что должен сделать врач во время следующего клинического этапа:

- 1) Изготовить прикусные валики
- 2) Припасовать индивидуальную ложку
- 3) Изготовить модель протеза
- 4) Получить функциональный оттиск

38. Пациент возрастом 70 лет жалуется на невозможность употребления пищи, эстетический и фонетический дефект вследствие полной потери зубов на нижней челюсти. Объективно: альвеолярный отросток нижней челюсти значительно атрофирован в боковых участках и относительно сохранен - в фронтальной. Прикрепление щечных тяжей на уровне альвеолярного гребня. Какому типу беззубых челюстей по Келлеру отвечает такая клиническая картина:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

39. Пациентка возрастом 70 лет жалуется на полную потерю зубов на верхней челюсти. Объективно: значительная атрофия альвеолярного отростка, бугры верхней челюсти отсутствуют, небо плоское. Переходная складка размещена в одной горизонтальной плоскости с твердым небом. Какой тип беззубой верхней челюсти по Шредеру у пациентки:

- 1) I

- 2) IV
- 3) III
- 4) V

40. У пациента возрастом 60 лет с полной потерей зубов на верхней челюсти при обследовании слизистой оболочки пальпируют периферическую фиброзную зону. Которой по податливости является эта зона по Люду:

- 5) Малоподатливая
- 6) Умеренно податливая
- 7) Чрезмерно податливая
- 8) Неравномерно податливая

41. При обследовании полости рта у пациента возрастом 63 года с полной потерей зубов на нижней челюсти выявлена значительная атрофия зубной части в области утраченных премоляров и резцов и относительное сохранение ее в области утраченных моляров и клыков. Определить тип атрофии беззубой нижней челюсти у пациента по Оксману:

- 9) IV
- 10) III
- 11) II
- 12) I

42. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент И. 29 лет. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 3 лет назад. 4.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. ИРОПЗ 1.6, 2.6, 3.7 зубов - 80%, вторичный кариес на 1.6, 2.6, 3.7 зубах. 1.5, 3.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенограмме 1.6, 2.6, 3.7 зубов определяется неполная obturation корневых каналов пломбировочным материалом.

Вопрос: Составьте план ортопедического лечения.

- А) изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 2.6, 3.7 зубы;
- Б) изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 3.7 зубы.
- В) изготовить коронку на имплантате в области 4.6 зуба.
- Г) все варианты верны.

43. Пациент возрастом 57 лет жалуется на отсутствие зубов на нижней челюсти. Из анамнеза было выяснено, что месяц назад ему было удалено последний 47 зуб. У больного язва желудка. Во время объективного обследования выявлена значительная атрофия альвеолярного гребня нижней челюсти. В области проекции удаленного 47 зуба - костный выступ. Слизистая оболочка истончена, болезненная при пальпации. Больному запланировано изготовить полный съемный протез. Выберите наиболее рациональную конструкцию протеза:

- 1) Полный съемный протез с мягкой подкладкой
- 2) Полный съемный протез с сокращенным базисом
- 3) Несъемные конструкции, фиксированные на имплантатах
- 4) Полный съемный протез с утяжелителями

44. Мужчине 65 лет изготавливается полный съемный протез на н/ч. Припасовка индивидуальной ложки проводится при помощи проб Гербста. Какая проба позволяет уточнить вестибулярный край индивидуальной ложки во фронтальном участке?

- 1) Дотронуться кончиком языка до щек при полуоткрытом рте;
- 2) Провести языком по красной кайме нижней губы;
- 3) Провести языком по красной кайме верхней губы;
- 4) Активные движения мимической мускулатуры, вытягивание губ вперед;

45. Больной ш. 59 лет жалуется на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. Больному изготавливают полные съемные пластиночные протезы. Необходимо провести припасовку индивидуальных ложек. При открывании рта индивидуальная ложка на нижней челюсти поднимается в заднем отделе. В каком месте необходимо осуществить коррекцию индивидуальной ложки с помощью проб гербста?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Укоротить край индивидуальной ложки по наружному краю во фронтальной области;
- 2) Укоротить ложку со щечной стороны в отделе от бугорков до места, где будет стоять второй моляр;
- 3) Сошлифовать край индивидуальной ложки, который проходит вдоль челюстно-подъязычной линии;
- 4) Исправление края индивидуальной ложки в области уздечки языка.

46. Определите на этапе припасовки жесткой индивидуальной ложки на нижней челюсти она движется при проведении языком по красной кайме верхней губы. В какой области укоротить край ложки?

- 1) В области уздечки языка;
- 2) В области челюстно-подъязычной линии;
- 3) На подъязычном крае ложки, отступив на 1 см от средней линии;
- 4) Оральный край ложки в области клыков;

47. Определите какой оттиск необходимо получить у больного с беззубой верхней челюсти для изготовления индивидуальной ложки? Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Полный анатомический;
- 2) Функционально-присасывающийся компрессионный;
- 3) Функционально-присасывающийся разгружающий;
- 4) Функционально-присасывающийся дифференцированный;

48. Во время изготовления полного съемного протеза на верхнюю челюсть больному 68 лет на этапе припасовки индивидуальной ложки с использованием проб гербста выявлено, что ложка сбрасывается при втягивании щек. Где нужно укоротить край индивидуальной ложки?

- 1) По всему вестибулярному краю;
- 2) В переднем отделе;
- 3) От задней части бугра до середины альвеолярного отростка;
- 4) В области щечных складок.

49. Одним из этапов изготовления полного съемного протеза является подгонка индивидуальной ложки и получение функционального оттиска. Каким из перечисленных материалов проводится длительное функциональное оформление краев индивидуальной ложки?

- 1) Ортокор- СТ;
- 2) Стомальгин;
- 3) Хромопан;
- 4) Тиодент;

50. Женщине 58 лет изготавливается полный съемный протез на нижнюю челюсть. Больная явилась на этап "припасовка индивидуальной ложки". Уточняется граница в области уздечки языка. Какую пробу гербста необходимо провести?

- 1) Глотание слюны;
- 2) Касание языком попеременно левой и правой щеки;
- 3) Выдвижение языка в направлении кончика носа;

4) Широкое открывание рта;

51. Больной жалуется на нарушение функции жевания. Пользовался полными съемными пластиночными протезами. Объективно слизистая оболочка истончена по всей поверхности протезного ложа, атрофирована. Альвеолярный отросток равномерно атрофирован, свод неба невысокий. Какой способ получения функционального оттиска будет наилучшим?

- 1) Компрессионный.
- 2) Под силой собственного жевательного давления.
- 3) Разгружающий.
- 4) Произвольный.

52. Для изготовления полного съемного протеза на верхнюю челюсть больному 65 лет необходимо получить функциональный оттиск. При осмотре полости рта выявлена резкая равномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти, небо плоское, торус резко выраженный, бугры верхней челюсти атрофированные, экзостозы в области 13, 23 размером 5х5 мм. Слизистая оболочка в области торуса и экзостозов утонченная, атрофированная, по краям протезного ложа - умеренно податливая. Какой тип оттиска наиболее целесообразный?

- 1) Компрессионный функциональный.
- 2) Дифференцированный функционально-присасывающийся.
- 3) Декомпрессионный функционально-присасывающийся.
- 4) Присасывающийся под жевательным давлением.

53. При объективном обследовании полости рта больного К. выявлено: беззубая нижняя челюсть с неравномерной атрофией альвеолярного отростка, наличие подвижного альвеолярного гребня во фронтальном участке. Какой метод получения функционального оттиска предпочтительнее в данном случае?

- 1) Дифференцированный оттиск.
- 2) Декомпрессионный оттиск.
- 3) Компрессионный оттиск.
- 4) Оттиск под жевательным давлением.

54. Больному изготовили полный съемный протез на верхнюю челюсть. После наложения протеза пациент жалуется на плохую фиксацию протеза во время жевания. На каком клиническом этапе была ошибка?

- 1) Определение и фиксация центральной окклюзии.
- 2) Получение анатомического оттиска.
- 3) Получение функционального оттиска.
- 4) Проверка конструкции протеза.

55. Пациент 70 лет с полной утратой зубов на нижней и верхней челюстях обратился в клинику для повторного протезирования. Пользуется полными съемными протезами 11 лет. Объективно: слизистая оболочка протезного ложа верхней и нижней челюстей воспалена. Отчетливо видны отпечатки края протеза по линии «А». Протезы смещаются, высота прикуса снижена. Какова тактика врача в данной клинической ситуации?

- 1) Забрать протезы у больного, провести терапевтическое лечение.
- 2) Получить оттиски протезами для изготовления индивидуальных ложек.
- 3) Получить функциональные оттиски протезами для изготовления новых протезов.
- 4) Получить анатомические оттиски стандартными ложками

56. Мужчине 65 лет изготавливается полный съемный протез на н/ч. Припасовка индивидуальной ложки проводится при помощи проб Гербста. Какая проба позволяет уточнить вестибулярный край индивидуальной ложки во фронтальном участке?

- 1) Провести языком по красной кайме верхней губы.
- 2) Провести языком по красной кайме нижней губы.
- 3) Активные движения мимической мускулатуры, вытягивание губ вперед.
- 4) Дотронуться кончиком языка до щек при полуоткрытом рте.

57. Для изготовления полного съемного протеза на верхнюю челюсть больному 65 лет необходимо получить функциональный оттиск. При осмотре полости рта выявлена резкая равномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти, небо плоское, торус резко выраженный, бугры верхней челюсти атрофированные, экзостозы в области 13, 23 размером 4х4 мм. Слизистая оболочка в области торуса и экзостозов утонченная, атрофированная, по краям протезного ложа - умеренно податливая. Какой тип оттиска наиболее целесообразен?

- 1) Дифференцированный функционально-присасывающийся.
- 2) Компрессионный функциональный.
- 3) Декомпрессионный функционально-присасывающийся.
- 4) Присасывающийся под жевательным давлением.

58. При объективном обследовании полости рта больного С. выявлено: беззубая нижняя челюсть с неравномерной атрофией альвеолярного отростка, наличие подвижного альвеолярного гребня во фронтальном участке. Какой метод получения функционального оттиска предпочтительнее в данном случае?

- 1) Декомпрессионный оттиск.
- 2) Дифференцированный оттиск.
- 3) Оттиск под жевательным давлением.
- 4) Компрессионный оттиск.

