

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Ортопедической стоматологии

**ФОНД  
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

## Перечень оценочных материалов

### *Раздел 1. Протезирование дефектов зубов*

#### **Тема 1 Клинические специальные методы исследования ортопедического больного. Диагноз и план ортопедического лечения. Дефекты твёрдых тканей зуба. Этиология, клиника, классификация полостей.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клинические и специальные методы исследования в ортопедической стоматологии. Диагноз предварительный и клинический.
2. Планирование ортопедического лечения патологии твердых тканей зубов.
3. Дефекты твердых тканей зуба. Этиология, клиника, классификация полостей.
4. Показания и противопоказания к применению пластмассовых коронок.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассовых коронок.
6. Цельнолитые металлические и комбинированные искусственные коронки.
7. Показания и противопоказания к применению цельнолитых и металлокерамических коронок.
8. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых и металлокерамических коронок.
9. Цельнокерамические искусственные коронки.
10. CAD-CAM-технологии.

#### **Тема 2 Вкладки и полукоронки. Показания к их применению, методы изготовления. Возмещение дефектов твердых тканей зубов искусственными коронками. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованной металлической коронки. Комбинированные штампованные коронки.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Вкладки и полукоронки. Показания к их применению, методы изготовления.
2. Возмещение дефектов твердых тканей зубов искусственными коронками. Принципы препарирования полостей под вкладки и коронки.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованной металлической коронки.
4. Комбинированные штампованные коронки.

##### Тестовый контроль:

1. К какому классу по Блэку относят кариозные полости, расположенные на жевательной поверхности моляров и премоляров?

- c) = к 1-му;
- d) 2-му;
- e) 3-му;
- f) 4-му;
- g) к 5-му.

2. Какие слепочные материалы используются при изготовлении вкладок непрямым методом?

- c) гипс;
- d) репин;

- e) = сизласт-05;
- f) упин;
- g) все перечисленные.

3. Вкладки используются для восстановления дефектов коронок:

- c) фронтальных зубов;
- d) жевательных зубов;
- e) = всех перечисленных.

4. К какому классу по Блэку относятся кариозные полости, расположенные на аппроксимальных поверхностях моляров и премоляров?

- c) к 1-му;
- d) = 2-му;
- e) 3-му;
- f) 4-му;

5. При каких классах полостей по Блэку формируется выпуклое дно?

- c) 1;
- d) 2;
- e) 3;
- f) 4;
- g) = к 5

6. Асимметричность полости под вкладку создается с целью:

- c) повышения устойчивости вкладки;
- d) перераспределения давления;
- e) = облегчения поиска пути введения вкладки.

7. Дивергенция стенок полости 1 класса по Блэку допускается:  
при неглубоких полостях;

- c) = глубоких полостях;
- d) при полостях с истонченными стенками.

8. К какому классу по классификации Курляндского относится полость, расположенная на медиальной аппроксимальной поверхности шестого правого зуба верхней челюсти?

- c) = к 1-му;
- d) 2-му;
- e) к 3-му.

9. Культевые штифтовые вкладки применяются для опорных коронок мостовидного протеза:

- c) = да;
- d) нет;
- e) только на фронтальные зубы.

10. К какому классу по Блэку относят кариозные полости, расположенные в пришеечной области?

- c) к 1-му;
- d) 2-му;

- e) 3-му;
- f) 4-му;
- g) = к 5-му.

11. К IV классу полостей по Блеку относятся:

пришеечные полости;

- c) = полости на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности угла режущего края;
- d) полости в естественных фиссурах и ямках;
- e) полости на контактных поверхностях зубов.

12. Можно ли при изготовлении вкладки обратным способом снимать оттиски альгинатными массами?

- c) да;
- d) = нет;
- e) да, если сразу отлить модель.

13. При препаровке полости под вкладку стенки должны быть:

- c) = параллельными;
- d) конвергировать;
- e) дивергировать.

14. Длина корневой части культевой штифтовой вкладки двухкорневого зуба может:

- c) = быть больше высоты предполагаемой конструкции;
- d) быть меньше высоты предполагаемой конструкции;
- e) составлять высоту предполагаемой конструкции.

### Ситуационные задачи

#### **Задача №1.**

Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба.

В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Прикус ортогнатический. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целостности угла коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная.

Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда.

2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в % . Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?
4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?
5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.
6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

**Задача №2.** Больная М., 25 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на дефект пломбы в боковом зубе на нижней челюсти справа. Объективно: конфигурация лица не нарушена, асимметрии, припухлости лица нет. Слизистая оболочка преддверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. Зубная формула;

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

**П**

Прикус прямой: В 46 – пломба занимает более ½ жевательной поверхности, переходящая на дистальную поверхность, пломба смещает контактный пункт между 47 и 46 отсутствует, после ее удаления дно и стенки полости плотные, зондирование безболезненное по дну, отмечается болезненность при зондировании эмалево-дентальной границы, реакция на холод положительная быстропроходящая. Перкуссия безболезненная, зуб устойчив. Зуб по сравнению с рядом стоящими зубами в цвете не изменен. На R – грамме периапикальных изменений нет, периодонтальная щель не расширена.

Из анамнеза: Кариозная полость появилась два года назад, после пломбирования больная отмечала дискомфорт в результате попадания пищи между 47 и 46.

1. Поставить диагноз, с учетом классификации по Блеку и ИРОПЗ.
2. Выберите конструкцию микропротеза.
3. Перечислите показания к изготовлению вкладки.
4. Назовите особенности формирования полости под вкладку.
5. Перечислите возможные конструкционные материалы для вкладок.
6. Назовите клиничко-лабораторные этапы изготовления металлической вкладки.

**Задача №3**

Больной П., 43 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на невозможность пережевывания пищи в результате травмы языка острым краем искусственной коронки.

В полости рта: Слизистая оболочка преддверия и полости рта без патологических изменений, умеренной влажности. На правой боковой поверхности языка, а также в области язычной поверхности маргинального края слизистой оболочки в проекции 44 отмечаются эрозированные, гиперемированные участки слизистой оболочки. Зубная формула:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

**К**

Прикус ортогнатический. Коронка 44 не соответствует клиническим требованиям, короткая, не плотно охватывает шейку зуба, изготовлена 14 лет назад. После снятия коронки зуб изменен в цвете, пломбирован, устойчив, перкуссия безболезненная, реакция на холод отрицательная.

Из анамнеза: перед изготовлением коронки 44 был лечен по поводу кариеса, под коронкой зуб не беспокоил.

1. Поставьте диагноз. Дальнейшая Ваша тактика по лечению данного больного.
2. Требуется ли дополнительное обследование, обоснуйте свой ответ.

3. Перечислите возможные в данном случае ортопедические конструкции.
4. Классификация несъемных протезов.
5. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.
6. Клинико – лабораторные этапы изготовления цельнолитой коронки.
7. Определение индекса ИРОПЗ.

#### **Задача №3**

Во время протезирования зубов больной М. 23 лет внезапно потерял сознание, при этом наблюдалось резкое, побледнение кожных покровов, холодный пот, похолодание конечностей, значительное урежение пульса и дыхания, снижения кровяного давления. Такое состояние продлилось не более 2 мин. Какой диагноз вы поставите этому больному? Ваша тактика?

#### **Задача №4**

Больному 40 лет изготавливается металлическая вкладка на 47 зуб, в котором имеется дефект твердых тканей II класс по Блэку. Укажите какие профилактические мероприятия необходимо провести для предотвращения возникновения вторичного кариеса.

#### **Задача №5**

При накладывании коронки на зуб, десна вокруг шейки зуба бледнеет, а при снятии коронки из зубо-десневого кармана появляется кровь. Чья ошибка привела к этому осложнению. Как его устранить?

#### **Задача №6**

После препарирования зуба под искусственную коронку, при осмотре выявлен выраженный экватор с оральной стороны, жевательная поверхность гладкая. Какие ошибки допущены при препарировании зуба? Ваша тактика?

#### **Задача №7**

После моделирования вкладки прямым методом не удалось извлечь композицию вкладки из полости. В чем заключается ошибка врача?

#### **Задача №8**

После формирования полости для изготовления вкладки врач приступил к моделированию из воска вкладки непосредственно в полости рта. Однако при выведении восковой модели вкладки из полости она сломалась. Повторное моделирование не принесло успеха. Каким методом воспользовался врач для изготовления вкладки? Какая ошибка допущенная врачом повлекла за собой поломку восковой модели вкладки и как исправить ошибку?

#### **Задача №9**

При припасовке коронки 16 врач отмечает, что она заужена. С помощью наковальни и молоточка коронка была расширена. При повторной припасовке, коронка с трудом прошла экваторную часть зуба и погрузилась в слизистую оболочку десны. Какова тактика врача? Какие были допущены ошибки и кем?

#### **Задача №10**

При накладывании коронки на зуб десна вокруг шейки зуба бледнеет, а при снятии коронки из зубо-десневого кармана появляется кровь. Чья ошибка привела к этому осложнению? Как его устранить?

#### **Задача №11**

При обследовании больного врач обнаружил, что металлическая коронка на клыке широка и коротка. После снятия этой коронки оказалось, что зуб полностью декальцинирован из-за длительного свободного доступа слюны. Ваши действия

#### **Задача 12**

После препарирования под искусственные коронки 11, 13, 15 больной явился к стоматологу через неделю, с жалобами на самопроизвольные в области 11, 13, усиливающиеся ночью от температурных раздражителей. Поставьте диагноз осложнения. Следствием чего явилось указанное осложнение, можно ли было избежать его, если да, то как?

### **Тема 3 Протезирование при значительном разрушении коронки зуба: штифтовые зубы, культевые коронки.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Протезирование при значительном разрушении коронки зуба: штифтовые зубы, культевые коронки.
2. Требования к штифту и каналу корня зуба для изготовления штифтовых конструкций.
3. Особенности анатомической формы коронок нижних вторых премоляров
4. Особенности анатомической формы коронок нижних вторых моляров.
5. Анатомические особенности коронок верхних моляров
6. Прямой и косвенный методы изготовления культевых штифтовых вкладок.
7. Анатомические особенности коронок верхних моляров
8. Показания к протезированию штифтовыми зубами.
9. Анатомические особенности коронок нижних моляров
10. Анатомические особенности коронок верхних резцов

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Разработать твердые ткани зуба для культевой штифтовой вкладки.
2. Изготовить восковую репродукцию для культевой вкладки со штифтом.

#### Ситуационные задачи

##### **Задача №1**

В клинику обратился больной И. 22 лет с жалобами на боли в области передних зубов верхней челюсти, эстетический дефект вследствие отлома коронковой части левого верхнего центрального резца. В анамнезе – острая травма, произошедшая около 12 часов назад.

Объективно: При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области верхней губы. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области 21 зуба гиперемирована, отечна, с очагами кровоизлияния, болезненна при пальпации. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке верхней губы.

Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12345678

Прикус ортогнатический. Наблюдается отлом 2/3 коронки 21 зуба, зондирование, пальпация, перкуссия резко болезненны. 21 зуб имеет патологическую подвижность I-II степени. На рентгенограмме определяется поперечный перелом корня 21 зуба на уровне средней трети, с незначительным смещением отломков пришеечного фрагмента дистально.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Классификации травматических повреждений зубов.
3. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба.
4. Расскажите клинично-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом для лечения переломов корней зубов.

##### **Задача №2**

В клинику обратился больной Т. 34 лет с жалобами на эстетический дефект вследствие частичного разрушения коронковой части верхнего бокового резца слева, периодическое выделение гноя из десны над этим зубом.

Из анамнеза выявлено, что ранее пациент неоднократно обращался к стоматологу для лечения данного зуба, последний раз 3 месяца назад, когда зуб был восстановлен с применением внутрикорневого штифта и композиционного материала световой полимеризации. Со слов пациента рентгенографическое исследование не проводилось, после завершения лечения периодическое выделение гноя из десны продолжалось.

Объективно: При внешнем осмотре лицо – овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное.

