УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Мачкалян Э.Л.

**Перечень ситуационных задач к экзамену на 4 курсе в 8 семестре по дисциплине «Съемное протезирование» в 2024-2025 учебном году**

1. Пациент В., 60 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Выявлено: нарушение жевания, речи, внешнего эстетического вида, выраженность подбородочных и носогубных складок, полное отсутствие зубов, прогеническое соотношение челюстей.

Какие методы обследования применялись?

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Чем обусловлена выраженность носогубных и подбородочных складок?

Чем обусловлено прогеническое соотношение челюстей?

1. При обследовании полости рта у пациента Д. было отмечено наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, расположенных продольно альвеолярного гребня и легко смещающихся, при незначительном прикосновении.

Проведите оценку состояния слизистой оболочки протезного ложа на основе классификации Суппли.

1. Пациент X. 68 лет, месяц назад был протезирован полными съемными протезами на обеих челюстях. В настоящее время обратился с жалобами на появление боли под базисом в области зуба 25. При осмотре слизистой оболочки определяется выступающий корень зуба 25 отечная, гиперемированная слизистая оболочка.

Укажите допущенную ошибку при обследовании пациента и составлении плана лечения.

1. У пациента А. при обследовании полости рта была отмечена следующая клиническая картина: альвеолярный отросток нижней челюсти полностью атрофирован в области фронтальных зубов, ложе для протеза в этой области почти отсутствует. Альвеолярный отросток в области жевательных зубов хорошо выражен.

Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Курляндского и Келлера.

1. У пациента Б. при обследовании полости рта была отмечена следующая картина: хорошо выраженный альвеолярный отросток нижней челюсти с переходной складкой, расположенной далеко от гребня альвеолярного отростка, т.е. альвеолярный отросток выступает над уровнем места прикрепления мышц с обеих сторон.

Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Курляндского.

1. У пациента В. при обследовании полости рта было отмечено: высокий альвеолярный отросток верхней челюсти, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой, хорошо выраженные бугры верхней челюсти. Глубокое небо. Торус не резко выражен.

Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.

1. При обследовании полости рта у пациента М. было отмечено полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, значительная атрофия бугров верхней челюсти, плоское небо и низко расположенные клапанные зоны.

Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.

1. У пациентки А. при объективном обследовании полости рта была отмечена следующая картина: равномерная резкая атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка прикреплена почти на уровне гребня альвеолярного отростка.

Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера.

1. Пациент Е., 63 лет обратился в клинику с целью протезирования. При обследовании полости рта выявлено полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре альвеолярного отростка нижней челюсти установлено, что альвеолярный отросток полностью атрофирован, уздечки нижней губы и языка сближены, боковые уздечки прикрепляются посредине тела челюсти. Переходная складка не определяется почти на всем протяжении, она лишь несколько выражена в области моляров. Отмечается наличие «болтающегося гребня» слизистой оболочки в области жевательных групп зубов слева и справа. На верхней челюсти имеется полный съемный протез, изготовленный год назад.

Укажите тип беззубой нижней челюсти по Курляндскому. К какому типу по Суппли может быть отнесена слизистая оболочка.

1. Пациентка И., 58 лет, обратилась с жалобами на плохую фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти. Объективно: атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти умеренная, скат его в области верхнечелюстных бугорков справа и слева, резко выражен, с навесом. При осмотре полости рта с наложенным базисом протеза видны слепые ямки. Границы базиса доходят до наиболее выступающих участков ската.

Укажите чем можно объяснить появление жалоб пациентки при протезировании.

Укажите тактику врача.

1. Пациент Н. 60 лет. Жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти.

Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по В.Ю.Курляндскому.

1. Пациенту М., 74 лет, три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании и разжевывании пищи протез смещается.

Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения.

1. Пациентка Ю., 67 лет. Жалобы на плохую фиксацию протеза на верхней челюсти. Пользуется протезами сутки. При осмотре полости рта установлено, что протез верхней челюсти балансирует по переходной складке альвеолярного отростка в области зубов 16, 15, 14. Имеются участки гиперемии с нарушением целостности эпителиального слоя. Укажите причину возникновения данной патологии. Ваша тактика ведения пациентки.
2. Пациентка М., 73 лет. Диагноз: полная потеря зубов верхней челюсти. На верхней челюсти атрофия III тип по Шредеру. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в переднем отделе образует складки, которые при надавливании расправляются.

В чем особенности получения анатомического оттиска?

1. Пациентка К., 62 года, диагноз полная вторичная адентия обеих челюстей, 1 класс по Шредеру на верхней челюсти и 3 класс по Келлеру на нижней челюсти. Слизистая оболочка на верхней челюсти податливая, плотная, на нижней челюсти – определяется подвижный гребень в боковом отделе справа.