59. Пациентка Г. 53 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, эстетический дефект, подвижность зубов, кровоточивость десен во время чистки зубов, боль в десне и зубах при приеме пищи. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь желудка в течение 8 лет, сахарный диабет. Анамнез заболевания: зубы удалялись из-за их подвижности в течение последних 6 лет. Пародонтологическое и ортопедическое лечение ранее не проводилось. Данные объективного исследования, внешний осмотр: открывание рта свободное и безболезненное, в полном объеме. Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

- 5) Поставьте диагноз.
- 6) А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди
- 7) Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди
- 8) В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди
- 9) Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

60. Пациентка О. 45 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на неудовлетворительную эстетику и затрудненное пережевывание пищи, кровоточивость десен при чистке зубов, нарушение фонетики, периодические боли от холодного и горячего. Анамнез заболевания: пациентка ранее не протезировалась. Отсутствующие зубы удалялись в результате осложнений кариеса. Последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Данные объективного обследования, внешний осмотр: выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Открывание рта в полном объеме, движения нижней челюсти симметричные, боли и шумы в суставах отсутствуют. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Объективно: на 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубах - кариес. Полное разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов. Корень 2.4 зуба размягчен, разрушен более 5 мм под десну. Корни 3.6, 4.7 зубов имеют разрушения по бифуркации. 3.7 зуб перелом медиального корня. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии 2.2, 3.3, 4.3 зубов. Зубочелюстная

деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубов - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твёрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отёчна и гиперемирована, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области 3.7 зуба до 8 мм. Отмечается подвижность 3.7 зуба - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах

Составьте план ортопедического лечения.

А) изготовить металлокерамические коронки с опорами на 1.7, 2.7 зубы, а также на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы с замковыми креплениями, и на 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубы для опоры кламмеров бюгельного протеза (с обязательным изготовлением временных коронок);

Б) изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть с замковой системой фиксации;

В) изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть с кламмерной системой фиксации.

Г) все варианты верны.

61. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка К. 49 лет с жалобами на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую кровоточивость дёсен и неприятный запах из полости рта. Анамнез заболевания: отсутствующие зубы удалялись в течение жизни по причине кариеса и его осложнений. Штампованные мостовидные конструкции и штампованные одиночные коронки были изготовлены более 10 лет назад. Последнее протезирование было проведено в 2010 году. Изготовлены металлокерамические несъёмные конструкции на фронтальную группу зубов верхней челюсти в привычном прогеническом соотношении. Осмотр полости рта: включенный дефект верхнего зубного ряда. Отсутствие 1.5, 1.4, 2.5, 2.6 зубов. Концевой дефект нижнего зубного ряда (отсутствуют 3.8, 4.7, 4.8 зубы). Вторичная деформация зубных рядов вследствие зубоальвеолярного удлинения в области 1.7 и 2.8 зубов. Скученность нижних резцов.

Поставьте диагноз.

А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди

Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди

В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди

Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

62. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 80 лет. Жалобы: на отлом коронковых частей передних зубов на верхней челюсти, косметический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: около 15 лет назад пациенту были изготовлены штампованопаянные мостовидные протезы в боковых отделах зубных рядов. В 2010 году - штампованные коронки с облицовкой на 2.1, 2.2, 2.3 зубы. В 2013 году - металлокерамический мостовидный протез (4.2. Ф 3.1.). Съёмными протезами никогда не пользовался. Осмотр полости рта: отсутствуют 1.4, 1.5, 1.7, 1.8; 2.7, 2.8; 3.5, 3.6, 3.7; 4.1, 4.6 зубы. Неудовлетворительное состояние ранее изготовленных протезов (множественные перфорации, нарушение краевого прилегания, кариес и хронический периодонтит опорных зубов): штамповано-паянные мостовидные протезы на (1.3, Ф Ф 1.6.), (2.4, 2.5, 2.6), (3.3, 3.4, Ф), (4.4, 4.5, Ф, 4.7, 4.8); металлокерамический мостовидный протез (3.1, Ф, 4.2); штампованная коронка с облицовкой на 2.3. зубе. Деформация окклюзионной поверхности в области 2.5, 2.6 зубов (феномен Попова – Годона 2 степени).

Поставьте диагноз.

А) I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.

Б) I класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 1 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.

В) I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 1 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.

Г) I класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.

63. Пациент Н. 67 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней

челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины нёбо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Вопрос: Составьте план ортопедического лечения.

- А) Провести коррекцию протезов
- Б) Изготовить новые протезы
- В) Провести имплантацию
- Г) все варианты верны.

64. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 50 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад. В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов. Прикус ортогнатический.

Назовите причину возникновения деформации зубных рядов.

- А) отсутствие своевременного протезирования.
- Б) неправильное протезирование.
- В) генерализованный кариес зубов.
- Г) неправильный прикус.

65. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент А. 30 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 2 лет назад. 3.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, кариес дентина. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенограмме: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбировочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Поставьте диагноз.

- А) Частичная вторичная адентия на нижней челюсти.
- Б) Частичная вторичная адентия на верхней челюсти.
- В) Полная адентия на верхней челюсти.
- Г) Полная адентия на нижней челюсти.

66. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 23 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 4 лет назад. 2.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, вторичный кариес. 2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом. На прицельной рентгенографии: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбировочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Определите план ортопедического лечения.

- А) изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 3.6, 4.7 зубы;
- Б) изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;
- В) изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего 2.6 зуба.
- Г) все варианты верны.

67. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 32 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 и подвижность зубов 2 степени. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит.

По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на $\frac{2}{4}$ длины корней.

План ортопедического лечения:

1. Удалять 3.3, 3.7. зуба и вставлять искусственные коронки.

2. Вставить съёмный протез.

3. Удалять 3.3, 3.7. зуба и вставлять цельнолитые коронки

4. Вставить микропротезы.

68. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 32 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, 1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на $\frac{1}{4}$ длины корней.

Вопрос: Какова возможная причина возникновения патологии пародонта?

А) завышенное пломбирование кариеса.

Б) неправильное протезирование.

В) разрушение коронки зубов.

Г) патологическая стираемость

69. Мужчине 66 лет протезы для верхней и нижней челюсти. Объективно: альвеолярные отростки челюстей незначительно атрофированы, слизистая оболочка умеренно податлива. Изготовлены индивидуальные ложки. Какой клинический этап протезирования данного больного должен быть следующим?

1) Изготовление индивидуальных ложек;

2) Получение функционального оттиска;

3) Проверка конструкции протезов;

4) Определение центрального соотношения челюстей;

70. Определите во время припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть пациенту 49 лет при широком открывании рта происходит ее сбрасывание. Где необходимо укоротить край ложки?

1) В участке щечных складок;

2) Во фронтальном участке;

3) В участке торуса;

4) В задне-боковом участке бугра в/ч;

71. Больной Б. 62 лет обратился с жалобами на полную потерю зубов. После получения функционального оттиска врач планирует границу протеза на модели. Где должна проходить задняя граница полного съёмного пластинчатого протеза?

1) На 0,5 - 1,0 мм перекрывать линию "а";

2) На 1,0 - 2 мм перекрывать линию "а";

3) На 2,5 мм перекрывать линию "а";

4) На 2-3 мм перекрывать линию "а";

72. Мужчине 65 лет изготавливается полный съёмный протез на н/ч. При припасовке индивидуальной ложки по методике гербста врач выявил, что она сбрасывается в момент глотания. В каком участке необходимо провести коррекцию индивидуальной ложки?

1) Позади слизистого бугорка

2) Вдоль челюстно-подъязычной линии;

3) Позади слизистого бугорка до челюстно-подъязычной линии;

4) От слизистого бугорка по наружному краю до места, где будет стоять второй моляр;

73. Пациент п. 65 лет обратился с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней челюсти. При осмотре ротовой полости выявлена значительная податливость слизистой оболочки протезного ложа. Какой функциональный оттиск должен изготовить врач?

- 1) Компрессионный;
- 2) Комбинированный;
- 3) Разгрузочный;
- 4) Дифференцированный;

74. Пациенту возрастом 75 лет изготавливают полный съемный протез для нижней челюсти. Объективно: незначительная атрофия альвеолярного отростка. Подгон индивидуальной ложки проводят с помощью проб Гербста. При вытягивании губ вперед ложка сбрасывается. В какой области нужно укоротить края ложки: Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) От клыка до клыка с вестибулярной стороны
- 2) От клыка до клыка с язычной стороны
- 3) От места позади слизистого бугорка к альвеолярному бугорку челюстно-подъязычной линии
- 4) Вдоль челюстно-подъязычной линии

75. Пациенту возрастом 70 лет с полной потерей зубов на нижней челюсти проводят подгон индивидуальной ложки, используя пробы Гербста. Во время медленного открывания рта ложку поднимает во фронтальной области. В какой области нужно провести коррекцию ложки?

- 1) Между клыками с вестибулярной стороны
- 2) Позади слизистого бугорка к челюстно-подъязычной линии
- 3) В области уздечки языка
- 4) От слизистого бугорка к месту, где будет размещен второй моляр

76. Пациент возрастом 70 лет обратился к врачу с жалобами на недостаточную фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти. Объективно: край протеза в области уздечки верхней губы укороченный, замыкающий клапан нарушен. Что нужно сделать для улучшения фиксации протеза:

- 1) Коррекция протеза
- 2) Расширить края базиса протеза
- 3) Объемное моделирование базиса протеза
- 4) Изготовление нового протеза

77. Мужчине возрастом 65 лет изготавливают полный съемный протез на нижнюю челюсть. Подгон индивидуальной ложки проводят с помощью проб Гербста. Какая проба помогает уточнить размещение вестибулярного края индивидуальной ложки во фронтальной области:

- 1) Активные движения мимических мышц, в частности вытягивание губ вперед
- 2) Движения кончиком языка по красной кайме верхней губы
- 3) Движения кончиком языка по красной кайме нижней губы
- 4) Прикосновения кончиком языка к щекам при полужакрытом рте

78. Во время изготовления полного съемного протеза на верхнюю челюсть пациента возрастом 68 лет на этапе подгона индивидуальной ложки с использованием проб Гербста выявлено, что ложка сбрасывается при вытягивании щек. В какой области нужно укоротить края индивидуальной ложки:

- 1) В переднем отделе
- 2) В области щечно-альвеолярных складок
- 3) От задней части бугра верхней челюсти к середине альвеолярного отростка
- 4) По всему вестибулярному краю

79. Пациенту возрастом 66 лет изготавливают полные съемные протезы для верхней и нижней челюстей. Объективно: альвеолярный отросток верхней челюсти и альвеолярный отросток нижней челюсти незначительно атрофированы, слизистая оболочка умеренно податливая. Получены анатомические оттиски. Какой этап протезирования может быть следующим:

- 1) Изготовление индивидуальных ложек
- 2) Определение центрального соотношения челюстей
- 3) Изготовление восковых базисов с прикусными валиками
- 4) Получение функциональных оттисков

80. Больной С., обратился в стоматологическую клинику с целью протезирования. Объективно: полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Равномерно выраженная атрофия альвеолярного отростка. Альвеолярная дуга едва повышается над дном полости рта. Прикрепление уздечек и расположение складок высокое. Слизистая оболочка протезного ложа подвижная. Определите тип атрофии беззубой нижней челюсти по Келлеру.