Данные осмотра полости рта. С вестибулярной поверхности в проекции верхушки корня 22 на слизистой оболочке определяется отверстие свищевого хода. Слизистая оболочка вокруг отверстия свищевого хода гиперемирована, отечна, при надавливании появляется скудное гнойное отделяемое.

Зубная формула:

П	П
87654321	12345678
87654321	12345678
П	П

Прикус ортогнатический. Коронковая часть 2 имеет дефект, частично заполненный пломбировочным материалом. Перкуссия слабо болезненна, патологической подвижности нет. На рентгенограмме корневой канал запломбирован не до верхушечного отверстия, в канале находится активный штифт, незначительно отклоняющийся от направления корневого канала, глубина погружения штифта составляет не более 1/4 длины корня. Вокруг верхушки корня в альвеолярной кости - разрежение 2-3 мм в диаметре с нечеткими границами. Дефекты твердых тканей

1.б.

4.б. 3.б.

восстановлены пломбами, отвечающими предъявляемым требованиям.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите допущенные ошибки, предложите возможные варианты врачебной тактики.

3. Назовите этапы восстановления коронковой части зуба с применением стандартных штифтов. Детализируйте каждый этап.

4. Перечислите виды выпускаемых стандартных штифтов.

5. Назовите материалы, применяемые для изготовления стандартных штифтов.

6. Назовите материалы, применяющиеся для создания культи зуба вокруг стандартного штифта.

### **Задача №3**

После вскрытия рабочей модели зубным техником обнаружено большое количество пор в пределах границ протезного ложа. Какова тактика техника и врача. Укажите меры по профилактике подобных ошибок.

### **Задача №4**

У больного отсутствует 2.1, 1.1 разрушен до уровня десневого края. На R-грамме канал зуба 1.1 запломбирован до верхушечного отверстия. Составте план лечения.

### **Задача №5**

Во время протезирования зубов больной М. 23 лет внезапно потерял сознание, при этом наблюдалось резкое, побледнение кожных покровов, холодный пот, похолодание конечностей, значительное урежение пульса и дыхания, снижения кровяного давления. Такое состояние продлилось не более 2 мин. Какой диагноз вы поставите этому больному? Ваша тактика?

### **Задача №6**

Больной Г., явился с жалобами на эстетическую неудовлетворенность из – за разрушения коронки



11. При обследовании выявилось, что коронка 11 разрушена на  $\frac{3}{4}$ , корень 11 устойчив. Рентгенологически – канал корня запломбирован до верхушки. Составьте план ортопедического лечения.

**Задача №7**

Жалобы больного связаны с отломом коронки 11. Отлом коронки до уровня десневого края. Твердые ткани корня частично прикрыты десной. Ваш план лечения.

**Задача №8**

Больной М., обратился в клинику с жалобами на косметический дефект в области фронтальной группы зубов верхней челюсти. При осмотре врач выявил отсутствие / 1 2, разрушенность коронковой части 1 /, более чем  $\frac{2}{3}$ . Составьте план лечения.

**Задача №9**

Больной И., предъявляет жалобы на болезненность в области 11. Объективно: 11 разрушен, корень выступает над уровнем десны на 1–2мм, перкуссия слабopоложительна. На рентгенограмме 11 канал не запломбирован. Патологических изменений на верхушке корня нет. Перидонтальная щель слегка расширена. Составьте план лечения.

**Задача №10**

Зуб отломан до половины, рентгенологически: канал запломбирован до верхушки, остальные зубы интактны. Поставьте диагноз. Выберите конструкцию протеза.

**Задача №11**

Жалобы больного связаны с отломом коронки 1.1. Отлом коронки до уровня десневого края. Твердые ткани корня частично прикрыты десной. Ваш план лечения.

**Задача №12**

Больной М., обратился в клинику с жалобами на косметический дефект в области фронтальной группы зубов верхней челюсти. При осмотре врач выявил отсутствие 12, разрушенность коронковой части 11, более чем  $\frac{2}{3}$ . Составьте план лечения.

**Задача №13**

Больная М., 50 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетическую неудовлетворенность. Объективно: имеется небольшая стертость коронок 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план ортопедического лечения.

#### **Тема 4 Пластмассовые искусственные коронки. Металлокерамические искусственные коронки.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Пластмассовые искусственные коронки.
2. Показания и противопоказания к применению пластмассовых коронок.
3. Принципы препарирования твердых тканей зубов под пластмассовые коронки.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассовых коронок.
5. Цельнолитые металлические и комбинированные искусственные коронки.
6. Показания и противопоказания к применению цельнолитых и металлокерамических коронок.
7. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых и металлокерамических коронок.

##### Тестовый контроль:

1. Пластмассовая коронка по отношению к краям десны должна располагаться
  - c) не доходя до десны на 0,3-0,5мм,
  - d) не доходя до десны на 1,0мм,
  - e) под десной на 0,2-0,3мм,
  - f) =на уровне с десной.
  
2. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,9, является показанием к изготовлению
  - c) полукоронки
  - d) = штифтовой конструкции
  - e) вкладки
  - f) экваторной коронки
  
3. Индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба, равный 0,45, является показанием к изготовлению
  - c) Полукоронки
  - d) штифтового зуба
  - e) экваторной коронки
  - f) =вкладки
  
4. Препарирование зуба под коронку проводят:
  - c) твёрдосплавными борами
  - d) карборундовыми фрезами
  - e) металлическими фрезами
  - f) =алмазными борами
  
5. Количество удаляемых твёрдых тканей зуба по окклюзионной поверхности под искусственную коронку зависит от:
  - c) фиксирующего материала
  - d) =конструкции коронки
  - e) возраста пациента
  - f) анатомической формы зуба
  
6. Моделирование вкладки непрямым методом проводится:
  - c) на оттиске
  - d) на бумаге
  - e) в полости рта
  - f) =на разборной гипсовой модели
  
7. Для восстановления анатомической формы зуба на гипсовой модели применяют воск:
  - c) =моделировочный для мостовидных протезов
  - d) базисный
  - e) липкий
  - f) лавакс
  
8. Матричная технология изготовления провизорных коронок и мостов предусматривает использование:
  - c) безакриловых композитов;

- d) =акриловых пластмасс;
- e) виниловых пластмасс.

9. Методика литьевого прессования базисных пластмасс обеспечивает:  
высокую точность;

- c) минимальное количество остаточного мономера;
- d) минимальную полимеризационную усадку;
- e) = все перечисленное.

10. Цель создания уступа при препарировании зуба под пластмассовую коронку: а) для предупреждения травмы пульпы;

- c) = исключения контакта пластмассы со слизистой;
- d) профилактики кариеса;
- e) для предупреждения расцементировки коронки;
- f) все перечисленное.

11. ИРОПЗ (по Миликевичу) представляет собой

- c) площадь разрушенной поверхности зуба;
- d) площадь сохранившейся поверхности зуба;
- e) соотношение размера одной из поверхностей зубов к площади «полость–пломба»;
- f) =соотношение размеров площади «полость–пломба» и жевательной поверхности зуба.

#### Ситуационные задачи

##### ***Задача №1.***

После препарирования под пластмассовые коронки 1.3, 1.5, пациент явился к стоматологу через день с жалобами на самопроизвольные боли в области 1.3, усиливающиеся ночью, боли от температурных раздражителей. Поставьте диагноз осложнения. Следствием чего явилось указанное положение? Как можно было избежать его?

##### ***Задача №2.***

Стоматолог-ортопед перед определением центральной окклюзии осмотрел поступившие из зуботехнической лаборатории рабочие модели с восковыми базисами и прикусными валиками. Им было выявлено неплотное прилегание верхнего и нижнего базисов к модели, отсутствие армирующей проволоки, резкий переход базисов в окклюзионные валики. Ширина валиков во фронтальном участке 0,5мм, в боковом- 1,0мм. Какие ошибки допущены зубным техником? Можно ли определять на изготовленных валиках центральную окклюзию?

##### ***Задача №3.***

Вы начали определять центральную окклюзию у больного с частичным отсутствием зубов на верхней челюсти. Вы ввели восковый базис с окклюзионными валиками в рот и предложили пациенту сомкнуть челюсти. При этом Вы обнаружили, что зубы антагонисты смыкаются, а между восковым валиком и зубами н/ч имеется просвет шириной до 3 – 4 мм. Ваши действия?

##### ***Задача №4.***

При накладывании коронки на зуб, десна вокруг шейки зуба бледнеет, а при снятии коронки из зубо-десневого кармана появляется кровь. Чья ошибка привела к этому осложнению. Как его устранить?

##### ***Задача №5.***

После препарирования зуба под искусственную коронку, при осмотре выявлен выраженный экватор с оральной стороны, жевательная поверхность гладкая. Какие ошибки допущены при препарировании зуба? Ваша тактика?

### **Задача №6.**

Через месяц после наложения мостовидного протеза на / 5 8 , пациент обратился к врачу с жалобой на откол облицовочного материала искусственных зубов / 6 7. Что могло привести к данному осложнению? Какова тактика врача.

### **Задача №7.**

Больной Х., 42 года, явился с жалобой на частую расцементировку пластмассовых коронок на 11, 21. Коронки изготовлены два года назад. За это время они расцементировались четырежды. Объективно: искусственные пластмассовые коронки изменены в цвете, культи зубов конической формы и выступают над десной на 2–2,5мм. Перкуссия слегка болезненна. На вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в проекции корня выявлен свищ. Поставьте диагноз и составьте план лечения.

## **Тема 5 Цельнокерамические искусственные коронки. CAD-CAM-технологии.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Цельнокерамические искусственные коронки.
2. CAD-CAM-технологии.
3. Дефекты коронок зубов, их классификация.
4. Виды зубных протезов, восстанавливающих анатомическую форму зубов.
5. Искусственные коронки, их виды, показания к применению.
6. Клинические требования, предъявляемые к искусственным коронкам
7. Правила препарирования твердых тканей зубов. Виды и обоснование выбора шлифующих инструментов. Методы обезболивания при препарировании.

## **Тема 6. Эстетика и косметика в ортопедической стоматологии. Принципы эстетического оптимума отдельных зубов, зубных рядов и прикуса. Характеристика эстетических параметров конструкционных материалов.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методика обследования пациентов с оценкой эстетических и функциональных нарушений.
2. Диагностические критерии эстетики зубов.
3. Диагностические критерии эстетики зубных рядов .
4. Диагностические критерии эстетики лица.

## **Раздел 2. Протезирование дефектов зубных рядов мостовидными конструкциями**

### **Тема 1 Частичное отсутствие зубов. Этиология. Клиническая характеристика. Формулирование диагноза.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клинико-лабораторная последовательность изготовления паяного мостовидного протеза с комбинированной промежуточной частью (металл и пластмасса).
2. Техника моделирования промежуточной части мостовидного протеза.
3. Техника изготовления пластмассового мостовидного протеза.
4. Мостовидный протез с опорами на комбинированные коронки, клинико-лабораторная последовательность изготовления.
5. Мостовидные цельнолитые протезы, составные части, клинико-лабораторная последовательность изготовления.

**Тема 2 Принципы зубного протезирования мостовидными конструкциями при лечении пациентов с частичным отсутствием зубов. Клинико-лабораторные этапы ортопедического лечения больных при помощи штамповано-паяных мостовидных протезов.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Техника моделирования комбинированной (металл с пластмассой) промежуточной части мостовидного протеза
2. Клинические этапы изготовления мостовидного протеза с опорами на штампованные коронки
3. Техника моделирования цельнометаллической промежуточной части мостовидного протеза
4. Требования, предъявляемые к правильно отпрепарированным зубам под мостовидный протез.

Тестовый контроль:

1. Методы изготовления мостовидных протезов:

паяные;

- с) цельнолитые;
- d) спаечные;
- e) = все перечисленные.

2. Касательная конструкция промежуточной части паяного мостовидного протеза создается:

- с) = во фронтальном участке;
- d) в боковых отделах;
- e) всё вышеперечисленное.

3. Штампованно-паяные мостовидные протезы изготавливают из сплавов: хромоникелевой стали;

- с) = кобальтохромовой стали;
- d) титана.

4. Промывная часть паяного мостовидного протеза для фронтальной группы зубов должна иметь форму:

- с) = касательную;
- d) промывную;
- e) седловидную.