Укажите оттискные материалы, которые могут использоваться для анатомического оттиска на верхней и нижней челюстях.

1. Врач для уменьшения сроков изготовления полных протезов изготовил индивидуальные ложки непосредственно в полости рта пациента из базисного воска.

Укажите недостатки подобной ложки.

1. Пациентка С., 58 лет. Жалобы на плохую фиксацию полного съемного протеза на нижней челюсти. Протезировалась год назад. Объективно: IV тип атрофии альвеолярного отростка по Курляндскому, высокий тонус мышц дна полости рта. Слизистая, покрывающая альвеолярный отросток атрофирована, истончена. В области зубов 15, 25 имеются тяжи: плотные, неподатливые, идущие, почти, непосредственно от вершины гребня к переходной складке, ширина их 3-4 мм.

Определите тип слизистой оболочки (Суппли). Укажите тактику врача.

1. Пациентка М., 73 лет. Диагноз: полная потеря зубов верхней челюсти. На верхней челюсти атрофия III тип по Шредеру. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в переднем отделе образует складки, которые при надавливании расправляются.

В чем особенности получения функционального оттиска?

1. У пациента О., 62 лет при припасовке индивидуальной ложки на нижней челюсти были применены следующие функциональные пробы: прикосновение кончика языка при полузакрытом рте до щеки; вытягивание языка по направлению к кончику носа; глотание; вытягивание губ трубочкой; проведение языком по красной кайме верхней и нижней губ; широкое открывание рта.

Назовите ошибки в последовательности проведения функциональных проб.

1. У пациента А., 66 лет после припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть с помощью функциональных проб было отмечено, что при надавливании на ручку ложки вверх и вперед, ложка легко смещается.

В чем заключается предполагаемая причина плохой фиксации ложки. Укажите тактику врача.

1. Пациент Н., 60 лет, жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: резкая степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти.

Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по Курляндскому В.Ю.

1. Пациентка К., 62 года, диагноз полная вторичная адентия обеих челюстей, 1 класс по Шредеру на верхней челюсти и 3 класс по Келлеру на нижней челюсти. Слизистая оболочка на верхней челюсти податливая, плотная, на нижней челюсти – определяется подвижный гребень в боковом отделе справа.

Укажите оттискные материалы, которые могут использоваться функционального оттиска на верхней и нижней челюстях.

1. После припасовки воскового базиса на верхней челюсти край прикусного валика выступает из-под верхней губы пациента на 4 мм, протетическая плоскость во фронтальном участке параллельна зрачковой линии, в боковом участке – линии, соединяющей козелок уха и угол рта, в профиль отмечается выступание верхней губы значительно вперед.

Какие ошибки допущены врачом при припасовке валика, методы их устранения.

1. Пациент Н, полностью потерявший все зубы повторно поступил в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на «постукивание» искусственных зубов, дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава и усталость мышц, поднимающих нижнюю челюсть.

В чем возможные причины этих жалоб? Какова тактика врача при этом?

1. Пациент К., 60 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. При осмотре полости рта отмечается неравномерная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти. В правом боковом участке она выражена сильнее, чем в левом. На нижней челюсти равномерная атрофия II степени. Врач при формировании протетической плоскости на окклюзионном валике верхней челюсти добился того, что высота окклюзионного валика по всей его длине была одинакова. После формирования протетической плоскости на валике верхней челюсти, врач наложил его на протезное ложе и начал припасовывать восковой валик нижней челюсти.

Определите правильность действий врача.

1. После определения и фиксации центрального соотношения челюстей при полной потере зубов врач вывел склеенные восковые базисы из полости рта пациента, охладил их и разъединил. С целью проверки правильности выполнения предшествующих манипуляций восковые базисы были повторно введены в полость рта и наложены на протезное ложе. При смыкании челюстей обнаружен зазор между окклюзионными валиками во фронтальном участке в пределах 1- 1,5 мм.

Какая ошибка была допущена при фиксации центрального соотношения, методы устранения.

1. Пациенту В., 63 лет, после обследования полости рта был поставлен диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти и вторичная частичная адентия нижней челюсти 1 класс по Кеннеди.

Какие особенности определения и фиксации центрального соотношения в данной ситуации?

1. При проверке конструкции протезов было отмечено, что линия между центральными резцами верхнего и нижнего зубного рядов находится не в одной плоскости.

Укажите ошибку, допущенную зубным техником или врачом.

1. Пациенту 74 года. Три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании пищи, протез смещается.

Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения.