- 1) I тип
- 2) II тип
- 3) III тип
- 4) IV тип

81. Больному В. 72 лет изготовили полные съемные протезы на обе челюсти. Объективно: ортогнатическое соотношение челюстей, резко выраженная атрофия верхней челюсти. Сколько искусственных зубов необходимо поставить в верхнем протезе?

- 1) 8 зубов
- 2) 12 зубов
- 3) 14 зубов
- 4) 16 зубов

82. Больной 54 лет изготавливается полный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть. Получен анатомический оттиск. Какой этап протезирования должен быть следующим?

- 1) Полимеризация
- 2) Гипсование в кювету
- 3) Припасовка индивидуальной ложки и снятие функционального оттиска
- 4) Определение центральной окклюзии

83. Пациент Ж. 75 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. Планируется изготовление полных съемных пластиночных протезов. Для изготовления жесткой индивидуальной ложки необходимо получить анатомический оттиск гипсом. Какую ложку необходимо использовать?

1. металлическую.
2. пластмассовую.
3. индивидуальную.
4. бумажную.

84. У больного К., с полным отсутствием зубов, при обследовании был выявлен на нижней челюсти "вихлястый альвеолярный гребень". Какой оттиск обеспечит изготовление полноценного протеза?

- 1) Полный анатомический оттиск
- 2) Функциональный компрессионный оттиск
- 3) Функциональный дифференцированный оттиск
- 4) Функциональный декомпрессионный оттиск

85. Пациент возрастом 69 лет жалуется на полную потерю зубов. После получения функционального оттиска врач и зубной техник планируют границы протеза на модели. Где может проходить задняя граница полного съемного пластиночного протеза:
- 1) Заканчиваться на линии "А"
 - 2) На 2 мм перекрывать линию "А"
 - 3) На 2-3,5 мм перекрывать линию "А"
 - 4) На 3-5 мм перекрывать линию "А"
86. Пациент возрастом 68 лет жалуется на полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Объективно: значительная атрофия ее зубной части. В боковых отделах нижней челюсти на языковой поверхности при пальпации выявлены симметричные острые костные образования, которые покрыты тонкой слизистой оболочкой. Какой может быть тактика врача относительно лечения этого пациента:
- 1) Изготовление полного съемного протеза с двухслойным базисом
 - 2) Изготовление полного съемного протеза на нижнюю челюсть
 - 3) Проведение рентгенографического исследования нижней челюсти и дальнейшее ортопедическое лечение
 - 4) Резекция альвеолярного гребня и изготовление полного съемного протеза на нижнюю челюсть
87. Пациент возрастом 70 лет обратился к врачу с жалобами на отсутствие всех зубов верхней и нижней челюстей. Планируется изготовление полного съемного зубного протеза для нижней челюсти. Объективно: альвеолярный отросток нижней челюсти атрофирован только во фронтальной области. Определите тип атрофии нижней челюсти по Келлеру у пациента:
- 1) III
 - 2) II
 - 3) I
 - 4) IV
88. Мужчина возрастом 75 лет обратился к врачу с целью протезирования. Планируется изготовление полного съемного протеза на верхнюю челюсть. Объективно: на верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка II класса по Шредеру, податливость слизистой оболочки III типа по Супли. Где может проходить граница полного съемного протеза в полости рта у пациента:
- 1) По переходной складке
 - 2) По активно-подвижной слизистой оболочке
 - 3) По пассивно-подвижной слизистой оболочке
 - 4) Выше активно-подвижной слизистой оболочки
89. Мужчина возрастом 70 лет с полным отсутствием зубов на верхней челюсти обратился к врачу с целью протезирования. Объективно: альвеолярный отросток верхней челюсти чрезмерно развит во фронтальной области; с вестибулярной стороны - грушевидной формы. Верхнечелюстные бугры хорошо сохранены, небный торус не выражен. Щечно-альвеолярные тяжи и уздечка верхней губы прикрепляются высоко. Какая конструкция протеза будет наиболее рациональной в этом случае:
- 1) Полный съемный протез с установлением зубов на приточке
 - 2) Полный съемный пластиночный протез с двухслойным базисом
 - 3) Безнебный полный съемный протез
 - 4) Полный съемный протез с зубоальвеолярными кламмерами
90. При объективном обследовании полости рта у пациента выявлена беззубая нижняя челюсть, неравномерная атрофия зубной части, наличие в переднем отделе подвижного тяжа слизистой оболочки. Какой метод получения функционального оттиска в этом случае:
- 1) Декомпрессионный оттиск
 - 2) Дифференцированный оттиск
 - 3) Компрессионный оттиск
 - 4) Оттиск под жевательным давлением

91. Пациенту изготавливают полный съемный протез на нижнюю челюсть. Во время предыдущего посещения у него были получены анатомические оттиски. Что должен сделать врач во время следующего клинического этапа:

- 1) Изготовить прикусные валики
- 2) Припасовать индивидуальную ложку
- 3) Изготовить модель протеза
- 4) Получить функциональный оттиск

92. Пациент возрастом 70 лет жалуется на невозможность употребления пищи, эстетический и фонетический дефект вследствие полной потери зубов на нижней челюсти. Объективно: альвеолярный отросток нижней челюсти значительно атрофирован в боковых участках и относительно сохранен - в фронтальной. Прикрепление щечных тяжей на уровне альвеолярного гребня. Какому типу беззубых челюстей по Келлеру отвечает такая клиническая картина:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

93. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная У. 65 лет. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верхней челюсти, боль в области 4.7 зуба. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съемный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на 4.7 зуб и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съемный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7 зубов, отвечающий ортопедическим требованиям. 4.6 зуб покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки.

Вопрос: Поставьте диагноз.

- А) Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия) на верхней челюсти.
- Б) Частичная вторичная адентия на нижней челюсти.
- В) Адентия III класс по Кеннеди
- Г) Все варианты верны.

94. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка С. 51 год. Жалобы на отсутствие зубов в боковых отделах нижней челюсти и затрудненное пережевывание пищи. Общие заболевания: сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: к врачу-стоматологу не обращалась 3 года. Последнее удаление 1.8 и 2.8 зубов было 4 года назад. Слизистая оболочка розового цвета. Высота нижнего отдела лица не снижена. 3.5 зуб - ИРОПЗ 40 - 50 %, ранее эндодонтически лечен по поводу острого пульпита, выявлено неплотное прилегание пломбировочного материала к тканям зуба, откол части пломбы. 4.4 зуб - ИРОПЗ - 70 %. 4.8 зуб - коронковая часть зуба разрушена, ткани корня размягчены. Корень 4.8 зуба располагается вне зубной дуги. На прицельной рентгенограмме 3.5, 4.5 зуба, изменений в периапикальных тканях не определяется. У 4.5, 3.5 зубов наблюдается полная obturation корневых каналов пломбировочным материалом на всем протяжении, 4.4 зуб - неполная obturation, прослеживаются следы пломбировочного материала.

Вопрос: план ортопедического лечения.

- А) провести эндодонтическое лечение (ревизию корневого канала) 4.4 зуба
- Б) удалить корни 4.8 зуба
- В) восстановить коронку 3.5 зуба композитным материалом
- Г) изготовить съемный протез

95. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент В. 44 лет. Жалобы на эстетический дефект зубных рядов. Общие заболевания: остеопороз в анамнезе. Анамнез заболевания: зуб на верхней челюсти справа (1.6) удалили в результате осложнений кариеса. К врачу-стоматологу не обращался примерно два года. Коронковые части 1.7, 1.5 зубов восстановлены композитным материалом, нарушено краевое прилегание пломб, вторичный

кариес, анатомическая форма зубов нарушена. Конфигурация лица не изменена, высота нижнего отдела лица не снижена. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненны. Открывание рта свободное. Прикус ортогнатический. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: 1.7, 1.5 – неполная obturation, следы пломбировочного материала на всём протяжении корневых каналов.

Вопрос: Каковы показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок?

А) ИРОПЗ 70 % и более

Б) отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях

В) здоровые ткани корня зуба

Г) все варианты верны

96. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 43 лет. Жалобы на застревание пищи в зубах верхней и нижней челюсти слева. Общие заболевания: остеопороз и сахарный диабет в анамнезе. Анамнез заболевания: зубы удаляли в результате осложнений кариеса. К врачу стоматологу не обращался несколько лет. Коронки 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 зубов восстановлены композитным материалом, выявлены сколы и нарушение краевого прилегания пломб, анатомическая форма зубов нарушена. 2.5, 2.7, 3.5, 3.7 - ИРОПЗ 70 – 80%.

Вопрос: Поставьте диагноз.

А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди

Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди

В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди

Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

97. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Л. 48 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: полгода назад коронки 1.4, 1.7 зубов разрушились. Коронка 1.4, 1.7 зубов разрушена (ИРОПЗ = 0,6), твёрдые ткани размягчены, при диагностическом препарировании по удалению размягчённых твёрдых тканей индекс ИРОПЗ снизился до 0,7. Подвижности корней не отмечается. Каналы корня 1.4 зуба запломбированы до верхушки. Нёбный канал корня 1.7 зуба запломбирован на $\frac{1}{2}$ от длины канала. 3.4 зуб покрыт искусственной коронкой. Искусственная коронка плотно охватывает шейку зуба, без разгерметизации. При зондировании 2.3, 2.5, 2.7, 3.7, 4.1 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями.

Вопрос: Составьте план ортопедического лечения.

А) восстановить объём и форму 1.4, 1.7 зуба цельнокерамической или металлокерамической коронкой;

Б) изготовить цельнокерамическую или металлокерамическую коронку с опорой на внутрикостный дентальный имплантат в области отсутствующего 2.6 зуба;

В) восстановить целостность зубного ряда нижней челюсти с помощью бюгельного протеза.

Г) все варианты верны.