5. Промывная конструкция промежуточной части паяного мостовидного протеза создается:

- с) = во фронтальном участке;
- d) в боковых отделах;
- e) все вышеперечисленные.

6. Какую конструкцию промежуточной части паяных мостовидных протезов целесообразно использовать в области жевательных зубов?

- с) седловидную;
- d) касательную;
- e) = промывную.

7. У пациента на верхней челюсти сохранен только |3 зуб. Укажите тип дефекта по классификации Гаврилова:

- c) =1;
- d) 2;
- e) 3;
- f) 4

8. У пациента на верхней челюсти сохранены 321 | 123 зубы. Укажите тип дефекта по классификации Кеннеди:

- c) 1;
- d) =2;
- e) 3;
- f) 4

9. У пациента на верхней челюсти имеется только 1 |. Укажите класс дефекта по Гаврилову:

- c) = 1;
- d) 2;
- e) 3;
- f) 4

10. Какие инструменты и оборудование используются для моделировки промежуточной части мостовидного протеза?

паяльный аппарат;

- c) = шпатель;
- d) наковальня;
- e) шлифовальный круг

11. Усадочные раковины при литье образуются из-за: а) неполного выгорания воска;

- c) недостаточного обжига формы;
- d) неправильного размещения литников;
- e) недостаточного центробежного уплотнения;
- f) = всех перечисленных причин.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1.**

Готовый мостовидный протез невозможно наложить на опорные зубы. При препарировании опорных зубов были соблюдены все правила. Чья ошибка и в чем заключается?

##### **Задача №2.**

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Ваш план ортопедического лечения.

### **Задача №3.**

Больной 49 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на подвижность верхних зубов, затруднение при приеме пищи. В течение 2-х лет находится на диспансерном учете у пародонтолога. Ежегодно проводился курс терапевтического лечения.

Объективно:

80000321 12340008

87004321 12345670

Дефект зубного ряда на верхней челюсти замещен съемным пластиночным протезом с кламмерной фиксацией на 18, 13, 14, 18, на нижней челюсти – мостовидным с опорой на 47 и 44. Воспаление десневого края, гноетечение, кровоточивость, наличие патологических десневых карманов, подвижность зубов I-II степени. На ортопантограмме: отсутствие межзубных перегородок, неравномерная атрофия костной ткани в области всех зубов на 1/3-в области передних и 1/2 длины корней в области боковых зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план и лечения.
2. Сосудисто-биохимическая теория возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта (по В.Н. Копейкину).
3. Импедансная плетизмография (реопародонтография) в диагностике пародонтита и пародонтоза.
4. Сравнительная характеристика методов полярографии и фотоплетизмографии в оценке капиллярного кровотока пародонта.

### **Задача №4.**

Больная 55 лет обратилась с жалобами на подвижность передних зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубной щеткой. При осмотре полости рта отмечается подвижность передних зубов в области 321/123 первой степени. На ортопантограмме: сглаженность вершин межзубных перегородок, резорбция костной ткани в области передних зубов верхнего и нижнего зубного ряда на 2/3 длины корня. Зубная формула

876543212345678

0700432 12345678

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какая конструкция протеза обеспечивает разгрузку на фронтальных зубах нижней челюсти.
3. Назовите показания к депульпированию зубов при заболеваниях пародонта.
4. Каково терапевтическое значение гальванического покрытия золотом шинирующих бюгельных протезов.
5. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Зубная формула:

87654321 12345678

00000321 12340000

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины и механизм развития данного заболевания.
3. Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.
4. Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Тема 3 Ортопедическое лечение больных цельнолитыми мостовидными протезами и литыми конструкциями с облицовкой.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- 1) Какие дефекты зубных рядов различают?
- 2) От чего зависит величина и направление нагрузки на пародонт опорных зубов?
- 3) Показания к применению несъемных протезов?
- 4) Противопоказания к применению несъемных протезов?
- 5) Опорные элементы мостовидных протезов?

#### Тестовый контроль:

1. Показания к протезированию мостовидным протезом с частичной потерей зубов определяются:  
желание больного;  
с) состоянием опорного аппарата зубов, видом прикуса;  
d) величиной и топографией дефекта зубного ряда, видом прикуса;  
e) = видом дефекта, его величиной и топографией, видом прикуса, состоянием парадонта зубов, пограничных с дефектом зубного ряда;  
f) видом дефекта и прикуса, состоянием парадонта зубов, пограничных с дефектом;
2. Методы изготовления мостовидных протезов:  
с) паяные;  
d) цельнолитые;  
e) беспаячные;  
f) = все перечисленные.
3. Касательная конструкция промежуточной части паяного мостовидного протеза создается:  
с) = во фронтальном участке;  
d) в боковых отделах;  
e) всё вышеперечисленное.
4. Промежуточную часть мостовидного протеза отливают из сплава марки:  
с) = ПД-190;  
d) ПД-250;  
e) золото 900-й пробы.



5. Штампованно-паяные мостовидные протезы изготавливают из сплавов:
- c) хромоникелевой стали;
  - d) = кобальтохромовой стали;
  - e) титана
6. Промежуточная часть паяного мостовидного протеза для фронтальной группы зубов должна иметь форму:
- c) = касательную;
  - d) промывную;
  - e) седловидную.
7. Промывная конструкция промежуточной части паянного мостовидного протеза создается:
- c) во фронтальном участке;
  - d) = в боковых отделах;
  - e) все вышеперечисленные.
8. Какую конструкцию промежуточной части паяных мостовидных протезов целесообразно использовать в области жевательных зубов?
- c) седловидную;
  - d) касательную;
  - e) = промывную
9. Что включают в себя этапы подготовки коронок и промежуточной части к пайке:
- зачистку спаиваемых поверхностей;
- c) склеивание коронок и промежуточной части между собой воском;
  - d) загипсовку деталей в гипсовый блок;
  - e) = все перечисленное.
10. Какие инструменты и оборудование используются для моделировки промежуточной части мостовидного протеза?
- c) паяльный аппарат;
  - d) = шпатель;
  - e) наковальня;
  - f) шлифовальный круг.
11. От каких факторов зависит прочность соединения коронок с промежуточной частью мостовидного протеза?
- c) от площади спаиваемой поверхности;
  - d) чистоты этих поверхностей
  - e) зазора между зубами и коронками;
  - f) = от всех перечисленных.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1.**

После изготовления мостовидного протеза, у которого опорные элементы и тело облицованы пластмассой, врач определил попадание полировочного материала в пластмассу, который при протирании ватным тампоном, смоченным в спирте, не удаляется. Что привело к данному осложнению? Какова тактика врача?

##### **Задача №2.**

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании

рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальная диагностика.
5. Ваш план ортопедического лечения.

### ***Задача №3.***

Больной 49 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на подвижность верхних зубов, затруднение при приеме пищи. В течение 2-х лет находится на диспансерном учете у пародонтолога. Ежегодно проводился курс терапевтического лечения.

Объективно:

80000321 12340008

87004321 12345670

Дефект зубного ряда на верхней челюсти замещен съемным пластиночным протезом с кламмерной фиксацией на 18, 13, 14, 18, на нижней челюсти – мостовидным с опорой на 47 и 44. Воспаление десневого края, гноетечение, кровоточивость, наличие патологических десневых карманов, подвижность зубов I-II степени. На ортопантограмме: отсутствие межзубных перегородок, неравномерная атрофия костной ткани в области всех зубов на 1/3-в области передних и 1/2 длины корней в области боковых зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план и лечения.
2. Сосудисто-биохимическая теория возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта (по В.Н. Копейкину).
3. Импедансная плетизмография (реопародонтография) в диагностике пародонтита и пародонтоза.
4. Сравнительная характеристика методов полярографии и фотоплетизмографии в оценке капиллярного кровотока пародонта.

### ***Задача №4.***

Больная 55 лет обратилась с жалобами на подвижность передних зубов на нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубной щеткой. При осмотре полости рта отмечается подвижность передних зубов в области 321/123 первой степени. На ортопантограмме: сглаженность вершин межзубных перегородок, резорбция костной ткани в области передних зубов верхнего и нижнего зубного ряда на 2/3 длины корня. Зубная формула

876543212345678

0700432 12345678

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какая конструкция протеза обеспечивает разгрузку на фронтальных зубах нижней челюсти.
3. Назовите показания к депульпированию зубов при заболеваниях пародонта.
4. Каково терапевтическое значение гальванического покрытия золотом шинирующих бюгельных протезов.
5. В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Зубная формула:

87654321 12345678

00000321 12340000

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины и механизм развития данного заболевания.
3. Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.
4. Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

#### **Задача №5.**

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12340078

Прикус ортогнатический. Имеется деформация акклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания 5. Альвеолярный отросток в области 5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов 5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.
5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №6.**

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа. Данные анамнеза: Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87004321 12345678  
00054321 12345678

Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания 87 и 5зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87 зубов увеличен, корни этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5 обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 87 и 5 зубы на 1/2 коронки пересекают окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.
2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.
3. Составьте план лечения с учетом выносливости пародонта.
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.
5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №7.**

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад.

Причиной потери зубов явился осложненный кариес.

Объективно:

87004321 12340078  
07654321 12345000

Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Указать причину возникновения деформаций.
3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.

4. Составьте план лечения.

#### **Тема 4 Металлокерамические и металлопластмассовые мостовидные протезы, их характеристика, положительные и отрицательные свойства.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Положительные свойства металлокерамических мостовидных протезов?
2. Отрицательные свойства металлопластмассовых мостовидных протезов?
3. Показания для протезирования зубов мостовидными протезами?
4. Характеристика металлокерамических мостовидных протезов?
5. Характеристика металлопластмассовых мостовидных протезов?

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Препарирование опорных зубов под металлокерамический мостовидный протез.
2. Получение двуслойного оттиска.
3. Припасовка конструкции металлокерамического протеза.

#### **Тема 5 Цельнокерамические мостовидные протезы. CAD-CAM-технологии.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Что такое CAD -CAM?
2. Преимущества CAD-CAM?
3. Этапы изготовления зубных протезов?
4. Виды цельнокерамических мостовидных протезов в зависимости от глубины проникновения в них света?
5. Преимущества цельнокерамических протезов по сравнению с металлокерамическими?

#### **Тема 6 Реализация эстетических закономерностей при конструировании традиционных несъемных зубных протезов.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Конструирование традиционных несъемных зубных протезов.
2. Какие три типа лица различают в зависимости от строения зубочелюстной системы.
3. Основные компоненты улыбки.
4. Что имеет важное значение в формировании нормальной улыбки.
5. От чего зависит архитектура лица.

### ***Раздел 3. Дентальная имплантология при частичном отсутствии зубов***

#### **Тема 1 Общие представления о дентальной имплантации. Организационные аспекты. История развития морфологическое обоснование.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Определение понятия имплантат.
2. Строение и классификация имплантов.
3. Показания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.

4. Противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.
5. Какие различают виды плотности кости.

**Тема 2 Методы дентальной имплантации как арсенал подготовки пациентов к зубному протезированию. Методы обследования больных в дентальной имплантологии.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы обследования больных в дентальной имплантологии.
2. Метод дентальной имплантации.
3. Ошибки и осложнения после протезирования на имплантах.
4. Требования к протезированию на дентальных имплантатах.
5. Гигиенические мероприятия необходимые при наличии в полости рта ортопедической конструкций на дентальных имплантатах.