1. При проверке конструкции полных съемных протезов с анатомическими жевательными искусственными зубами на верхней и нижней челюстях не отмечаются сагиттальные и трансверзальные окклюзионные кривые.

Какая ошибка была допущена при постановке зубов?

1. При обследовании пациента выявлен подвижный альвеолярный гребень на нижней челюсти в боковых отделах.

Какую окклюзионную схему предпочтительно выбрать для постановки искусственных зубов?

1. При постановке искусственных зубов в полном протезе зубным техником была использована методика Васильева. При этом все зубы верхней и нижней челюсти поставлены строго по гребню альвеолярного отростка.

Какая ошибка допущена зубным техником? Методика устранения.

1. Во время проверки восковой конструкции протезов при внешнем осмотре у пациента М. отмечается сглаженность носогубных складок и подбородочной складок, «стук» во время смыкания зубов. В состоянии физиологического покоя отсутствует просвет между фронтальными зубами. При полуоткрытом рте передняя группа зубов верхней челюсти выступает из-под верхней губы на 3-4 мм.

Какая допущена ошибка? На каком этапе изготовления протезов? Методика устранения ошибки.

1. У пациента В., при проверке конструкции протезов в полости рта установлено прогнатическое соотношение зубных рядов, преимущественно букорковое смыкание боковых зубов, сагиттальная щель между фронтальными зубами, повышение прикуса на высоту бугорков боковых зубов.

Когда была допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.

1. У пациента на этапе проверки конструкции протезов установлено бугорковое смыкание на правой стороне, повышение высоты окклюзии, смещение центра нижнего зубного ряда вправо, просвет между боковыми зубами слева.

На каком этапе изготовления протезов допущена ошибка и в чем она заключается?

Методика устранения.

1. У пациента при проверке конструкции протезов в полости рта установлено, что имеется контакт только во фронтальном участке и просвет между боковыми зубами. Нижняя треть лица не увеличена. При проверке плотности смыкания боковых зубов шпателем появляется щель.

Какая допущена ошибка? Тактика врача по ее устранению.

1. Пациентка 60 лет обратилась с жалобами на невозможность жевания, боли в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстных суставах. Боль проявляется при пользовании полными съемными протезами. Протезы изготовлены месяц назад. Нижняя треть лица увеличена. При улыбке обнажается базис съемного протеза на верхней челюсти. При открывании рта, фронтальные зубы выступают на 4-5 мм из-под верхней губы. Дикция нарушена. Полные съемные протезы были изготовлены без проведения клинического этапа проверки конструкции восковой репродукции полных съемных протезов.

Какая допущена ошибка при изготовлении полных съемных протезов? На каком этапе изготовления? Как устранить ошибку у данного больного?

1. При припасовке и наложении полных съемных протезов наблюдается уменьшение нижней трети лица, выраженность носогубных складок, углы рта опущены. При проведении разговорной пробы отмечается расстояние между зубами верхней и нижней челюстью равной 8-9 мм.

Какая допущена ошибка при протезировании? На каком этапе изготовления протезов? Как устранить ошибку у данного пациента?

1. Пациент пользуется полными съемными протезами в течение 3 дней. Жалобы на плохую фиксацию протеза верхней челюсти при приеме пищи и разговоре. При осмотре полости рта границы протеза охватывают альвеолярные бугры, располагаются в пределах переходной складки. По задней границе твердого неба отчетливо видны слепые ямки.

В чем причина неудовлетворительной фиксации протеза верхней челюсти? Как устранить ошибку?

1. Во время припасовки и наложения протезов отмечено, что они имеют толстый базис. Нижняя треть лица увеличена. В состоянии физиологического покоя отсутствует расстояние между зубами. Зубы верхней челюсти выступают из-под верхней губы на 3-4 мм, зубы нижней челюсти на 2-3 мм выше красной каймы нижней губы. При проведении разговорной пробы слышен «стук» зубов.

Какая допущена ошибка при изготовлении протеза? Что должен сделать врач для устранения ошибки?

1. Пациент обратился в клинику с жалобами на неудовлетворительную фиксацию протеза нижней челюсти. При осмотре полости рта обнаружено расстояние в 2 мм между вестибулярным краем протеза и переходной складкой справа.

В чем причина плохой фиксации протеза? Какая тактика врача?

1. Пациент обратился в клинику с жалобами на поломку протеза на в/ч. Протезами пользуется более 5 лет, отмечает плохую фиксацию. При осмотре обнаружен перелом базиса протеза по линии торуса.

Какая тактика врача?

1. Пациент обратился в клинику с жалобами на неудовлетворительную фиксацию полного съемного протеза на нижней челюсти. Протез изготовлен 5 лет назад. При осмотре полости рта обнаружено расстояние в 2 мм между вестибулярным краем протеза и переходной складкой.