98. В клинику ортопедической стоматологии обратилась больная Д. 63 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: 2 недели назад коронка 2.3, 1.5 зубов разрушилась. 5 лет назад проведено ортопедическое лечение с изготовлением съёмного пластиночного протеза дефекта зубного ряда. Коронка 2.3, 1.5 зубов полностью разрушена (ИРОПЗ = 1,0), твёрдые ткани размягчены. Отмечается подвижность 3 степени корней 2.3, 1.5 зубов. 3.4-3.6 зубы покрыты искусственными коронками. Прилегание искусственных коронок к шейке зуба плотное, без разгерметизации. При 3.3, 4.5 зубы имеют множественные композитные реставрации с кариозными полостями. У съёмного пластиночного протеза укорочен край протеза по отношению к границам протезного ложа.

Вопрос: Поставьте диагноз.

А) Дефект зубного ряда на верхней челюсти I класс по Кеннеди.

Б) Дефект зубного ряда на верхней челюсти II класс по Кеннеди.

В) Дефект зубного ряда на верхней челюсти III класс по Кеннеди.

Г) Дефект зубного ряда на верхней челюсти IV класс по Кеннеди.

99. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка В. 80 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с частичным отсутствием зубов, трещину в съёмном протезе верхней челюсти, плохую фиксацию съёмных протезов. Анамнез заболевания: съёмные пластиночные протезы были изготовлены 3 года назад на обе челюсти. На съёмном пластиночном протезе верхней челюсти образовалась трещина. 1.3, 2.3 зубы покрыты одиночными штампованными коронками, искусственные коронки имеют дефект по режущему краю. На нижней челюсти штампованно-паяный мостовидный протез с нитрид титановым покрытием с опорами на 4.3, 3.3 зубы, искусственные коронки имеют дефект по режущему краю. Пластиночные протезы на верхней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 1.3 и 2.3 зубы, трещина в базисе протеза в области 2.3 зуба. Границы базиса протеза не соответствуют переходной складке протезного ложа верхней челюсти, укорочены по линии «А». Пластиночные протезы на нижней челюсти фиксируются гнутыми кламмерами на 4.4 и 3.3 зубы. Базис не плотно прилегает к опорным зубам, границы базиса укорочены. Разница между состоянием покоя и центральной окклюзией на искусственных зубах 5-6 мм. Гигиена полости рта неудовлетворительная. После снятия мостовидного протеза с опорами на 4.4, 4.3, 4.2, 3.2, 3.3 зубы определяется подвижность 4.4, 4.3, 4.2 зубов I степени, атрофия костной ткани на $\frac{1}{3}$; 3.2, 3.3 – II степени, атрофия костной ткани более $\frac{1}{2}$.

Вопрос: план ортопедического лечения.

А) снять все искусственные коронки с 1.3, 2.3 зубов, штампованно-паяный мостовидный протез 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3 зубов;

Б) изготовить эстетические цельнолитые коронки на 1.3, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4 зубы;

В) изготовить индивидуальные ложки на верхнюю и нижнюю челюсти и снять оттиски;

Г) все ответы верны

100. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной М. 62 лет. Жалобы на отсутствие зубов в боковых участках обеих челюстей, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: последнее ортопедическое лечение проводилось 10 лет назад. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. В области передних зубов нижней и верхней челюсти слизистая оболочка слегка гиперемирована, отёчна, имеются зубные отложения, отмечается атрофия костной ткани на $\frac{1}{3}$, в области 3.1, 4.1 зубов на $\frac{2}{3}$. 3.1, 4.1 зубы подвижны. Высота нижнего отдела лица: разница между положением центральной окклюзии и функциональным покоем составляет 4-5 мм. Коронки на 1.3, 4.4 зубах штампованные, имеют дефекты нитрид титанового покрытия. Корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов разрушены. У 2.2 зуба на прицельной рентгенограмме отмечается отломок инструмента в канале, в области верхушки корня разрежение костной ткани с чёткими границами, 2 мм в диаметре; на Р-грамме 2.7, 4.7 зубов отмечается разрежение костной ткани по бифуркации корней.

Вопрос: план ортопедического лечения.

А) изготовление бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

Б) санировать полость рта;

В) провести эндодонтическое лечение всех зубов под опору искусственными коронками

Г) удалить корни 2.2, 2.7, 4.7 зубов.

101. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р. 22 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти. Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле попал в аварию, в следствии отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти. В области 1.1, 2.1 зубов – слизистая гиперемирована, отёчна. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов. Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей. На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы. На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

Вопрос: план ортопедического лечения.

- А) изготовить виниры на 2.2, 1.2 зубы;
- Б) дентальная имплантация в проекции 2.1, 1.1 зубов;
- В) изготовить эстетичные коронки с опорами на дентальные имплантаты 1.1, 2.1 зубов.
- Г) все варианты верны.

102. Пациент О. 28 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект: откол коронки 3.2 зуба. Анамнез заболевания: откол 3.2 зуба произошёл накануне вечером во время приёма пищи. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть её выступает над уровнем десневого края до 3 мм. На прицельной рентгенограмме выявлено: корневой канал запломбирован равномерно на всем протяжении до верхушки, периапикальных изменений не визуализируется.

Вопрос: Назовите возможный метод восстановления 3.2 зуба.

- А) Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб.
- Б) Восстановление зуба анкерным или стекловолоконным штифтом и композитным материалом;
- В) Изготовление штифтового зуба.
- Г) Все варианты верны.

103. Больная К. 75 лет обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, зубными протезами ранее не пользовалась. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток значительно и неравномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый. Имеются корни 1.5, 1.4, 2.1 зубов. Позадимоларные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твёрдого нёба выпуклый. Уздечка верхней губы и щёчноальвеолярные тяжи прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка. На прицельных рентгенограммах: у 1.5, 1.4, 2.1 зубов определяются изменения в периапикальных тканях, разрежение костной ткани от 2 мм до 4 мм; неполная obturация корневых каналов пломбировочным материалом. Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат – пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень». Позади молярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрыты тонкой слизистой оболочкой, при её пальпации отмечается болезненность.

Вопрос: Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.

- А) Фаза возбуждения. Фаза неполного торможения. Фаза полного торможения.
- Б) Фаза неполного возбуждения. Фаза полного возбуждения. Фаза неполного торможения. Фаза полного торможения.
- В) Фаза неполного возбуждения. Фаза полного возбуждения. Фаза торможения.
- Г) Фаза возбуждения. Фаза торможения.

104. Пациент Н. 67 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины нёбо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Вопрос: Составьте план ортопедического лечения.

- А) Провести коррекцию протезов
- Б) Изготовить новые протезы
- В) Провести имплантацию

Г) все варианты верны.

105. Пациентка Г. 53 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект, подвижность зубов, кровоточивость дёсен во время чистки зубов, боль в десне и зубах при приёме пищи. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь желудка в течение 8 лет, сахарный диабет. Анамнез заболевания: зубы удалялись из-за их подвижности в течение последних 6 лет. Пародонтологическое и ортопедическое лечение ранее не проводилось. Данные объективного исследования, внешний осмотр: открывание рта свободное и безболезненное, в полном объёме. Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм.

Вопрос: поставьте диагноз.

А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди

Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди

В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди

Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

106. Пациентка О. 45 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на неудовлетворительную эстетику и затруднённое пережёвывание пищи, кровоточивость дёсен при чистке зубов, нарушение фонетики, периодические боли от холодного и горячего. Анамнез заболевания: пациентка ранее не протезировалась. Отсутствующие зубы удалялись в результате осложнений кариеса. Последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Данные объективного обследования, внешний осмотр: выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Открывание рта в полном объёме, движения нижней челюсти симметричные, боли и шумы в суставах отсутствуют. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Объективно: на 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубах - кариес. Полное разрушение коронковой части 1.2, 2.4, 3.6, 4.7 зубов. Корень 2.4 зуба размягчён, разрушен более 5 мм под десну. Корни 3.6, 4.7 зубов имеют разрушения по бифуркации. 3.7 зуб перелом медиального корня. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии 2.2, 3.3, 4.3 зубов. Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени 1.7, 2.7 зубов и 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубов - I степени, а также 3.7 зуба горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твёрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отёчна и гиперемирована, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области 3.7 зуба до 8 мм. Отмечается подвижность 3.7 зуба - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах

Вопрос: Составьте план ортопедического лечения.

А) изготовить металлокерамические коронки с опорами на 1.7, 2.7 зубы, а также на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы с замковыми креплениями, и на 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 зубы для опоры кламмеров бюгельного протеза (с обязательным изготовлением временных коронок);

Б) изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть с замковой системой фиксации;

В) изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть с кламмерной системой фиксации.

Г) все варианты верны.

107. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка К. 49 лет с жалобами на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую кровоточивость дёсен и неприятный запах из полости рта. Анамнез заболевания: отсутствующие зубы удалялись в течение жизни по причине кариеса и его осложнений. Штампованные мостовидные конструкции и штампованные одиночные коронки были изготовлены более 10 лет назад. Последнее протезирование было проведено в 2010 году. Изготовлены металлокерамические несъёмные конструкции на фронтальную группу зубов верхней челюсти в привычном прогеническом соотношении. Осмотр полости рта: включенный дефект верхнего зубного ряда. Отсутствие 1.5, 1.4, 2.5, 2.6 зубов. Концевой дефект нижнего зубного ряда (отсутствуют 3.8, 4.7, 4.8 зубы). Вторичная деформация зубных рядов вследствие зубоальвеолярного удлинения в области 1.7 и 2.8 зубов. Скученность нижних резцов.

Вопрос: Поставьте диагноз.

- А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди
- Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди
- В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди
- Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

108. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 80 лет. Жалобы: на отлом коронковых частей передних зубов на верхней челюсти, косметический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: около 15 лет назад пациенту были изготовлены штамповано-паянные мостовидные протезы в боковых отделах зубных рядов. В 2010 году - штампованные коронки с облицовкой на 2.1, 2.2, 2.3 зубы. В 2013 году - металлокерамический мостовидный протез (4.2. Ф 3.1.). Съёмными протезами никогда не пользовался. Осмотр полости рта: отсутствуют 1.4, 1.5, 1.7, 1.8; 2.7, 2.8; 3.5, 3.6, 3.7; 4.1, 4.6 зубы. Неудовлетворительное состояние ранее изготовленных протезов (множественные перфорации, нарушение краевого прилегания, кариес и хронический периодонтит опорных зубов): штамповано-паянные мостовидные протезы на (1.3, Ф Ф 1.6.), (2.4, 2.5, 2.6), (3.3, 3.4, Ф), (4.4, 4.5, Ф, 4.7, 4.8); металлокерамический мостовидный протез (3.1, Ф, 4.2); штампованная коронка с облицовкой на 2.3. зубе. Деформация окклюзионной поверхности в области 2.5, 2.6 зубов (феномен Попова – Годона 2 степени).