Тестовый контроль:

1. Из инструментально-лабораторных методов диагностики при планировании протезирования на имплантатах обязательным является:
  - с) Прицельная рентгенография участка протезирования
  - d) =Ортопантомография и томография челюстей.
  - e) Электроромеография и панорамная рентгенография
  - f) МРТ
2. Изучение диагностических моделей при планировании протезирования на имплантатах позволяет:
  - с) планировать расположение имплантатов в челюсти.
  - d) =оценить характер окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и планировать конструкцию протеза.
  - e) Рассчитать количество необходимых имплантатов
  - f) Рассчитать размеры имплантатов
3. По биосовместимости имплантационных материалов различают:
  - с) Металлические, пластмассовые, керамические и комбинированные
  - d) циркониевые и керамические
  - e) =Биотолерантные, биоинертные и биоактивные
  - f) Биотолерантные, инертные, активные
4. К биотолерантным имплантационным материалам относят:
  - с) титан, углерод, никелид титана
  - d) =нержавеющая сталь, КХС
  - e) гидроксиапатит, стеклокерамика
  - f) трикальци-фосфат
5. К биоинертным имплантационным материалам относят:
  - с) = титан, углерод, никелид титана
  - d) нержавеющая сталь, КХС
  - e) трикальци-фосфат
  - f) гидроксиапатит, стеклокерамика

6. К биоактивным имплантационным материалам относят:

- c) титан, никелид титана
- d) кобальт-хромовый сплав
- e) =трикальци-фосфат, гидроксиапатит, стеклокерамика
- f) нержавеющая сталь

7. Имплантаты по форме различают:

- c) беспористые и пористые
- d) без эффекта памяти формы и с эффектом памяти формы
- e) поверхностно-пористые и со сквозной пористостью
- f) = цилиндрические, винтообразные, пластинчатые и конусовидные

8. По свойству материала имплантаты могут быть :

- c) = без эффекта памяти формы и с эффектом памяти формы
- d) беспористые и поверхностно-пористые, со сквозной пористостью
- e) биосовместимые и бионесовместимые
- f) биоактивные и биосовместимые

9. По сроку имплантации имплантаты разделяют на:

- c) =непосредственные и отсроченные
- d) непосредственные и опосредованные
- e) срочные и бессрочные
- f) долгосрочные и недолгосрочные

10. Отсроченной называют имплантацию:

- c) в свежую лунку
- d) после заживления лунки зуба
- e) через 1-2 дня после удаления зуба
- f) = через 7 дней после удаления зуба

Ситуационные задачи:

**Задача №1.**

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов. В анамнезе – ОРВИ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез. Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка незначительно выражена в области 1.5, 1.4, 2.1, 2.2. Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена. Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

На КЛКТ – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите тип атрофии нижней челюсти по Lekholm и Zarb.
- 3) Составьте план подготовки к операции имплантации.
- 4) Укажите план лечения.
- 5) В чём могут возникнуть сложности при решении изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с опорой на имплантаты?

### **Задача №2.**

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа.

В анамнезе: детские болезни. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование проводилось.

Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная. В области зубов 1.6 и 1.7 ширина альвеолярного отростка 5,5 мм.

Прикус ортогнатический. На ортопантограмме – пневматический тип строения верхнечелюстных пазух, прозрачность пазух не нарушена. Высота костной ткани 10 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Составьте план лечения;

### **Задача №3.**

Пациент 50 лет обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба слева, на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось полгода назад в другом городе. Пациенту в области отсутствующего зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни. Объективно: Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. В области зуба 3.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 3.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.



2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?
4. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

#### **Задача №5.**

Пациентка 25 лет обратилась в клинику по поводу разрушенных зубов на верхней челюсти. Ранее пациентка не протезировалась. Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта в полном объеме, безболезненное. Прикус ортогнатический. Зубы 1.1 и 1.2 коронки разрушены на 2/3, ткани размягчены, перкуссия зубов и пальпация альвеолярного отростка безболезненные, слизистая десны без изменений. На внутриротовой контактной рентгенограмме: в апикальной части корня 1.1 имеется дефект костной ткани округлой формы размером 15×15 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту;
- 3) Составьте план лечения;
- 4) Составьте план протезирования пациентки.

#### **Задача №6.**

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального

цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

### **Задача №7.**

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической

болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не

пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

**Тема 3 Принципы планирования лечения пациентов с дефектами зубных рядов с использованием имплантатов. Изготовление операционного шаблона. Подготовка полости рта к дентальной имплантации.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Планирование лечения пациентов с дефектами зубных рядов с использованием имплантатов.
2. Этапы изготовления операционного шаблона.
3. Подготовка полости рта к дентальной имплантации.
4. Что включает в себя планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения.
5. Относительные противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.

#### Тестовый контроль:

1. Из инструментально-лабораторных методов диагностики при планировании протезирования на имплантатах обязательным является:

- c) Прицельная рентгенография участка протезирования
- d) =Ортопантомография и томография челюстей.
- e) Электроромеография и панорамная рентгенография
- f) МРТ

2. Изучение диагностических моделей при планировании протезирования на имплантатах позволяет:

- c) планировать расположение имплантатов в челюсти.
- d) =оценить характер окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и планировать конструкцию протеза.
- e) Рассчитать количество необходимых имплантатов
- f) Рассчитать размеры имплантатов

3. По биосовместимости имплантационных материалов различают:

- c) Металлические, пластмассовые, керамические и комбинированные
- d) циркониевые и керамические
- e) =Биотолерантные, биоинертные и биоактивные
- f) Биотолерантные, инертные, активные

4. К биотолерантным имплантационным материалам относят:

- c) титан, углерод, никелид титана
- d) =нержавеющая сталь, КХС
- e) гидроксиапатит, стеклокерамика
- f) трикальци-фосфат

5. К биоинертным имплантационным материалам относят:

- c) = титан, углерод, никелид титана
- d) нержавеющая сталь, КХС
- e) трикальци-фосфат
- f) гидроксиапатит, стеклокерамика

6. К биоактивным имплантационным материалам относят:

- c) титан, никелид титана
- d) кобальт-хромовый сплав
- e) =трикальци-фосфат, гидроксиапатит, стеклокерамика
- f) нержавеющая сталь

7. Имплантаты по форме различают:

- c) беспористые и пористые
- d) без эффекта памяти формы и с эффектом памяти формы
- e) поверхностно-пористые и со сквозной пористостью
- f) = цилиндрические, винтообразные, пластинчатые и конусовидные

8. По свойству материала имплантаты могут быть :

- c) = без эффекта памяти формы и с эффектом памяти формы
- d) беспористые и поверхностно-пористые, со сквозной пористостью
- e) биосовместимые и бионесовместимые
- f) биоактивные и биосовместимые

9. По сроку имплантации имплантаты разделяют на:

- c) =непосредственные и отсроченные
- d) непосредственные и опосредованные
- e) срочные и бессрочные
- f) долгосрочные и недолгосрочные

10. Отсроченной называют имплантацию:

- c) в свежую лунку
- d) после заживления лунки зуба
- e) через 1-2 дня после удаления зуба
- f) = через 7 дней после удаления зуба

Ситуационные задачи:

**Задача №1.**

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов. В анамнезе – ОРВИ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез. Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка незначительно выражена в области 1.5, 1.4, 2.1, 2.2. Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена. Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

На КЛКТ – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите тип атрофии нижней челюсти по Lekholm и Zarb.
- 3) Составьте план подготовки к операции имплантации.
- 4) Укажите план лечения.
- 5) В чём могут возникнуть сложности при решении изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с опорой на имплантаты?

**Задача №2.**

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа.

В анамнезе: детские болезни. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование проводилось.

Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная. В области зубов 1.6 и 1.7 ширина альвеолярного отростка 5,5 мм.

Прикус ортогнатический. На ортопантограмме – пневматический тип строения верхнечелюстных пазух, прозрачность пазух не нарушена. Высота костной ткани 10 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Составьте план лечения;

### **Задача №3.**

Пациент 50 лет обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба слева, на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось полгода назад в другом городе. Пациенту в области отсутствующего зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни. Объективно: Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. В области зуба 3.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 3.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?
4. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

### **Задача №5.**

Пациентка 25 лет обратилась в клинику по поводу разрушенных зубов на верхней челюсти. Ранее пациентка не протезировалась. Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме, безболезненное. Прикус ортогнатический. Зубы 1.1 и 1.2 коронки разрушены на 2/3, ткани размягчены, перкуссия зубов и пальпация альвеолярного отростка безболезненные, слизистая десны без изменений. На внутриротовой контактной рентгенограмме: в апикальной части корня 1.1 имеется дефект костной ткани округлой формы размером 15×15 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту;
- 3) Составьте план лечения;
- 4) Составьте план протезирования пациентки.

#### **Задача №6.**

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального

цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

#### **Задача №7.**

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта

без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

#### **Тема 4 Ортопедический этап имплантологического лечения.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Мероприятия, проводимые для изготовления протеза на имплантатах.
2. Особенности ортопедического лечения с опорой на внутрикостные имплантаты.
3. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
4. Восстановление целостности зубного ряда съёмными конструкциями протезов с опорой на дентальный имплантат.
5. Показания и противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.

##### Ситуационные задачи:

###### **Задача №1.**

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов. В анамнезе – ОРВИ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез. Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвеолярного отростка незначительно выражена в области 1.5, 1.4, 2.1, 2.2. Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена. Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

На КЛКТ – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Укажите тип атрофии нижней челюсти по Lekholm и Zarb.
- 3) Составьте план подготовки к операции имплантации.
- 4) Укажите план лечения.
- 5) В чём могут возникнуть сложности при решении изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с опорой на имплантаты?

### ***Задача №2.***

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа.

В анамнезе: детские болезни. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование проводилось.

Объективно: Лицо симметрично, кожный покров чистый, лимфоузлы не пальпируются. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, влажная. В области зубов 1.6 и 1.7 ширина альвеолярного отростка 5,5 мм.

Прикус ортогнатический. На ортопантограмме – пневматический тип строения верхнечелюстных пазух, прозрачность пазух не нарушена. Высота костной ткани 10 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Составьте план лечения;

### ***Задача №3.***

Пациент 50 лет обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба слева, на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось полгода назад в другом городе. Пациенту в области отсутствующего зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни. Объективно: Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. В области зуба 3.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 3.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.



2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?
4. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

#### **Задача №5.**

Пациентка 25 лет обратилась в клинику по поводу разрушенных зубов на верхней челюсти. Ранее пациентка не протезировалась. Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта в полном объеме, безболезненное. Прикус ортогнатический. Зубы 1.1 и 1.2 коронки разрушены на 2/3, ткани размягчены, перкуссия зубов и пальпация альвеолярного отростка безболезненные, слизистая десны без изменений. На внутриротовой контактной рентгенограмме: в апикальной части корня 1.1 имеется дефект костной ткани округлой формы размером 15×15 мм.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте диагноз;
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту;
- 3) Составьте план лечения;
- 4) Составьте план протезирования пациентки.

#### **Задача №6.**

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального

цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

### **Задача №7.**

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической

болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не

пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

## **Тема 5 Получение оттисков и моделей челюстей.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Способ получения гипсовых моделей челюстей.
2. Методы получения оттиска.
3. Подбор оттисковой ложки.
4. Стоматологический оттисковый материал.
5. Виды, состав и свойство оттисковых материалов.

### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Получение оттисков верхней и нижней челюсти.
2. Отливка моделей челюстей.

## **Тема 6 Клинические и лабораторные этапы изготовления одиночной искусственной коронки с опорой на дентальный имплантат.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клинические этапы изготовления одиночной искусственной коронки с опорой на дентальный имплантат.
2. Лабораторные этапы изготовления одиночной искусственной коронки с опорой на дентальный имплантат.
3. Получение анатомического оттиска.
4. Показания к протезированию.
5. Что такое дентальный имплантат.

### *Раздел 4. Деформации и окклюзионные нарушения зубных рядов*

**Тема 1 Особенности диагностики окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов и прикуса, связанных с патологией твёрдых тканей зубов, с парафункциями, частичным отсутствием зубов. Патогенез вертикальных и горизонтальных деформаций зубных рядов. Клиника, классификация, аппаратная функциональная диагностика деформаций зубных рядов. Деформация прикуса при множественных дефектах твердых тканей зубов и частичном отсутствии зубов. Патогенез глубокого резцового перекрытия и дистального смещения нижней челюсти.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Виды деформации зубных рядов.
2. Что такое центральная окклюзия.
3. Что такое окклюзия.
4. Дефекты зубных рядов.
5. Диагностика деформации зубных рядов.