В чем причина плохой фиксации протеза?

Какая тактика врача?

1. Пациент обратился в клинику на следующий день после починки полных съемных протезов с жалобами на боли, усиливающиеся при жевании, в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При обследовании установлено, что имеется участок гиперемированной и отечной слизистой оболочки в области переходной складки на уровне зубов 16, 17.

Укажите диагноз. В чем будет заключаться тактика врача?

1. Пациент 63 года, верхний зубной ряд интактный, на нижней челюсти отмечается полная потеря зубов. При обследовании установлено, что жевательная поверхность зубов 17, 16, 25, 26, 27 расположена на 3 мм ниже жевательной поверхности рядом стоящих зубов. Зубы устойчивы. Зубы на нижней челюсти удалены месяц назад. Ранее съемными протезами не пользовался.

В чем будет заключаться особенность ведения данного больного?

1. Пациент Н. 60 лет. Пользуется протезом более 7 лет. Жалобы на частые переломы полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, верхнечелюстные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протез балансирует на челюсти.

Укажите тактику врача.

1. Пациентка Ю. 67 лет. Жалобы на плохую фиксацию протеза на верхней челюсти. Пользуется протезом 3 года. При осмотре полости рта установлено, что протез верхней челюсти балансирует по переходной складке альвеолярного отростка в области зубов 16, 15, 14, где видны остатки крема для фиксации протезов и остатки пищи. Имеются участки гиперемии с нарушением целостности эпителиального слоя.

Укажите причину возникновения данной патологии. Ваша тактика ведения больного.

1. Пациентка С., 68 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на жжение под базисом полного съемного пластиночного протеза на верхней челюсти. Протез изготовлен 2 недели назад, до этого пациентка пользовалась съемными пластиночными протезами более 15 лет, жалоб не было. Объективно: слизистая оболочка под протезом на верхней челюсти ярко красного цвета, гиперемированная, на нижней челюсти – слизистая без изменений. При осмотре протеза верхней челюсти видны множественные мраморные разводы в пластмассовом базисе, протез нижней челюсти однородного цвета без пор. Проведите дифференциальную диагностику. Тактика врача.
2. К врачу-стоматологу-ортопеду обратилась пациентка Д. 59 лет. Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи. Развитие настоящего заболевания: зубы удалялись в течение жизни по поводу пародонтита, кариеса и его осложнений; протезами ранее не пользовалась. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, ангулярный хейлит, открывание рта свободное, безболезненное. При осмотре полости рта выявлено:

* Альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован;
* Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый. Позадимолярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон; свод твёрдого нёба выпуклый. Нёбо плоское. –
* Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка.
* Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах.
* Позадимолярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность. Все зубы отсутствуют

Поставьте развёрнутый диагноз. Сформулируйте задачи ортопедического лечения. Перечислите клинические этапы изготовления съёмного пластиночного протеза при полном отсутствии зубов. Объясните возникновение ангулярного хейлита. Перечислите фазы адаптации к съёмным протезам.

1. Больному П., 72лет при припасовке жесткой индивидуальной ложки на беззубую верхнюю челюсть с помощью функциональных проб по Гербсту выяснилось: смещение оттискной ложки при открывании рта; сбрасывание ложки при вытягивании губ трубочкой.

Причина смещения ложки при пробах и область коррекции.

1. Больной Т., 68 лет обратился в клинику с жалобами на «балансирование» полных съемных протезов во время жевательных движений. Из анамнеза выяснено: полными протезами пользуется 8 дней. «Балансирование», «опрокидывание» протезов во время еды заметил сразу. Фиксация протезов верхней челюсти - хорошая, нижней челюсти – удовлетворительная.

Какой важный функциональный аспект нарушен врачом и зубным техником при постановке искусственных зубов?

1. Больной Ш., 60 лет обратился в клинику с жалобами на «прикусывания языка» во время разговора и приема пищи. Из анамнеза: полные протезы на обе челюсти наложены 5 дней назад. Ранее пользовался полными съемными протезами в течение 4 лет. Задание: 1) Объясните возможные причины возникшей жалобы. 2) Опишите варианты устранения возникших жалоб.
2. Больному В., 69 лет в процессе припасовки жесткой индивидуальной ложки на беззубую нижнюю челюсть с помощью функциональных проб по Гербсту выяснилось: после введения ложки в полость рта и наложении на протезное ложе при полуоткрытом рте ложка не остается на месте.

Каковы действия врача? После соответствующей коррекции, а именно какой? ложка фиксируется на челюсти. При проведении 2-ой пробы – глотание – ложка «сбрасывалась». Причина «сбрасывания» ложки и зона коррекции.