Вопрос: Поставьте диагноз.

- А) I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.
- Б) I класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 1 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.
- В) I класс 1 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 1 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.
- Г) I класс 2 подкласс по Кеннеди на верхней челюсти, III класс 2 подкласс по Кеннеди на нижней челюсти.

109. Пациент Н. 67 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, неудовлетворительную фиксацию съёмного протеза на нижней челюсти, а также болевые ощущения под протезом во время еды. Анамнез заболевания: зубы были удалены в результате их разрушения. Последнее удаление зубов на верхней и нижней челюстях проведено 3 месяца назад из-за их подвижности. В районной стоматологической поликлинике были изготовлены съёмные пластиночные протезы на обе челюсти. Адаптация к нижнему протезу так и не наступила, несмотря на многочисленные коррекции. На верхней челюсти - средняя степень атрофии альвеолярного отростка, умеренно выраженные верхнечелюстные бугры, средней глубины нёбо, выраженный торус. На нижней челюсти – выраженная атрофия альвеолярных частей в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе.

Составьте план ортопедического лечения.

- А) Провести коррекцию протезов
- Б) Изготовить новые протезы
- В) Провести имплантацию
- Г) все варианты верны.

110. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка К. 49 лет с жалобами на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую кровоточивость дёсен и неприятный запах из полости рта. Анамнез заболевания: отсутствующие зубы удалялись в течение жизни по причине кариеса и его осложнений. Штампованные мостовидные конструкции и штампованные одиночные коронки были изготовлены более 10 лет назад. Последнее протезирование было проведено в 2010 году. Изготовлены металлокерамические несъёмные конструкции на фронтальную группу зубов верхней челюсти в привычном прогнатическом соотношении. Осмотр полости рта: включенный дефект верхнего зубного ряда. Отсутствие 1.5, 1.4, 2.5, 2.6 зубов. Концевой дефект нижнего зубного ряда (отсутствуют 3.8, 4.7, 4.8 зубы). Вторичная деформация зубных рядов вследствие зубоальвеолярного удлинения в области 1.7 и 2.8 зубов. Скученность нижних резцов.

Поставьте диагноз.

- А) дефекты зубных рядов I класса по Кеннеди
- Б) дефекты зубных рядов II класса по Кеннеди
- В) дефекты зубных рядов III класса по Кеннеди
- Г) дефекты зубных рядов IV класса по Кеннеди

111. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 50 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад. В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов. Прикус ортогнатический.

Вопрос: Назовите причину возникновения деформации зубных рядов.

- А) отсутствие своевременного протезирования.
- Б) неправильное протезирование.
- В) генерализованный кариес зубов

112. Пациент К., 43 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов. Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25, 26, 27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм. Задание: Определите если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то как называется эта имплантация?

- 1. эндодонто-эндооссальная;
- 2. эндооссальная;
- 3. субпериостальная;
- 4. эндооссально-субпериостальная.

113. Пациент К., 48 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих зубов. Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?

- 1. эндодонто-эндооссальная;
- 2. эндооссальная;
- 3. субпериостальная;
- 4. эндооссально-субпериостальная.

114. Пациент К., 42 лет. После скелетирования альвеолярного отростка челюсти больному снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Какая имплантация будет проведена данному больному?

- 1. эндодонто-эндооссальная;
- 2. эндооссальная;
- 3. субпериостальная;
- 4. эндооссально-субпериостальная.

115. Пациент К., 38 лет. Больному предлагается проведение имплантации с помощью цилиндрического керамического имплантата. Как называется эта имплантация?

1. эндодонто-эндооссальная;
2. эндооссальная;
3. субпериостальная;
4. эндооссально-субпериостальная.

116. Обращался пациент В.28 лет. Врач, изготавливая эндодонто-эндооссальный имплантат должен знать, что размеры имплантата расположенного в кости, т.е. суммарная длина внутрикорневой и внутрикостной его частей, должны быть:

1. меньше, чем внекостная часть зуба;
2. равны с внекостной частью зуба;
3. больше, чем внекостная часть зуба.
4. толще, чем внекостная часть зуба;

117. Обращался пациент В.34 лет. Врач, изготавливая эндодонто-эндооссальный имплантат должен знать, что размеры имплантата расположенного в кости, т.е. суммарная длина внутрикорневой и внутрикостной его частей, должны быть: Эндодонто-эндооссальный имплантат может иметь следующую форму:

1. штифта;
2. пластинки;
3. седловидную форму.
4. грибовидную форму.

118. Пациент Ш., 55 лет, обратился установкой винтового имплантата зоне 44 зуба. Металлические пластинчатые эндооссальные имплантаты чаще используются для:

1. одностадийной имплантации;
2. двухстадийной имплантации;
3. как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.
4. двухстадийной имплантации.

119. Пациент А., 45 лет, обратился установкой винтового имплантата зоне 35 зуба. Металлические пластинчатые эндооссальные имплантаты чаще используются для: Цилиндрические металлические эндооссальные имплантаты могут использоваться только для:

1. одностадийной имплантации;
2. двухстадийной имплантации;
3. как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.
4. двухстадийной имплантации

120. Определите во сколько этапов выполняется субпериостальная имплантация?

1. в один этап;
2. в два этапа;
3. как в один, так и в два этапа.
4. три этапа.

121. Пациент 45 лет. При обследовании больного, установлено, что он болен сифилисом. Больной настаивает на проведении дентальной имплантации в настоящее время. Укажите, какое должно быть мнение врача о времени проведения дентальной имплантации?

1. противопоказаний для операции нет;
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.
4. имеется временные относительные показания.

122. Обращался пациент Д., 43 лет. Больной болен тяжелой формой сахарного диабета, но настаивает на проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача на пожелания больного?

1. противопоказаний для операции нет;
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.
4. имеется временные относительные показания.

123. У больной имеется системный остеопороз. Она обратилась к врачу с настойчивым требованием о проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?

1. противопоказаний для операции нет;
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.
4. имеется временные относительные показания.

124. Больная, находящаяся на третьем месяце беременности, обратилась к врачу с просьбой проведения дентальной имплантации. Какое должно быть высказано правильное мнение врача по этому поводу?

1. противопоказаний для операции нет;
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.
4. . имеется временные относительные показания

125. У больного имеется злокачественная опухоль околоушной железы, но он настаивает на проведении ему дентальной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?

1. противопоказаний к операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;
4. имеется временные относительные показания

126. У больного при обследовании установлен диагноз гальваноза, но он высказывает свою настойчивую просьбу о проведении ему дентальной имплантации металлическим имплантатом. Какое должно быть мнение врача на проведение этой операции у больного?

1. противопоказаний к операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;
4. имеется временные относительные показания.

127. В результате обследования у больной выявлено идиопатическое заболевание с прогрессирующим поражением тканей пародонта, но она настаивает на проведение у нее дентальной имплантации. Какое должно быть мнение у врача по этому поводу?

1. противопоказаний к операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;
4. имеется временные относительные показания.

128. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При осмотре и беседе установлено, что у пациента низкая гигиеническая культура и выражено нежелание к поддержанию гигиены полости рта. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения этой операции?

1. противопоказаний к операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
3. имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;
4. имеется временные относительные показания.

129. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании выяснено, что у больного в зоне предполагаемой имплантации имеется одонтогенная киста. Больному предложено и он согласился, чтобы ему провели цистэктомию с заполнением костного дефекта остеотропным препаратом. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения больному зубной имплантации в настоящий момент?

1. противопоказаний для проведения операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.
4. имеется временные относительные показания.

130. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании установлено, что у него имеется хронический гипертрофический тонзиллит. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в данное время?

1. противопоказаний для проведения операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

4. имеются временные относительные показания.

131. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании у него выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Больной высказал желание и пообещал устранить этот недостаток. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в настоящее время?

1. противопоказаний для проведения операции нет;
2. имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.
4. имеются временные относительные показания.

132. Определите во фронтальном отделе челюсти используются ли пластиночные имплантаты?

1. да;
2. нет.
3. возможно.
4. редко.

133. Определите на какую глубину должна погружаться верхняя часть горизонтальной внутрикостной пластинки металлического пластиночного имплантата по отношению к гребню альвеолярного отростка челюсти?

1. находится должен на одном уровне с краем гребня;
2. не более чем на 1 мм;
3. не менее чем на 2-3 мм.
4. не более чем на 4 мм;

134. Определите какой должен быть промежуток между опорной частью имплантата и зубом-антагонистом?

1. промежутка может и не быть;
2. не более 1 мм;
3. не менее 3 мм.
4. не более 4 мм;

135. Определите в каком случае наблюдается остеоидный тип сращения дентального имплантата с окружающей костью?

1. в любом случае;
2. при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
3. если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.
4. если между имплантатом и кортикальной костью имеется 12мм щель.

136. Определите в каком случае наблюдается фиброзно-остеоидный тип сращения зубного имплантата с окружающей костью?

1. в любом случае;
2. при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
3. если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.
4. если между имплантатом и кортикальной костью имеется 16мм щель.

137. Определите если при образовании костного ложа между ее стенкой и имплантатом имеется щель, то чем ее следует заполнить?

1. йодоформным тампоном;
2. антибиотиком;
3. остеотропными материалами (кергап или др.);
4. ничем заполнять не следует.