## **Тема 2 Ортопедическое лечение пациентов с окклюзионными нарушениями.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии.
2. Определение окклюзиограммы, реставрация окклюзионной поверхности.
3. Показания к ортопедическому лечению.
4. Показания к окклюзионным шинам.
5. Виды окклюзионных нарушений.

### Ситуационные задачи:

#### **Задача №1**

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза: Зубы удалены осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка

преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12340078

Прикус

ортогнатический. Имеется деформация поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения |5. Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3 Составьте план лечения.

4 Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №2**

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа.

Данные анамнеза:

Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87004321 12345678

00054321 12345678

Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения 87| и 5| зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87| зубов увеличен, корни этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5| обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 87| и 5| зубы на 1/2 коронки пересекают окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3 Составьте план лечения с учетом выносивости пародонта.

Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №3**

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад.

Причиной потери зубов явился осложненный кариес.

Объективно:

87004321 12340078

07654321 12345000

Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без

видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

- 1 Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
- 2 Указать причину возникновения деформаций.
- 3 Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.
- 4 Составьте план лечения.

#### **Задача № 4**

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза:

Зубы удалены в следствии осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12340078

Прикус ортогнатический.

Имеется деформация поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения |5.

Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

- 1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.
- 2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.
- 3 Составьте план лечения.
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.
- 5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

#### **Задача №5**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица.

Зубная формула:

87654321 12345678

00000321 12340000

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.
- 3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.
- 4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при

бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №6**

При осмотре больного 53 лет, обратившегося в клинику, уменьшение высоты нижней трети лица. Интраорально: отсутствие 36, 37, 46, 47 зубов, деформация верхнего зубного ряда из-за перемещения верхних зубов за окклюзионную плоскость.

Экстра- и интраоральные части не изменены. Альвеолярный отросток в области переместившихся зубов гипертрофирован.

Определите форму зубочелюстной деформации, составьте план лечения.

### **Задача №7**

Больной 66 лет в течение 12 лет пользовался полными съемными протезами. Возможно ли в данном случае заболевание височно-нижнечелюстного сустава, если возможно, то почему?

### **Задача №8**

Больной 46 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи и боли в области слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти.

При проведении внешнего осмотра лица патологии не выявлено.

Интраорально: прикус ортогнатический, двусторонний концевой дефект нижнего зубного ряда. Антагонизирующие зубы выдвинулись за пределы окклюзионной плоскости и травмируют слизистую альвеолярного отростка. Обнажение цемента корней более, чем на половину. Определите форму зубочелюстной деформации, составьте план лечения.

### **Задача №9**

Больной 44 лет страдает тиреотоксикозом, остеохондрозом шейных позвонков, а также частичной вторичной адентией. Какие из этих факторов могут привести к заболеванию височно-нижнечелюстного сустава?

### **Задача №10**

Больной 38 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, частичную потерю зубов вследствие осложненного кариеса. При проведении внешнего осмотра лица патологии не выявлено.

Интраорально: прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. Включенные дефекты нижнего зубного ряда III класса по Кеннеди. Локализованная форма патологической стираемости в области фронтальных зубов. Окклюзионные поверхности зубных рядов патологически не изменены. Поставьте диагноз и определите план лечения.

## **Тема 3 Реставрация окклюзионной поверхности зубных рядов и окклюзионных соотношений.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Методы реставрации окклюзионной поверхности зубных рядов и окклюзионных соотношений.
2. Показания к реставрации окклюзионной поверхности зубных рядов и окклюзионных соотношений.
3. Методика проведения реставрации.

4. Особенности реставрации.
5. Преимущества метода фрезирования.

#### **Тема 4 Диагностика и лечение пациентов с деформациями прикуса при частичном отсутствии зубов.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы диагностики пациентов с деформациями прикуса при частичном отсутствии зубов.
2. Способы лечения пациентов с деформациями прикуса при частичном отсутствии зубов.
3. Показания к лечению.
4. Противопоказания к лечению.
5. Методика проведения лечения.

##### Тестовый контроль:

1. Когда показана операция компактостеотомии (аппаратурно-хирургический метод лечения при феномене Попова–Годона)?
  - с) при заболеваниях тканей периодонта;
  - d) при I форме зубоальвеолярного удлинения;
  - e) = при II форме зубоальвеолярного удлинения.
2. Укажите, о каких перечисленных ниже факторах должен помнить ортопед, выравнивая окклюзионную поверхность путем повышения окклюзионной высоты:
  - с) о множественном контакте;
  - d) сохранении физиологического покоя жевательной мускулатуры
  - e) о возможности жалоб больного со стороны ВНЧС и жевательной мускулатуры
  - f) = все вышеперечисленные.
3. Указать форму зубоальвеолярного удлинения, если в области 76 | 67 на в/ч гипертрофия альвеолярных отростков, обнажения шеек нет (по классификации В. А. Пономаревой):
  - с) =I форма
  - d) II форма
  - e) III форм.
4. Под вторичной травматической окклюзией понимают окклюзию когда: жевательную нагрузку необычную по величине, направлению и времени
  - с) действия, испытывает здоровый периодонт;
  - d) = жевательную нагрузку обычную по величине, направлению и времени
  - e) действия, испытывает пораженный периодонт;
  - f) всё вышеперечисленное.
5. При выравнивании окклюзионной поверхности и значительном снижении высоты прикуса восстановить окклюзионную высоту на протез одномоментно можно (в мм):
  - с) на 1–2
  - d) =2–4
  - e) на 6–8

6. Какой метод можно применить у больного 25 лет при I кл. форме зубоальвеолярного удлинения 76| (зубы смещены на 2–3 мм за окклюзионную плоскость)?
- c) = ортопедический
  - d) ортодонтический
  - e) хирургический
  - f) все перечисленные.
7. Устранение функциональной травматической перегрузки зубов достигается:
- c) избирательным пришлифовыванием зубов;
  - d) ортодонтическим исправлением прикуса и положения зубов;
  - e) шинированием и рациональным протезированием;
  - f) = все перечисленное.
8. К шинам, перекрывающим зубной ряд, относятся:
- c) коронковая;
  - d) балочная;
  - e) полукоронковая;
  - f) = все перечисленные.
9. Для заполнения одонтопародонтограммы необходимо:
- c) наличие рентгеновских снимков зубов;
  - d) = данные гнатодинамометрии;
  - e) проведение жевательных проб.
10. Составной мостовидный протез показан:
- c) при сильно наклоненных в сторону дефекта опорных зубах;
  - d) = феномене Попова–Годона;
  - e) при повороте зуба вокруг оси.
11. Какие мероприятия относятся к общеоздоровительным?
- c) удаление зубных отложений;
  - d) лечение кариеса и его осложнения;
  - e) удаление корней и зубов, не подлежащих протезированию;
  - f) лечение заболеваний слизистой полости рта;
  - g) = все перечисленные.
12. Проведение каких мероприятий предусматривает специальная подготовка?
- c) депульпирование интактных зубов;
  - d) удаление зубов, препятствующих протезированию;
  - e) пластика и имплантация;
  - f) устранение деформаций зубных рядов;
  - g) = все перечисленные.
13. Дополнительные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии:
- c) = рентгенография
  - d) сбор анамнеза
  - e) = электроодонтодиагностика
  - f) осмотр больного
  - g) = мастикамиография



- h) =электромиография
  - i) перкуссия
- с) 14. Для постоянной фиксации несъёмных мостовидных протезов используют :  
цинкоксидэвгеноловую пасту («Репин»)  
водный дентин
- с) = цемент «Унифас»
  - d) = Цинк-фосфатные цементы
  - e) Акрилоксид
  - f) = Стеклоиномерные фиксирующие материалы

### Ситуационные задачи:

#### ***Задача №1***

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза:

Зубы удалены осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87654321 12345678

87654321 12340078

Прикус ортогнатический.

Имеется деформация поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения |5.

Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3 Составьте план лечения.

4 Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

#### ***Задача №2***

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа. Данные анамнеза:

Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула:

87004321 12345678

00054321 12345678

Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения 87| и 5| зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87| зубов увеличен, корни этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5| обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 87| и 5| зубы на 1/2 коронки пересекают окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3 Составьте план лечения с учетом выносливости пародонта.

Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №3**

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад.

Причиной потери зубов явился осложненный кариес.

Объективно:

87004321 12340078

07654321 12345000

Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1 Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.

2 Указать причину возникновения деформаций.

3 Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.

4 Составьте план лечения.

### **Задача №4**

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза:

Зубы удалены 5 лет назад осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка

преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная

формула:

87654321 12345678

87654321 12340078

Прикус ортогнатический. Имеется деформация поверхности, образовавшаяся в результате выдвижения |5. Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают окклюзионную поверхность на 1/4.

1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

- 3 Составьте план лечения.
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.
- 5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №5**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям. При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица.

Зубная формула:

87654321 12345678

00000321 12340000

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.
- 3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.
- 4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?
- 5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №6**

При осмотре больного 53 лет, обратившегося в клинику, уменьшение высоты нижней трети лица. Интраорально: отсутствие 36, 37, 46, 47 зубов, деформация верхнего зубного ряда из-за перемещения верхних зубов за окклюзионную плоскость.

Экстра- и интраоральные части не изменены. Альвеолярный отросток в области переместившихся зубов гипертрофирован. Определите форму зубочелюстной деформации, составьте план лечения.

### **Задача №7**

Больной 66 лет в течение 12 лет пользовался полными съемными протезами. Возможно ли в данном случае заболевание височно-нижнечелюстного сустава, если возможно, то почему?

### **Задача №8**

Больной 46 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи и боли в области слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти.

При проведении внешнего осмотра лица патологии не выявлено. Интраорально: прикус ортогнатический, двусторонний концевой дефект нижнего зубного ряда. Антагонизирующие зубы выдвинулись за пределы окклюзионной плоскости и травмируют слизистую альвеолярного отростка. Обнажение цемента корней более, чем на половину. Определите форму зубочелюстной деформации, составьте план лечения.

### **Задача №9**

Больной 44 лет страдает тиреотоксикозом, остеохондрозом шейных позвонков, а также частичной вторичной адентией. Какие из этих факторов могут привести к заболеванию височно-нижнечелюстного сустава?

### **Задача №10**

Больной 38 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, частичную потерю зубов вследствие осложненного кариеса. При проведении внешнего осмотра лица патологии не выявлено. Интраорально: прикус ортогнатический с глубоким резцовым перекрытием. Включенные дефекты нижнего зубного ряда III класса по Кеннеди. Локализованная форма патологии ческой стираемости в области фронтальных зубов. Оклюзионные поверхности зубных рядов патологически не изменены. Поставьте диагноз и определите план лечения.

### **Задача №11**

Больному 24 лет проведена тонзилэктомия. Может ли данный фактор повлиять на состояние ВНЧС, если может, то каким образом?

## **Тема 5 Планирование ортопедического лечения дефектов зубов или дефектов зубных рядов, осложненных деформациями зубных рядов в индивидуально настроенном артикуляторе.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Как составить план ортопедического лечения.
2. Задачи ортопедического лечения.
3. Особенности планирования лечения.
4. Методы лечения.
5. Что такое вторичные деформации зубных рядов.

## **Тема 6 Современные методы ортопедического этапа при комплексном лечении пациентов с деформациями зубных рядов. Восстановление высоты нижнего отдела лица.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Современные методы лечения .
2. Этапы современного лечения .
3. Задачи современного лечения .
4. Преимущества современных методов лечения .
5. Минусы современных методов лечения.

## *Раздел 5. Лечение пациентов с повышенной стираемостью зубов*

**Тема 1 Повышенное стирание зубов. Определение понятий "физиологическое", "задержанное", "повышенное" стирание твердых тканей зубов. Этиология, дифференциальная диагностика, клиника. Этиология, дифференциальная диагностика, клиника.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Локализованная форма повышенного стирания.
2. Определние понятия «физиологическая» стираемость.
3. Определение понятия «задержанная» стираемость.
4. Этиология патогенез.
5. Классификация клинической форм повышенного стирания.

### Тестовый контроль:

1. Этиологические факторы, вызывающие патологическую стертость зубов:  
функциональная недостаточность твердых тканей зубов;  
функциональная перегрузка зубов;  
= бруксизм;  
профессиональные вредности;  
все перечисленные.
2. Жалобы больного при патологической стертости I степени:  
= снижение прикуса;  
ночные боли;  
эстетический недостаток.
3. Стадии патологической стертости твердых тканей зубов:  
локализованная;  
генерализованная;  
смешанная;  
= все перечисленные.
4. Нужно ли проводить ортопедическое лечение при I степени патологической стертости твердых тканей зубов?  
да;  
нет;  
= да, при наличии чувствительности эмали.
5. Сколько выделяют степеней поражения патологической стертости (М. Г. Бушан)?  
= две;  
три;  
четыре.
6. Физиологическая стертость зубов наблюдается в пределах:  
= эмали;  
эмали и дентина;  
дентина
7. Стадии развития стираемости по М. Г. Бушану:  
= физиологическая, переходная, патологическая;  
физиологическая, патологическая;  
всё вышеперечисленное.
8. Патологическое стирание зубов наблюдается в пределах:  
= дентина;  
эмали и дентина;  
эмали.

9. Какие поверхности твердых тканей зубов истираются при генерализованной форме патологической стертости?  
=режущие края и жевательные поверхности зубов;  
аппроксимальные поверхности всех зубов;  
всё вышеперечисленное.
10. Глубина поражения твердых тканей зубов при патологической стираемости:  
локализованная;  
до 1/3, до 2/3, до десневого края коронки;  
= генерализованная.
11. Физиологическая стираемость зубов сопровождается убылью:  
= эмали;  
дентина;  
эмали и дентина.
12. Какие изменения нижней трети лица наблюдаются при компенсированной форме патологической стираемости:  
= увеличение;  
уменьшение;  
без изменений.
13. Назовите изменения, которые могут происходить в пульпе зуба при патологической стертости:  
некроз пульпы;  
= выработка вторичного дентина;  
пульпит;  
все перечисленные.
14. Твердость фарфора по сравнению с твердостью эмали:  
в 2 раза больше;  
= в 2 раза меньше;  
равна.
15. Какой дентин образуется в результате патологической стертости зубов?  
первичный;  
= вторичный;  
третичный.
16. При вертикальной патологической стертости стираются при ортогнатическом прикусе:  
бугры жевательных зубов и режущие края фронтальных зубов;  
= нёбная поверхность верхних резцов и губная поверхность нижних резцов.
17. При локализованной форме патологической стертостью поражаются:  
= отдельные зубы или группа зубов;  
все зубы на нижней челюсти;  
все зубы на верхней челюсти.
18. При патологической стертости локализованной формы сохраняется контакт между зубами-антагонистами?  
сохраняется;  
= не сохраняется;  
всё вышеперечисленное.
19. Какие методы лечения патологической стертости применяются?  
= медикаментозный;  
терапевтический;  
ортопедический;  
все перечисленные.

20. При сохранении коронковой части зуба 1,0–1,5 мм под десневым краем показано изготовление:

- культевой штифтовой вкладки;
- = восстановительной коронки;
- все перечисленное.

### Ситуационные задачи:

#### ***Задача №1***

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по заболеванию щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.
- 3 Как классифицируется данное заболевание.
- 4 Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

#### ***Задача №2***

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена.

В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.
- 3 Осветите методы лечения данного заболевания.
- 4 Какие ошибки могут возникнуть при лечении.

### **Задача №3**

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли химических (кислого, сладкого) и механических раздражителей. При осмотре на вестибулярных поверхностях 432 □ 234 , в пришеечной части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Проведите дифференциальную диагностику заболеваниями твердых тканей зуба.
- 3 Назовите причины возникновения данного заболевания.
- 4 Какие группы данного заболевания вы знаете?
- 5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №4**

У пациента во рту остались 1.6, 1.5, 2.7, 2.8, 3.4, 3.5. Ему изготовлены съемные протезы. После припасовки и наложения съемных пластиночных протезов обнаружилось: углы рта опущены, губы запавшие, при разговоре верхние зубы не вид-ны из под края красной каймы.

1. Допущена ли ошибка в процессе изготовления протезов?
2. Кем и какая?

### **Задача №5**

Больной Н., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на косметический дефект в области фронтальных зубов верхней челюсти. При осмотре обнаружено отсутствие 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. имеющиеся зубы устойчивые, не пломбированные.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите возможную конструкцию протеза в данном клиническом случае.

### **Задача №6**

Больная М., 50 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетическую неудовлетворенность. Объективно: имеется небольшая стертость коронок 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план ортопедического лечения.

### **Задача №7**



У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов. Зубы были утеряны более года назад. Атрофия альвеолярного отростка  $\frac{1}{4}$ .

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?

2. Какой план ортопедического лечения?

### **Задача №8**

Через три дня после препарирования зуба 1.1 под цельнокерамическую коронку, больной обратился с жалобами на повышенную чувствительность зуба при приеме холодной, кислой и сладкой пищи. Коронка должна быть изготовлена через две недели.

1. С чем связана повышенная чувствительность зуба?

2. Какова ваша тактика?

## **Тема 2 Локализованная форма повышенной стираемости твердых тканей зубов. Этиология, патогенез, клиника, современные методы лечения.**

### Собеседование по контрольным вопросам.

1. Локализованная форма повышенного стирания.
2. Функциональная неполноценность твердых тканей зубов.
3. Профессиональные вредности в этиологии заболевания.
4. Субкомпенсированная форма повышенной стираемости.
5. Классификация повышенной стираемости зубов.
6. Причины повышения чувствительности зубов?

### Ситуационные задачи:

#### **Задача №1**

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по заболеванию щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.

3. Как классифицируется данное заболевание.

4 Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

### **Задача №2**

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена.

В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.
- 3 Осветите методы лечения данного заболевания.
- 4 Какие ошибки могут возникнуть при лечении.

### **Задача №3**

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли химических (кислого, сладкого) и механических раздражителей. При осмотре на вестибулярных поверхностях 432 □ 234 , в пришеечной части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Проведите дифференциальную диагностику заболеваниями твердых тканей зуба.
- 3 Назовите причины возникновения данного заболевания.
- 4 Какие группы данного заболевания вы знаете?
- 5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №4**

У пациента во рту остались 1.6, 1.5, 2.7, 2.8, 3.4, 3.5. Ему изготовлены съемные протезы. После припасовки и наложения съемных пластиночных протезов обнаружилось: углы рта опущены, губы запавшие, при разговоре верхние зубы не видны из под края красной каймы.

1. Допущена ли ошибка в процессе изготовления протезов?
2. Кем и какая?

### **Задача №5**

Больной Н., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на косметический дефект в области фронтальных зубов верхней челюсти. При осмотре обнаружено отсутствие 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. имеющиеся зубы устойчивые, не пломбированные.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите возможную конструкцию протеза в данном клиническом случае.

### ***Задача №6***

Больная М., 50 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетическую неудовлетворенность. Объективно: имеется небольшая стертость коронок 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план ортопедического лечения.

### ***Задача №7***

У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов. Зубы были утеряны более года назад. Атрофия альвеолярного отростка  $\frac{1}{4}$ .

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?
2. Какой план ортопедического лечения?

### ***Задача №8***

Через три дня после препарирования зуба 1.1 под цельнокерамическую коронку, больной обратился с жалобами на повышенную чувствительность зуба при приеме холодной, кислой и сладкой пищи. Коронка должна быть изготовлена через две недели.

1. С чем связана повышенная чувствительность зуба?
2. Какова ваша тактика?

## **Тема 3 Генерализованная форма повышенной стираемости твердых тканей зубов. Снижающийся прикус.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Характерную картину имеет повышенную стираемость при булимии.
2. Электровозбудимость зубов при повышенной стираемости твердых тканей
3. Клинической картине дисфункционального синдрома.
4. Диагностика повышенной стираемости зубов.

5. Жалобы больного при повышенной стираемости зубов.
6. Повышенная стираемость зубов осложненная дефектами зубных рядов.

#### **Тема 4 Современные методы ортопедического лечения пациентов с повышенной стираемостью твердых тканей зубов.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Функциональная неполноценность твердых тканей зубов.
2. Профессиональные вредности в этиологии заболевания.
3. Субкомпенсированная форма повышенной стираемости.
4. Классификация повышенной стираемости зубов.
5. Причины повышения чувствительности зубов?
6. Электровозбудимость зубов при повышенной стираемости твердых тканей
7. Клинической картине дисфункционального синдрома.
8. Диагностика повышенной стираемости зубов.

##### Ситуационные задачи:

###### ***Задача №1***

Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по заболеванию щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентинной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.
- 3 Как классифицируется данное заболевание.
- 4 Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

###### ***Задача №2***

Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена.

В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

- 1 Поставьте предположительный диагноз.
- 2 Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.
- 3 Осветите методы лечения данного заболевания.
- 4 Какие ошибки могут возникнуть при лечении.

### **Задача №3**

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли химических (кислого, сладкого) и механических раздражителей. При осмотре на вестибулярных поверхностях 432 □ 234 , в пришеечной части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Проведите дифференциальную диагностику заболеваниями твердых тканей зуба.
- 3 Назовите причины возникновения данного заболевания.
- 4 Какие группы данного заболевания вы знаете?
- 5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №4**

У пациента во рту остались 1.6, 1.5, 2.7, 2.8, 3.4, 3.5. Ему изготовлены съемные протезы. После припасовки и наложения съемных пластиночных протезов обнаружилось: углы рта опущены, губы запавшие, при разговоре верхние зубы не вид-ны из под края красной каймы.

1. Допущена ли ошибка в процессе изготовления протезов?
2. Кем и какая?

### **Задача №5**

Больной Н., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на косметический дефект в области фронтальных зубов верхней челюсти. При осмотре обнаружено отсутствие 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. имеющиеся зубы устойчивые, не пломбированные.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите возможную конструкцию протеза в данном клиническом случае.

### **Задача №6**

Больная М., 50 лет, обратилась в клинику с жалобами на эстетическую неудовлетворенность. Объективно: имеется небольшая стертость коронок 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план ортопедического лечения.

### **Задача №7**

У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов. Зубы были утеряны более года назад. Атрофия альвеолярного отростка  $\frac{1}{4}$ .

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?
2. Какой план ортопедического лечения?

### **Задача №8**

Через три дня после препарирования зуба 1.1 под цельнокерамическую коронку, больной обратился с жалобами на повышенную чувствительность зуба при приеме холодной, кислой и сладкой пищи. Коронка должна быть изготовлена через две недели.

1. С чем связана повышенная чувствительность зуба?
2. Какова ваша тактика?

**Тема 5 Особенности этиопатогенеза, клинических форм, диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием твёрдых тканей зубов с применением современных диагностических и лечебных методик и видов протезов (цельнолитые металлические, металлокерамические, безметалловые зубные протезы, сочетание несъёмных и съёмных бюгельных протезов**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Профессиональные вредности в этиологии заболевания.
2. Клинические формы повышенной стираемости.
3. Современные методы диагностики повышенной стираемости.
4. Субкомпенсированная форма повышенной стираемости.
5. Классификация повышенной стираемости зубов.
6. Причины повышения чувствительности зубов?
7. Жалобы больного при повышенной стираемости зубов.

**Тема 6 Повышенное стирание твердых тканей зубов. Особенности ортопедического лечения и особенности комплексной реабилитации больных с генерализованной формой, меры профилактики, диспансеризация, прогноз. МКБ10-(K03.0).**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Современные методы диагностики повышенной стираемости.
2. Ортопдическое лечение повышенной стираемости зубов.
3. Меры профилактики и диспансеризации больных повышенной стираемостью зубов.
4. Субкомпенсированная форма повышенной стираемости.
5. Классификация повышенной стираемости зубов.
6. Причины повышения чувствительности зубов?
7. Характерную картину имеет повышенную стираемость при булимии.

### *Раздел 6. Частичное съемное протезирование*

#### **Тема 1 Показания и противопоказания к лечению пациентов с использованием частичных съемных протезов, обоснование конструкции.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Определение частичного съемного протеза.
2. Границы протезного ложа.
3. Показания применению частичного съемного протеза.
4. Противопоказания применению частичного съемного протеза.
5. Назначение тела удерживающего кламмера:
6. Виды кламмерной системы.