138. Определите имеется ли адаптация или адгезия эпителиальной ткани к поверхности имплантата:

- А) имеется
- Б) отсутствует
- В) не изучено
- Г) только у титановых имплантатов

139. Определите наиболее частой причиной утраты зубного имплантата является:

- А) аллергическая реакция
- Б) гальванизм
- В) воспалительные осложнения
- Г) перелом фиксирующего винта абатмента

140 . Определите какова периодичность контрольных осмотров в отдаленные сроки после имплантации:

- А) ежемесячно
- Б) 1 раз в пять лет
- В) 2 раза в год
- Г) 5 раз в год

141. Определите благоприятной поверхностью имплантата в области десны является:

- А) гладкая
- Б) шероховатая

В) пористая

Г) пористая с уступом

142. Определите какие из имплантатов на сегодняшний день широко используются:

А) внутрикостные винтовые имплантаты

Б) внутрикостные пластиночные

В) внутрислизистые имплантаты

Г) субпериостальные имплантаты

143. Определите для изготовления зубного протеза на имплантатах практикуется

снятие оттисков:

А) 2-х этапной техникой базисным и корригирующим слоем

Б) гипсом с индивидуальной жесткой ложкой

В) индивидуальной жесткой ложкой силиконовой массой открытым или закрытым способом

Г) альгинатной слепочной массой стандартной жесткой ложкой

144. Определите одной из особенностей при имплантации верхней челюсти является наличие:

А) пазухи

Б) десны

В) альвеол

Г) слюнных желез

145. Определите наиболее тонкая часть наружной кортикальной пластинки на нижней

челюсти локализуется в области:

А) 46-36 зубов

Б) 48-38 зубов

В) 33-43 зубов

Г) только в пределах жевательной группы зубов

146. Определите к местным противопоказаниям операции дентальной имплантации относят:

- А) плохую гигиену полости рта
- Б) психические заболевания
- В) эндокардит в анамнезе
- Г) прием цитостатиков

147. Определите к местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:

- А) локализованный пародонтит
- Б) полная адентия
- В) патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса
- Г) отсутствие одного зуба

148. Определите линейный разрез слизистой оболочки и надкостницы при дентальной имплантации является:

- А) предпочтительней чем других
- Б) менее эффективным
- В) травматичным
- Г) недопустимым

149. Определите при постановке имплантатов на нижнюю челюсть особую осторожность проявляют по причине:

- А) опасности повреждения нижнего альвеолярного нерва
- Б) плотности кортикального слоя
- В) хорошего кровоснабжения
- Г) увеличения альвеолярного отростка

150. Определите дентальные имплантаты после установки должны быть:

- А) наклонены
- Б) подвижны 1-2 степени
- В) неподвижны
- Г) зафиксированы винтами

151. Определите хирургический шаблон должен четко передавать:

- А) запланированную позицию имплантатов
- Б) ширину альвеолярного отростка
- В) вертикальную ось костного ложа
- Г) информацию о месте инфильтрационной анестезии

152. Определите глубина костного ложа должна:

- А) быть короче длины имплантата
- Б) быть равной длине имплантата
- В) быть сформирована в два уровня
- Г) обязательно заканчиваться на уровне апекса соседнего зуба

153. Определите зубная имплантация показана пациентам, у которых:

- А) сложные анатомические условия в полости рта затрудняют фиксацию традиционных съемных протезов
- Б) выраженная атрофия кости челюсти, обусловленная эндокринным заболеванием
- В) выявлено нарушение кровоснабжения тканей ЧЛЮ
- Г) установлены болезни системы крови

154. Определите для успешной имплантации с каждой стороны от имплантата должно быть:

- А) не менее 1,5-2 мм запаса кости
- Б) не менее 0,5 мм запаса кости

В) много подвижной слизистой

Г) много неподвижной слизистой

155. Определите при установке винтовых имплантатов первичная фиксация их зависит от:

А) степени контакта имплантата с окружающей костной тканью

Б) качества наложения швов

В) сроков удаления швов

Г) толщины надкостницы

156. Определите разрез слизистой оболочки при дентальной имплантации проводят:

А) ножницами

Б) распатором

В) гладилкой

Г) скальпелем

157. Определите наиболее распространенный шов при закрытии операционной раны после дентальной имплантации:

А) непрерывный

Б) узловой

В) обвивной

Г) внутрислизистый

158. Вскрытие погруженных имплантатов на нижней челюсти обычно проводят:

А) через 3-4 месяца

Б) через неделю после снятия швов

В) после проведения противовоспалительной терапии

Г) через 6 лет после проведенной имплантации

159. Пациентка С., 51 год, направлена стоматологом-ортопедом для дентальной имплантации в области нижней челюсти справа и слева. Острых заболеваний и обострений хронических не отмечает. При осмотре: отсутствуют моляры нижней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток достаточной ширины и высоты.

35,34;45,44 зубы запломбированы, коронки их изменены в цвете.Сколько имплантов можно вставить в данной ситуации:

А) 4 .

Б) 2.

В) 3.

Г) 2,4

160. Пациент К., 43 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов. Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25,26,27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантомограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм.Определите можно ли вставить импланты в таком случьи.

А) можно.

Б) нельзя.

В)в редком случьи.

Г) по клиническим показаниям.

161. Определите вскрытие погруженных имплантатов на нижней челюсти обычно проводят:

А) через 3-4 месяца

Б) через неделю после снятия швов

В) после проведения противовоспалительной терапии

Г) через 6 лет после проведенной имплантации

162. Больному изготовили полный съемный протез на верхнюю челюсть. После наложения протеза пациент жалуется на плохую фиксацию протеза во время жевания. На каком клиническом этапе была ошибка?

1) Определение и фиксация центральной окклюзии.

2) Получение анатомического оттиска.

3) Получение функционального оттиска.

4) Проверка конструкции протеза.

163. Женщина 47 лет обратилась с целью протезирования. После обследования выбрана конструкция полных съемных протезов на верхнюю и нижнюю челюсть. При проверке восковых репродукций протезов оказалось, что межзубной контакт в боковых участках наблюдается только справа, слева - щель между зубами. Какая ошибка допущена во время клинических этапов?

- 1) Деформировали базис при определении центральной окклюзии;
- 2) Завысили межальвеолярную высоту в боковой области слева;
- 3) Определили боковую окклюзию
- 4) Получили неточные оттиски

164. Определите на этапе проверки полных съемных протезов выявлено прогнатическое соотношение зубных рядов, передние зубы не контактируют. Какова причина данной ошибки?

- 1) Фиксация переднего соотношения челюстей;
- 2) Не определена протетическая плоскость;
- 3) Занижение межальвеолярной высоты;
- 4) Фиксация бокового соотношения челюстей;

165. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 50 лет. Жалобы на затрудненное пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад. В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям. 2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов. Прикус ортогнатический.

Вопрос: Назовите причину возникновения деформации зубных рядов.

- А) отсутствие своевременного протезирования.
- Б) неправильное протезирование.
- В) генерализованный кариес зубов.
- Г) неправильный прикус.

166. В частную клинику к врачу-ортопеду обратилась пациентка, 50 лет, с жалобами на повышенную чувствительность зубов на нижней челюсти в переднем отделе, возникшую месяц назад. Со слов пациентки: Протезирование проведено 2 года назад мостовидным протезом на зубы 1.4-1.6, 2.5-2.7 и одиночными коронками на зубы 3.5, 3.6, 3.7 и 4.5, 4.7. Семь месяцев назад пациентка поменяла место работы, в настоящий момент профессиональная деятельность связана с длительным нервным напряжением, отмечает непроизвольные движения нижней челюсти при плотном смыкании челюстей.

В полости рта: Зубы, ограничивающие дефект на верхней челюсти, без патологической подвижности. Отмечается убыль твёрдых тканей до поверхностных слоёв дентина на зубах 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3. На верхней челюсти незначительно стерта эмаль режущих краёв и бугорков на зубах 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4.

В чем причина возникновения гиперчувствительности зубов нижней челюсти?

- А) Патологическая повышенная стираемость зубов
- Б) Воспаление тройничного нерва
- В) Синдром Попова-Годона
- Г) Гиперестезия зубов

167. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 32 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7,

1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на $\frac{1}{4}$ длины корней.

Вопрос: Какова возможная причина возникновения патологии пародонта?

- А) завышенное пломбирование кариеса.
- Б) неправильное протезирование.
- В) разрушение коронки зубов.
- Г) патологическая стираемость

168. В клинику обратилась пациентка Р. 65 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, периодически возникающую боль в области зуба 4.7, кровоточивость десен.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 10 лет назад, последнее посещение стоматолога около 3 лет назад.

В полости рта металлокерамические мостовидные протезы 2.4 -Ф – 2.6, 4.4-4.5-Ф- 4.7, объединенные металлокерамические коронки 3.4 – 3.3, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушение краевого прилегания коронок в области всех опорных зубов, дефекты керамической облицовки до металла). Имеется диастема между зубами 3.1 и 4.1 и трема между зубами 4.1, 4.2. Клиновидные дефекты зубов 1.6 и 1.5. Маргинальная десна в области коронок и фронтальных зубов на н/ч гиперемирована и отечна. Гигиена полости рта неудовлетворительная, в области всех групп зубов имеются наддесневые зубные отложения, в области зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 имеются поддесневые зубные отложения.

Вопрос: Назовите первичную причину возникновения патологии.

- А) Кариозное разрушение зубов
- Б) Патологическая стираемость зубов
- В) Клиновидный дефект зубов
- Г) Плохая гигиена полости рта

169. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 75 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубов I степени. Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на $\frac{1}{4}$ в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубов.

Вопрос: Назовите причину снижения высоты нижнего отдела лица.

- А) Повышенная стираемость
- Б) Неправильное протезирование
- В) Отсутствие зубов в боковых отделах зубных рядов.
- Г) Патологический прикус

170. Определите какие ортопедические конструкции применяются при лечении генерализованных пародонтитов с интактными зубными рядами)?

- 1) бюгельные шинирующие протезы
- 2) мостовидные протезы и съёмные частичные пластиночные протезы
- 3) съёмные шинирующие бюгельные протезы с многозвеньевыми кламмерами и вестибулярными отростками
- 4) цельнолитые съёмные шины с опорно-удерживающими

и многозвеньевыми кламмерами, цельнолитые или спаянные экваторные (колпачковые) коронки;

172. Определите задачами ортопедического лечения генерализованного пародонтита, осложненного частичной вторичной адентией, являются:

- 1) объединение в единый блок и проведение иммобилизации всех зубов каждой челюсти
- 2) равномерное распределение всех компонентов жевательного давления на пародонт оставшихся зубов
- 3) недопущение дополнительной нагрузки на пародонт зубов, особенно граничащих с дефектом, с седловидной частью шины-протеза
- 4) все ответы правильные;

173. В стоматологическую клинику обратилась пациентка Т. 65 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую боль в области 4.7 зуба, кровоточивость дёсен. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 10 лет назад, последнее посещение врача-стоматолога около 3 лет назад. Объективно при осмотре: в полости рта имеются металлокерамические мостовидные протезы с опорами на 2.4; 2.6 и 4.4; 4.5; 4.7 зубы, объединенные металлокерамические коронки с опорами на 3.4; 3.3 зубы. В области всех опорных зубов выявлено нарушение краевого прилегания коронок. На жевательной поверхности коронок 2.4, 3.4 зубов имеется дефект керамической покрытия облицовки до металла. Вопрос: Какие факторы указывают на клиническую несостоятельность имеющихся металлокерамических конструкций?

- А) Кровоточивость десен.
- Б) Плохая гигиена полости рта.
- В) Нарушение краевого прилегания искусственных коронок, дефект керамического покрытия.
- Г) Боли при жевании.

174. На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 31 год с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 32, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

Вопрос: К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?