#### **Тема 2 Методы фиксации частичных съемных пластиночных протезов. Виды кламмерной фиксации.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Границы протезного ложа.
2. Показания применению частичного съемного протеза.
3. Противопоказания применению частичного съемного протеза.
4. Назначение тела удерживающего кламмера:
5. Виды кламмерной системы.
6. Методы фиксации частичных съемных протезов.
7. Составные части кламмера.

##### Тестовый контроль:

1. Внутренняя поверхность пластиночного протеза обрабатывается: наждачной бумагой; карборундовыми кругами; = не шлифуется.
2. Назначение тела удерживающего кламмера: для фиксации кламмера в протезе; обеспечения жесткого соединения плеча кламмера с протезом; = для амортизации.
3. Инструменты для обработки базисов пластиночных протезов: шабер; штихель; зуботехнический шпатель; = все перечисленные.

4. Частичный съемный пластиночный протез состоит: искусственные зубы, фиксирующие элементы (дописать) \_\_\_\_\_ базис \_
5. Восковой базис с окклюзионными валиками должен быть:  
на уровне сохранившихся зубов;  
= возвышаться над сохранившимися зубами на 1–2 мм;  
не доходить на 1 мм до уровня сохранившихся зубов.
6. При какой стадии созревания пластмассы проводится формовка?  
песочная;  
= тестообразная;  
стадия тянущихся нитей;  
резиноподобная.
7. Толщина кламмерной проволоки (в мм):  
0,4–0,6;  
= 0,8–1,2;  
1,3–2,0.
8. Какая пластмасса используется для изготовления базисов съемных протезов?  
акрилоксид;  
карбопласт;  
протакрил;  
= этакрил.
9. Граница базиса частичного съемного пластиночного протеза по отношению к сохранившимся жевательным зубам проходит:  
по шейкам зубов;  
перекрывает зубы на 1/2;  
= перекрывает зубы на 2/3.
10. Дистальная граница частичного съемного пластиночного протеза на верхней челюсти должна перекрывать верхнечелюстные бугры:  
на 1/3;  
на 1/2;  
= полностью.
11. В удерживающей кламмере различают: отросток, тело (дописать) \_\_ плечо
12. Плечо удерживающей кламмеры располагается:  
на экваторе зуба;  
= между экватором и шейкой зуба;  
между жевательной поверхностью и экватором зуба.
13. Частичный съемный пластиночный протез по принципу передачи жевательного давления относится к конструкциям:  
физиологическим;  
полуфизиологическим;  
= нефизиологическим.
14. Какая пластмасса используется для починки базисов съемных протезов?  
акрилоксид;  
карбопласт;  
= протакрил.
15. Отросток гнутого удерживающего кламмера располагают:  
на вестибулярной поверхности базиса протеза;  
= середине гребня альвеолярного отростка;  
на оральной поверхности базиса протеза.
16. Жевательные зубы в съемных протезах при ортогнатическом прикусе располагают:  
= ось зуба проходит по гребню альвеолярного отростка;



сместив ось зуба относительно гребня альвеолярного отростка на 1/3 вестибулярно;  
сместив ось зуба относительно гребня альвеолярного отростка на 1/3 орально.

17. При замещении дефекта 00000021 | 00005000 используется протез:

мостовидный;

бюгельный;

=спластиночный.

18. Что такое кламмерная линия?

линия, проходящая по окклюзионной поверхности зубов;

= воображаемая линия, проходящая через опорные зубы;

линия, проходящая по вестибулярной поверхности зубов.

19. Какое направление кламмерной линии предпочтительнее на верхней челюсти?

трансверзальное;

= диагональное;

### Ситуационные задачи

#### ***Задача №1***

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 27 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие частичной потери зубов на нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что ранее за ортопедической помощью пациент не обращался, 46,45 и 35,36 были удалены 3-4 месяца назад, отлом коронковой части 47 произошел 2 месяца назад.

Объективно: При внешнем осмотре лицо овальной формы, носогубные и подборочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений.

Коронковая часть 47 разрушена до уровня деснового края, глубина полости рта 1-1,5 мм; зондирование, перкуссия безболезненны; 47 не имеет патологической подвижности. На рентгенограмме корневые каналы 47 запломбированы до верхушечного отверстия, корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается.

1 Поставьте диагноз, составьте план лечения.

2 Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций.

3 Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой коронки. Какие штифтовые конструкции можно применить в данной клинической ситуации?

4 Назовите требования, предъявляемые к корням зубов.

5 Назовите возможные ошибки и осложнения при применении штифтовых конструкций.

6 Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом.

#### ***Задача №2***

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица.

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1 Поставьте диагноз.

2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.

3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.

4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №3**

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула: Прикус ортогнатический.

Имеется деформация поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания |5.

Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.

1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3 Составьте план лечения.

4 Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №4**

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа. Данные анамнеза: Зубы удалены 7

лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена.

Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений.

Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания 87| и 5| зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87| зубов увеличен, корни этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5| обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 87| и 5| зубы на 1/2 коронки пересекают окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3. Составьте план лечения с учетом выносливости пародонта.

4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

### **Задача №5**

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях.

Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес.

Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Указать причину возникновения деформаций.
3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.
4. Составьте план лечения.

### **Задача №6**

Больная И. 39 лет обратилась в ортопедическое отделение с целью протезирования.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти слева и верхней челюсти справа. Анамнез: выяснено, что причиной потери зубов явился осложненный кариес. Зубы удалены в различные периоды жизни.

Ранее не протезировалась.

Прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На жевательных поверхностях 44 и 36 пломбы остальные зубы интактные.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Какие виды протезов можно применить в данной ситуации?
3. Перечислить клинические этапы изготовления мостовидных протезов.

**Тема 3 Клинико-лабораторные этапы изготовления частичного съемного протеза: получение оттисков, определение и фиксация центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей. Загипсовка моделей в окклюдатор, моделирование базиса, изготовление фиксирующих элементов, конструирование зубных рядов. Окончательное моделирование базиса, загипсовка в кювету, полимеризация, обработка, наложение.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичного съемного протеза.
2. Виды гипсовок.
3. Моделирование базиса протеза.
4. Определение центральной окклюзии.
5. Виды окклюзии.
6. Границы протезного ложа.
7. Показания применению частичного съемного протеза.
8. Противопоказания применению частичного съемного протеза.

#### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Получение оттисков.
2. Определение и фиксация центральной окклюзии.
3. Загипсовка моделей в окклюдатор.
4. Моделирование базиса протеза.

### Ситуационные задачи:

#### **Задача №1**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной Н. 27 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие частичной потери зубов на нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что ранее за ортопедической помощью пациент не обращался, 46,45 и 35,36 были удалены 3-4 месяца назад, отлом коронковой части 47 произошел 2 месяца назад. Объективно: При внешнем осмотре лицо овальной формы, носогубные и подборочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное. Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка преддверия и собственно полости рта бледно-розового цвета, влажная, без видимых патологических изменений.

Коронковая часть 47 разрушена до уровня деснового края, глубина полости рта 1-1,5 мм; зондирование, перкуссия безболезненны; 47 не имеет патологической подвижности. На рентгенограмме корневые каналы 47 запломбированы до верхушечного отверстия, корневые каналы переднего и заднего корней не параллельны друг другу, патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдается.

1 Поставьте диагноз, составьте план лечения.

2 Назовите показания, противопоказания и к применению штифтовых конструкций.

3 Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой коронки. Какие штифтовые конструкции можно применить в данной клинической ситуации?

4 Назовите требования, предъявляемые к корням зубов.

5 Назовите возможные ошибки и осложнения при применении штифтовых конструкций.

6 Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом.

#### **Задача №2**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица.

Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1 Поставьте диагноз.

2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.

3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.

4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

#### **Задача №3**

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти.

Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса.  
Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула: Прикус ортогнатический.  
Имеется деформация поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания |5.  
Альвеолярный отросток в области |5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте отсутствуют, при смыкании зубных рядов |5 пересекают акклюзионную поверхность на 1/4.  
1 Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.  
2 Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.  
3 Составьте план лечения.  
4 Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.  
5 Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

#### **Задача №4**

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа. Данные анамнеза: Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, образовавшаяся в результате выдвигания 87| и 5| зубов в области дефектов зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87| зубов увеличен, корни этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5| обнажена шейка зуба. При смыкании зубных рядов 87| и 5| зубы на 1/2 коронки пересекают окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.  
1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.  
2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.  
3. Составьте план лечения с учетом выносивости пародонта.  
4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.  
5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

#### **Задача №5**

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес.  
Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.  
1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.  
2. Указать причину возникновения деформаций.  
3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.  
4. Составьте план лечения.

#### **Задача №6**

Больная И. 39 лет обратилась в ортопедическое отделение с целью протезирования. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти слева и верхней челюсти справа. Анамнез: выяснено, что причиной потери зубов явился осложненный кариес. Зубы удалены в различные периоды жизни.

Ранее не протезировалась.

Прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На жевательных поверхностях 44 и 36 пломбы остальные зубы интактные.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.
2. Какие виды протезов можно применить в данной ситуации?
3. Перечислить клинические этапы изготовления мостовидных протезов.

#### **Тема 4 Коррекция частичных съемных протезов. Починка съемных протезов. Изготовление базисов с эластичной прокладкой, металлическим и металлизированным базисом.**

##### Собеседование по контрольным вопросам.

1. Виды коррекций протеза.
2. Этапы починки протеза.
3. Показания к эластичным базисам, металлическим и металлизированным.
4. Границы частичного съемного протеза.
5. Отличия металлических и металлизированных базисов.
6. Меры профилактики поломок частичного протеза.

#### **Тема 5 Бюгельные протезы. Показания к применению. Основные элементы бюгельного протеза, их назначение и характеристика. Клинико-анатомическое обоснование расположения бюгельного протеза. Системы крепления бюгельного протеза в зависимости от дефекта. Разгрузка опорных зубов.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Бюгельные протезы составные элементы.
2. Показания к применению Бюгельных протезов.
3. Клинико-анатомическое обоснование расположения бюгельного протеза.
4. Протяженность дуги бюгельного протеза на нижней челюсти определяется
5. Системы крепления бюгельного протеза в зависимости от дефекта
6. Толщина дуги бюгельного протеза на верхней челюсти
7. Опорная функция опорно-удерживающего кламмера обеспечивается

##### Тестовый контроль:

1. К 4 типу кламмеров Нея относятся:  
кольцевой;  
= одноплечевой с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече;  
двуплечий кламмер с окклюзионной накладкой.
2. Расположение дуги бюгельного протеза на нижней челюсти в области передних зубов:  
выше шеек сохранившихся зубов;  
= на середине между шейками зубов и переходной складкой;  
на уровне шеек сохранившихся зубов.
3. Протяженность дуги бюгельного протеза на нижней челюсти определяется:  
состоянием зубов, ограничивающих дефект;  
величиной дефекта;

= топографией дефекта и его величиной.

4. Толщина дуги бюгельного протеза на верхней челюсти составляет (в мм):

3,0–4,0;

2,0–2,5;

= 1,0–1,5.

5. Что представляет собой кламмер Кемени?

кламмер, который является отростком базиса, располагающимся почти у самой переходной складки;

кламмер, имеющий окклюзионную накладку и два плеча;

= кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны.

6. Кламмер 1-го типа в системе Нея используется при расположении межевой линии:

= когда она проходит по щечной или язычной поверхности зуба, примерно посередине коронки в зоне, прилегающей к дефекту и несколько приближаясь к десне в пришеечной области;

высоко на контактной поверхности зуба, обращенной к дефекту;

на щечной поверхности зуба ближе к жевательной поверхности.

7. Фиксация бюгельного протеза обеспечивается за счет:

окклюзионной накладки;

стабилизирующей части плеча кламмера;

= ретенционной части плеча кламмера.

8. К 1-му типу кламмеров Нея относят кламмер:

Бонихарта;

= Аккера;

Бонвиля.