- А) I Класс
- Б) II Класс
- В) III Класс
- Г) IV Класс

175. В стоматологическую клинику обратился пациент А. 49 лет с жалобами на неудовлетворительную эстетику и нарушение пережёвывания пищи. Анамнез заболевания: протезирование проводилось 10 лет назад. Со слов пациента, отсутствующие зубы удалялись в результате кариеса и его осложнений. Данные объективного обследования, внешний осмотр: снижение высоты нижнего отдела лица на 3 мм, носогубные складки выражены, углы рта опущены, наблюдается асимметрия лица. На верхней челюсти: отсутствие 1.5, 1.4, 2.4, 2.6, 2.7 зубов. Металлокерамический протез с опорами на 1.6, 1.3 зубы, неудовлетворительное краевое

прилегание коронок, частичная расцементировка. Глубокий кариес 1.1, 2.1, 1.2, 2.2 зубов. Поломка металлокерамического мостовидного протеза 2.3, 2.5, 2.8. На нижней челюсти: отсутствуют 3.8, 3.6, 4.6 зубы. Металлокерамический мостовидный протез с опорой на 3.7, 3.5, 3.4 зубы, неудовлетворительная фиксация протеза, частичная расцементировка искусственных коронок на всех опорных зубах, рецессия и гиперемия маргинальной десны. Повышенное стирание 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 зубов. Вторичный глубокий кариес 4.4 зуба. Коронковая часть 4.5 зуба полностью разрушена. Поломка металлокерамического протеза с опорой на 4.5, 4.7 зубы, коронка 4.5 зуба и фасетка 4.6 зуба отсутствуют. Полная расцементировка искусственной коронки на 4.7 зубе. Несовпадение косметического центра.

Вопрос: Укажите минимальную толщину цельнолитого каркаса для металлокерамических коронок.

- А) 1 мм
- Б) 1,5мм - 2,0 мм
- В) 0,3мм
- Г) 0,5 мм

176. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Б. 35 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба. 2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%. 3.5 зуб – зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

Вопрос: Какова основная причина зубоальвеолярного удлинения?

- А) Неправильное наложение пломбы.
- Б) Неправильное протезирование.
- В) Разрушение либо отсутствие зубов-антагонистов.
- Г) Неправильный прикус.

177. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Д. 29 лет. Жалобы на болезненность и кровоточивость десны в области 3.6, 3.7 зубов. Анамнез заболевания: 3.6, 3.7, 1.5, 2.4 зубы лечены по поводу кариеса. Слизистая оболочка маргинальной части десны в области 3.6, 3.7 зубов гиперемирована, отёчна, легко кровоточит. По рентгенологическим данным выявлена равномерная костная атрофия в области 3.6, 3.7 зубов на $\frac{1}{4}$ длины корней.

Вопрос: Какова возможная причина возникновения патологии пародонта?

- А) разрушение коронки зубов.
- Б) неправильное протезирование.
- В) завышенное пломбирование кариеса.
- Г) патологическая стираемость.

178. Определите к чему может привести изготовление бюгельного протеза без изучения моделей на параллеломере:

- 1) к неправильному выбору опорно-удерживающих кламмеров
- 2) при наложении протез может не фиксироваться на челюсти
- 3) к неправильному расположению дуги протеза
- 4) правильные ответы 1, 2;

179. Определите какие ошибки могут быть при проверке восковой конструкции протеза в полости рта?

- 1) искусственные зубы смыкаются, а естественные разобщены

- 2) передние зубы находятся в окклюзии, а между боковыми зубами имеется щель или наоборот
- 3) размер, форма и цвет искусственных зубов не соответствует естественным зубам
- 4) правильные ответы 1, 2, 3, 4;

180. На прием к врачу-стоматологу пришел пациент 30 лет с жалобами на боли в области сустава слева. Пациент отмечает шум в суставе при широком открывании рта. При обследовании выявлена девиация нижней челюсти вправо при открывании рта, щелчок в конце и в начале движения слева. Прикус дистальный, ретрузия верхних фронтальных зубов, скученность фронтального отдела верхнего и нижнего зубного ряда, тортоаномалия зубов 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 31, 32, 41, 42. При осмотре твердых тканей зубов обнаружено наличие клиновидных дефектов на зубах 14, 15, 24, 25, 34, 44.

Вопрос: К какому классу по классификации Энгля относится данная аномалия окклюзии?

- А) I Класс
- Б) II Класс
- В) III Класс
- Г) IV Класс

181. Определите при проверке конструкции частичного протеза отсутствует контакт между искусственными зубами и их антагонистами при наличии правильного смыкания естественных зубов, причиной явилось:

- 1) повышена межальвеолярная высота
- 2) зафиксирована передняя окклюзия
- 3) недостаточное продавливание воска прикусного валика
- 4) отхождение воскового базиса с окклюзионными валиками от слизистой оболочки в момент смыкания челюстей

182. Определите какие вещества, входящие в состав акриловой пластмассы могут вызывать аллергическую реакцию?

- 1) «остаточный мономер»
- 2) гидрохинон (стабилизатор)
- 3) пероксид бензола
- 4) дибутилфталат (пластификатор)

183. Определите причиной появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного оттиска может быть:

- 1) недостаточное высушивание протезного ложа
- 2) снятие оттиска с компрессией
- 3) неравномерное распределение корректирующей массы в базисном слое
- 4) верно 1 и 3

184. Пациент О. 28 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект: откол коронки 3.2 зуба. Анамнез заболевания: откол 3.2 зуба произошёл накануне вечером во время приёма пищи. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть её выступает над уровнем десневого края до 3 мм. На прицельной рентгенограмме выявлено: корневой канал запломбирован равномерно на всем протяжении до верхушки, периапикальных изменений не визуализируется.

Вопрос: Назовите возможный метод восстановления 3.2 зуба.

- А) Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб.

- Б) Восстановление зуба анкерным или стекловолоконным штифтом и композитным материалом;
- В) Изготовление штифтового зуба.
- Г) Все варианты верны.

185. Определите какие лицевые признаки характеризуют занижение высоты прикуса?

- 1) угол рта опущен
- 2) носогубные складки выражены
- 3) подбородок слегка выступает, нижняя треть лица уменьшена
- 4) правильные ответы 1, 2, 3;
- 5) расслабление жевательных мышц;

186. Определите задачами ортопедического лечения генерализованного пародонтита, осложненного частичной вторичной адентией, являются:

- 1) объединение в единый блок и проведение иммобилизации всех зубов каждой челюсти
- 2) равномерное распределение всех компонентов жевательного давления на пародонт оставшихся зубов
- 3) недопущение дополнительной нагрузки на пародонт зубов, особенно граничащих с дефектом, с седловидной частью шины-протеза
- 4) все ответы правильные;

187. В стоматологическую клинику обратилась пациентка Т. 65 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, периодически возникающую боль в области 4.7 зуба, кровоточивость дёсен. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 10 лет назад, последнее посещение врача-стоматолога около 3 лет назад. Объективно при осмотре: в полости рта имеются металлокерамические мостовидные протезы с опорами на 2.4; 2.6 и 4.4; 4.5; 4.7 зубы, объединенные металлокерамические коронки с опорами на 3.4; 3.3 зубы. В области всех опорных зубов выявлено нарушение краевого прилегания коронок. На жевательной поверхности коронок 2.4, 3.4 зубов имеется дефект керамической покрытия облицовки до металла. Вопрос: Какие факторы указывают на клиническую несостоятельность имеющихся металлокерамических конструкций?

- А) Кровоточивость десен.
- Б) Плохая гигиена полости рта.
- В) Нарушение краевого прилегания искусственных коронок, дефект керамического покрытия.
- Г) Боли при жевании.

188. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Б. 35 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба. 2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%. 3.5 зуб – зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

Вопрос: Определите какова основная причина зубоальвеолярного удлинения?

- А) Неправильное наложение пломбы.
- Б) Неправильное протезирование.
- В) Разрушение либо отсутствие зубов-антагонистов.
- Г) Неправильный прикус.

189. При полном дефекте коронковой части 46 зуба принято решение провести его ортопедическое

лечение с применением металлической искусственной коронки из титанового сплава. Какую штифтовокультевую конструкцию для формирования протезного ложа показано использовать в этом случае?

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.

190. 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?

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

191. 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?

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. . Применение съёмного постоянного протеза с изменения высоты нижнего отдела лица

192. 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?

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.
3. Изготовления зубного протеза без сохранением привычной окклюзии
- 4, Применение съёмного постоянного протеза без изменения высоты нижнего отдела лица.

193. Отсутствуют 35 и 36 зубы, сагитальные движения нижней челюсти блокированы 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?:

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.
4. Изготовления зубного протеза с изменения окклюзионных взаимоотношений.

194. 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?

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.
- 4, Двух этапное ортопедическое лечение с восстановлением верхних резцов искусственными коронками, а нижнего зубного ряда съёмным протезом.

195. Двухсторонний концевой дефект зубного ряда нижней челюсти на фоне глубокого прикуса. Верхний зубной ряд деформирован в результате вертикального выдвижения 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?

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).

4. Удаление 17, 18, 27, 28 зубов с последующим установкой имплантацией

196. 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?

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.

4. Двухэтапное ортопедическое лечение с применением мостовидных протезов.

197. Генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов (2 степени), горизонтальная форма, осложнённая привычной нижней прогенией. Снижение высоты нижнего отдела лица. Изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава не выявлено. Какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

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.

198. 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?

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.

199. 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?

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 миотатического 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.

200. 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?

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 миотатического 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.

4. Двухэтапное ортопедическое лечение. Первый этап – восстановление высоты верхнего отдела лица при помощи съёмного протеза на нижнюю челюсть. После перестройки миототического рефлекса, восстановление фронтальной группы зубов искусственными коронками.

201. 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?

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.

4. 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 временных зубных протезов.

202. 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?

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

203. На этапе припасовки и наложения съёмного протеза из лаборатории получен протез, базис которого имеет «мраморную» окраску. Какая техническая ошибка допущена?

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

204. 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?

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.

205. 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?

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.
4. Смещение верхней челюсти вперед

206. 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.?

1. Лекарственный аллергический стоматит
2. Гипертоническая болезнь.
3. Аллергический стоматит, вызванный нержавеющей сталью.
4. Афтозный стоматит

207. 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?

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.

208. 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?

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

209. 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?

1. Бюгельный протез на верхнюю челюсть с фиксацией к 14, 13, 23, 27 зубам.
2. Съёмный пластиночный протез.
3. Шинирующий бюгельный протез.
4. Изготовление безметалловых искусственных коронок

210. Определите отсутствует 35 зуб, на 36 зубе имеется пломба (2 класс по Блеку) с медиальной стороны, 34 зуб интактен. Какие варианты ортопедического лечения возможны в этой клинической ситуации?

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.

211. 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?

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

212. 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?

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.

213. 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?

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.

214. Определите для коррекции базиса в области травмированного участка слизистой оболочки используется:

- а) копировальная бумага,
- б) химический карандаш,
- в) порошок гипса или водного дентина,
- г) простой карандаш,

215 . Определите последовательность действий врача при припасовке и наложения съёмных протезов:

- а) выявление участков, мешающих плотному прилеганию базиса протеза к тканям протезного ложа,
- б) проверка смыкания зубов в положении центральной окклюзии,
- в) оценка качества протеза,
- г) коррекция расположения кламмеров на зубах,

216. Определите при выраженном рвотном рефлекс после наложения съёмного протеза необходимо:

- а) укоротить дистальный край базиса протеза,
- б) уменьшить толщину базиса,
- в) укоротить край протеза с вестибулярной стороны,
- г) укоротить край протеза с боковых сторон,

217 . Определите при изменении дикции после наложения съемного пластиночного протеза необходимо:

- а) изготовить новый протез,
- б) укоротить границы протеза,
- в) рекомендовать больному упражнения,
- г) провести коррекцию протеза верхней челюсти в области фронтальных зубов,

218. Определите для проведения починки пластиночного протеза необходимо снимать рабочий оттиск с протезом:

- а) при переломе базиса,
- б) при трещине в базисе,
- в) при отломе кламмера,
- г) при постановке дополнительного искусственного зуба,

219. Определите возможные осложнения при избирательном сошлифовывании зубов

- а) гиперестезия
- б) кариес
- в) периодонтит
- г) снижение окклюзионной высоты

220. Укажите показания к применению метода избирательной пришлифовки зубов при пародонтите являются

- а) множественный кариес
- б) преждевременные контакты зубов
- в) деформации зубных рядов
- г) патологическая стираемость

221. Выберите метод стабилизации (лечения) локализованного пародонтита с двусторонним распространением на жевательную группу зубов

- а) фронтальная стабилизация
- б) сагиттальная стабилизация
- в) парасагиттальная стабилизация
- г) фронтосагиттальная стабилизация

222. Определите при осмотре ротовой полости в состоянии центральной окклюзии обнаружена небольшая щель между верхними и нижними резцами. Какому прикусу присуще такое расположение зубов?

1. Открытому прикусу.
2. Глубокому прикусу.
3. Перекрестному прикусу
4. Все верны.

223. При осмотре ротовой полости в состоянии центральной окклюзии обнаружено полное перекрывание нижних резцов верхними (верхние резцы закрывают нижние). Какому прикусу присуще такое расположение зубов?

1. Глубокому прикусу.
2. Открытому прикусу.
3. Перекрестному прикусу
4. Все верны.

224. При осмотре ротовой полости в состоянии центральной окклюзии обнаружено правильное смыкание передних зубов, а щечные жевательные бугорки нижних больших коренных зубов расположены не вовнутрь, а снаружи от верхних. Какому прикусу присуще такое расположения зубов?

1. Глубокому прикусу.
2. Открытому прикусу.
3. Перекрестному прикусу
4. Все верны

225. Определите какое количество отсутствующих зубов служит показанием для применения мостовидных протезов в боковом отделе?

1. Не более 3-4 зубов
2. Не более 5-6 зубов
3. Не более 7-8 зубов
4. Не более 9-10 зубов

226. Определите при изготовлении полного съемного протеза пациент отмечает западение верхней губы, придающее старческий вид. На каком этапе при определении центрального соотношения челюстей допущена ошибка

1. при формировании вестибулярного овала и высоте верхнего прикусного валика по красной кайме губ верхней челюсти
2. при снятии слепка.
3. при моделировке валика.
4. при проверке окклюзии.

227. Определите при разговоре, улыбке режущие края верхних зубов полного съемного протеза не видны. При определении центрального соотношения челюстей, какая допущена ошибка?

1. высота прикусного валика не правильно определена
2. изготовлено заниженный верхний протез.
3. изготовлено заниженный нижний протез.
4. изготовлено завышенный нижний протез.

228. Определите черты "старческого облика" лица:

- а. смещение мягких тканей лица книзу и кзади,
- б. уплощение губ, щек,
- в. укорочение нижнего отдела лица,
- г. Все верны.

229. Определите временные шины при лечении болезней пародонта должны

- а) равномерно распределять жевательное давление
- б) не препятствовать лекарственной терапии
- в) не травмировать слизистую оболочку десны
- г) все ответы правильно.

230. Двухсторонний концевой дефект зубного ряда на нижней челюсти. Глубокое резцовое перекрытие за счет дистального смещения нижней челюсти. Снижение высоты нижнего отдела лица. Жалоб на боль или хруст в ВНЧС нет, какая тактика ортопедического лечения может быть применена при данной клинической ситуации?

1. двухэтапное ортопедическое лечение: первый этап - ортодонтический с применением временного лечебного протеза, восстанавливающего межальвеолярное равновесие и расстояние. второй этап - изготовление постоянных зубных протезов после перестройки миотатического рефлекса и сагиттального сдвига нижней челюсти
2. двухэтапное ортопедическое лечение: первый этап - ортодонтический с применением временного лечебного протеза, восстанавливающего межальвеолярное равновесие и расстояние
3. изготовление постоянных зубных протезов после перестройки миотатического рефлекса и сагиттального сдвига нижней челюсти
4. ортодонтический с применением временного лечебного протеза, восстанавливающего межальвеолярное равновесие и расстояние.

231. Укажите причину ошибки при наличии следующих признаков: сглаженность носогубных и подбородочных складок при разговоре

-отсутствие просвета между зубами в состоянии физиологического покоя

1. завышение высоты нижнего отдела лица
2. занижение высоты нижнего отдела лица
3. повышенная прикус.
4. пониженная прикус.

232. Укажите последовательность препарирования зубов под фарфоровую коронку

- 1) укорочение коронки зуба
- 2) создание предварительного уступа, препарирование вестибулярной и оральной поверхностей зуба
- 3) сепарация контактных поверхностей и создание предварительного уступа на медиальной и дистальной поверхностях
- 4) верно 2, 3, 1,

233. Укажите последовательность изготовления лабораторных этапов металлокерамической коронки

- 1) получение моделей
- 2) изготовление колпачка из адапты, моделировка каркаса из воска
- 3) отливка колпачка, обработка, припасовка на модели
- 4) верно 1, 2, 3

235. Определите подготовка к литье металлических частей протезов

- 1) выплавление воска
- 2) расплавление и заливка сплава
- 3) создание огнеупорной "рубашки"
- 4) верно 3, 4, 1

236. У больного З. при припасовке пластмассового мостовидного протеза с опорой на 11,13 зубы, обнаружено несоответствие коронки 13 зуба анатомической форме. Ваша тактика?

1. Переделать протез
2. точить зуба 13.
- 3.укоротить зуба.
- 4.сделать штампованную коронку.

237. Мостовидный протез из пластмассы у больного Г. имеет многочисленные мелкие поры. Объясните причину возникновения.

1. Нарушение соотношения порошка и жидкости, больше порошка, чем жидкости
2. Нарушение соотношения порошка и жидкости, больше жидкости, чем порошка
3. Нарушение режима полимеризации
4. Нарушение стадии полимеризации

238. Больная А. обратилась в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за боли. Три месяца назад изготовлен мостовидный протез.

Объективно: Внешних изменений нет. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На верхней челюсти имеется мостовидный протез с опорой на 23,26 зубы. Слизистая оболочка десневого края в области 23 зуба резко отечна, гиперемирована, кровоточит при касании. Край опорной коронки на 23 глубоко погружен под десну, его не удается определить кончиком зонда. Пластмасса фасеток 24,25 зубов лежит на слизистой альвеолярного отростка. Перечислите ошибки, допущенные при изготовлении мостовидного протеза. На каких клиничко-лабораторных этапах и кем - врачом или техником были допущены ошибки?

1. Искусственная коронка на 23 зубе длинная
2. Пластмассовые фасетки в области 24,25 зубов травмируют десну
3. Ошибка допущена врачом на 2-ом, 4-ом клинических этапах изготовления мостовидного протеза
4. Ошибка допущена техником на 1-ом, 3-ем лабораторных этапах изготовления мостовидного протеза

239. Определите к деформации зубных рядов могут приводить следующие патологические процессы

1. патологическая стираемость
2. кариес
3. пародонтит
4. адентин

240. Определите деформация зубных рядов прогрессирует

1. в молодом возрасте
2. в старческом возрасте
3. одинаково как в молодом, так и в старческом возрасте
4. юношеском возрасте.

242. Определите характерные признаки острого артрита

1. боли в суставе постоянные в покое
2. боли в суставе приступообразные
3. боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти
4. открывание рта до 4.5-5.0 см

243. Определите аускультация височно-нижнечелюстного сустава при артрозе и хроническом артрите выявляет

1. крепитацию
2. равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей
3. щелкающие звуки
4. отсутствие суставного шума

244. Укажите показания к применению окклюзионных шин при болезнях височно-нижнечелюстного сустава

1. нормализовать функцию мышц, положение суставных головок, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
2. ограничить движение нижней челюсти
- ВЗ исключить чрезмерную нагрузку на ткани зуба, пародонт, предохранить ткани сустава от существующих окклюзионных нарушений
4. правильные ответы а) и б)

245. Определите при болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен следующий диагноз

1. мышечно-суставная дисфункция
2. артрит
3. артроз
4. остеома суставного отростка нижней челюсти

246. Определите форма патологической стираемости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижней трети лица, называется

1. чрезмерная
2. компенсированная
3. горизонтальная
4. Вертикальная

247. Определите при всех формах патологической стираемости показаны

1. ортопедические конструкции
2. штампованные коронки
3. цельнолитые протезы
4. внеротовые лечебные аппараты

248. Определите этиологические факторы патологической стираемости, связанные с функциональной перегрузкой зубов

1. аномалия прикуса
2. алиментарная недостаточность
3. частичная адентия
4. нарушение окклюзии при неправильном протезировании

249. Определите 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

250. Укажите следующее профилактическое (наиболее действенное) мероприятие можно предложить в целях уменьшения отрицательного воздействия протезов

- А. изготовление цельнолитых мостовидных протезов
- Б. изготовление протезов с литыми базисами
- В. изготовление протезов из бесцветной пластмассы
- Г. систематический массаж протезного ложа
- Д. все вышеперечисленное верно