9. Кламмер 2-го типа по Нею используется когда:

= межевая линия проходит высоко в ближайшей к дефекту зоне и опущена в отдаленной;

межевая линия проходит низко по контактной поверхности, обращенной к дефекту;

межевая линия проходит по щечной поверхности посередине коронки зуба.

10. Опорная функция опорно-удерживающего кламмера обеспечивается:

нижней частью плеча кламмера;

= верхней частью плеча кламмера и окклюзионной накладкой;

телом кламмера.

11. Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти представляет металлическую полоску шириной (мм):

5,0–6,0;

= 2,0–3,0;

1,0–1,5.

12. Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (мм):

на 0,2;

= 0,5–1,0;

на 2,0–3,0.

13. Требования, предъявляемые к опорным зубам для кламмерной фиксации бюгельного протеза:

они должны быть устойчивыми;

не должны иметь патологических изменений в области апекса;

иметь правильную анатомическую форму;

= все перечисленные.

14. Место расположения задней нёбной дуги бюгельного протеза на верхней челюсти:

на уровне вторых моляров;  
дистальный край дуги расположен на границе мягкого и твердого неба;  
оггибает с дистальной стороны торус;

= в задней трети твердого неба, отступив от линии «А» на 10–12 мм.

15. Сколько требуется моделей для изготовления бюгельного протеза?

одна рабочая из обычного гипса;

одна рабочая из обычного гипса и вспомогательная;

= две рабочие (одна из них из супергипса) и вспомогательная;

две рабочие из обычного гипса и вспомогательная.

16. Что дает параллелометрия?

выбор типа кламмера;

расположение частей кламмера на опорном зубе;

определение пути введения и выведения бюгельного протеза;

нахождение клинического экватора зуба;

= все перечисленные.

17. Методы изготовления каркасов бюгельных протезов:

паяный;

по выплавляемым моделям;

на огнеупорных моделях;

= все перечисленные.

18. Назовите методы выявления пути введения протеза:

произвольный;

метод выбора;

метод определения среднего наклона длинных осей опорных зубов;

= все перечисленные.

19. Произвольный метод показан:

при большом количестве опорных зубов и незначительном их наклоне;

значительном числе кламмеров, значительном наклоне опорных зубов;

= при параллельности вертикальных осей зубов и минимальном количестве кламмеров.

20. Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть (мм):

1–2;

3–4;

= 5–8.

### Ситуационные задачи:

#### **Задача № 1**

Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке. При осмотре полости рта:

а) Интактные зубные ряды;

б) Нейтральная (физиологическая) в сагиттальной плоскости (1 класс по Энгля);

в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей;

г) Тортоаномалия верхних клыков;

д) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку);

е) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной.

1. Определите план диагностических мероприятий;

2. Поставьте диагноз;

3. Объясните термин «тортоаномалия зуба»;

4. Объясните механизм возникновения кариозного процесса;



5. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии;

6. Объясните морфологические изменения, происходящие зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.

#### **Задача №2**

У пациента в полости рта остались 6 5 I 7 8 I 4 5, ему изготовлены съемные протезы. После припасовки и наложения съемных протезов обнаружилось: углы рта опущены, губы запавшие, при разговоре верхние зубы не видны из под края красной каймы. Допущена ли ошибка в процессе изготовления протезов? Кем и какая?

#### **Задача №3**

Больная С., 35 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с просьбой восстановить утраченные 6 ! 6 зубы. Поставьте диагноз. Уточните – нуждается ли данная больная в протезировании?

#### **Задача №4**

При замене воскового базиса на пластмассовый з/т после выпаривания воска замешал пластмассу, уложил ее в кювету, затянул кювету в бюгель и положил в кипящую воду. При истечении 1 часа техник вынул кювету, охладил под струей холодной воды и приступил к извлечению готового протеза из кюветы. Есть ли ошибки в манипуляциях, сделанных з/т, и если есть, то к каким последствиям они приведут?

#### **Задача №5**

При получении анатомических оттисков для изготовления пластиночных протезов не просняты верхнечелюстные бугры и нижнечелюстные (слизистые) бугорки. Какие причины могли привести к некачественному получению оттисков? Какая подготовка стандартных оттискных ложек может предшествовать получению оттиска?

#### **Задача №6**

При наложении бюгельного протеза на нижнюю челюсть обнаружена щель между базисом и передними естественными зубами. Что явилось причиной ошибок и как ее исправить?

#### **Задача №7**

При наложении бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти обнаружено, что при центральном смыкании между искусственными зубами справа имеется щель около 2 мм, в то время как естественные зубы в переднем отделе и искусственные слева плотно смыкаются. Укажите причины ошибки и пути ее исправления.

#### **Задача №8**

Вы начали определять центральную окклюзию у больного с частичным отсутствием зубов на верхней челюсти. Вы ввели восковый базис с окклюзионными валиками в рот и предложили пациенту сомкнуть челюсти. При этом Вы обнаружили, что зубы антагонисты смыкаются, а между восковым валиком и зубами н/ч имеется просвет шириной до 3 – 4 мм. Ваши действия?

#### **Задача №9**

Стоматолог-ортопед перед определением центральной окклюзии осмотрел поступившие из зуботехнической лаборатории рабочие модели с восковыми базисами и прикусными валиками. Им

было выявлено неплотное прилегание верхнего и нижнего базисов к модели, отсутствие армирующей проволоки, резкий переход базисов в окклюзионные валики. Ширина валиков во фронтальном участке 0,5мм, в боковом- 1,0мм. Какие ошибки допущены зубным техником? Можно ли определять на изготовленных валиках центральную окклюзию?

## **Тема 6 Клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
2. Бюгельные протезы составные элементы.
3. Показания к применению бюгельных протезов.
4. Клинико-анатомическое обоснование расположения бюгельного протеза.
5. Протяженность дуги бюгельного протеза на нижней челюсти определяется
6. Системы крепления бюгельного протеза в зависимости от дефекта
7. Толщина дуги бюгельного протеза на верхней челюсти
8. Опорная функция опорно-удерживающего кламмера обеспечивается
9. Ошибки на этапе полимеризации бюгельного протеза.

### Тестовый контроль:

1. К 4 типу кламмеров Нея относятся:

кольцевой;

= одноплечевой с окклюзионной накладкой, расположенной у основания плеча или на самом плече;

двуплечий кламмер с окклюзионной накладкой.

2. Расположение дуги бюгельного протеза на нижней челюсти в области передних зубов:

выше шеек сохранившихся зубов;

= на середине между шейками зубов и переходной складкой;

на уровне шеек сохранившихся зубов.

3. Протяженность дуги бюгельного протеза на нижней челюсти определяется:

состоянием зубов, ограничивающих дефект;

величиной дефекта;

= топографией дефекта и его величиной.

4. Толщина дуги бюгельного протеза на верхней челюсти составляет (в мм):

3,0–4,0;

2,0–2,5;

= 1,0–1,5.

5. Что представляет собой кламмер Кемени?

кламмер, который является отростком базиса, располагающимся почти у самой переходной складки;

кламмер, имеющий окклюзионную накладку и два плеча;

= кламмер, который представляет собой отростки базиса протеза, прилегающие к зубам ниже экватора с вестибулярной стороны.

6. Кламмер 1-го типа в системе Нея используется при расположении межевой линии:

= когда она проходит по щечной или язычной поверхности зуба, примерно

посередине коронки в зоне, прилегающей к дефекту и несколько приближаясь к десне в пришеечной области;

высоко на контактной поверхности зуба, обращенной к дефекту;

на щечной поверхности зуба ближе к жевательной поверхности.

7. Фиксация бюгельного протеза обеспечивается за счет:  
окклюзионной накладки;  
стабилизирующей части плеча кламмера;  
= ретенционной части плеча кламмера.
8. К 1-му типу кламмеров Нея относят кламмер:  
Бонихарта;  
= Аккера;  
Бонвиля.
9. Кламмер 2-го типа по Нею используется когда:  
= межевая линия проходит высоко в ближайшей к дефекту зоне и опущена в отдаленной;  
межевая линия проходит низко по контактной поверхности, обращенной к дефекту;  
межевая линия проходит по щечной поверхности посередине коронки зуба.
10. Опорная функция опорно-удерживающего кламмера обеспечивается:  
нижней частью плеча кламмера;  
= верхней частью плеча кламмера и окклюзионной накладкой;  
телом кламмера.
11. Дуга бюгельного протеза на нижней челюсти представляет металлическую полосу шириной (мм):  
5,0–6,0;  
= 2,0–3,0;  
1,0–1,5.
12. Дуга бюгельного протеза на верхней челюсти должна отстоять от слизистой оболочки (мм):  
на 0,2;  
= 0,5–1,0;  
на 2,0–3,0.
13. Требования, предъявляемые к опорным зубам для кламмерной фиксации бюгельного протеза:  
они должны быть устойчивыми;  
не должны иметь патологических изменений в области апекса;  
иметь правильную анатомическую форму;  
= все перечисленные.
14. Место расположения задней нёбной дуги бюгельного протеза на верхней челюсти:  
на уровне вторых моляров;  
дистальный край дуги расположен на границе мягкого и твердого неба;  
огинает с дистальной стороны тораус;  
= в задней трети твердого нёба, отступив от линии «А» на 10–12 мм.
15. Сколько требуется моделей для изготовления бюгельного протеза?  
одна рабочая из обычного гипса;  
одна рабочая из обычного гипса и вспомогательная;  
= две рабочие (одна из них из супергипса) и вспомогательная;  
две рабочие из обычного гипса и вспомогательная.
16. Что дает параллелометрия?  
выбор типа кламмера;  
расположение частей кламмера на опорном зубе;  
определение пути введения и выведения бюгельного протеза;  
нахождение клинического экватора зуба;  
= все перечисленные.
17. Методы изготовления каркасов бюгельных протезов:  
паяный;

по выплавляемым моделям;  
на огнеупорных моделях;  
= все перечисленные.

18. Назовите методы выявления пути введения протеза:

произвольный;  
метод выбора;  
метод определения среднего наклона длинных осей опорных зубов;  
= все перечисленные.

19. Произвольный метод показан:

при большом количестве опорных зубов и незначительном их наклоне;  
значительном числе кламмеров, значительном наклоне опорных зубов;  
= при параллельности вертикальных осей зубов и минимальном количестве кламмеров.

20. Ширина дуги бюгельного протеза на верхнюю челюсть (мм):

1–2;  
3–4;  
= 5–8.

### Ситуационные задачи:

#### **Задача № 1**

Пациентка А, 28 лет обратилась в клинику кафедры ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида при разговоре и улыбке. При осмотре полости рта:

- а) Интактные зубные ряды;
  - б) Нейтральная (физиологическая) в сагитальной плоскости (1 класс по Энгля);
  - в) Скученное положение передней группы зубов верхней и нижней челюстей;
  - г) Тортоаномалия верхних клыков;
  - д) Множественные кариозные поражения (III класс по Блэку);
  - е) Форма верхней и нижней зубных дуг приближается к седловидной.
1. Определите план диагностических мероприятий;
  2. Поставьте диагноз;
  3. Объясните термин «тортоаномалия зуба»;
  4. Объясните механизм возникновения кариозного процесса;
  5. Предложите план комплексной реабилитации данной патологии с применением современных технологий в стоматологии;
  6. Объясните морфологические изменения, происходящие зубочелюстной системе человека при проведении ортодонтического лечения аномалий окклюзии.

#### **Задача №2**

У пациента в полости рта остались 6 5 I 7 8 I 4 5, ему изготовлены съемные протезы. После припасовки и наложения съемных протезов обнаружилось: углы рта опущены, губы запавшие, при разговоре верхние зубы не видны из под края красной каймы. Допущена ли ошибка в процессе изготовления протезов? Кем и какая?

#### **Задача №3**

Больная С., 35 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с просьбой восстановить утраченные 6 ! 6 зубы. Поставьте диагноз. Уточните – нуждается ли данная больная в протезировании?

#### **Задача №4**

При замене воскового базиса на пластмассовый з/т после выпаривания воска замешал пластмассу,

уложил ее в кювету, затянул кювету в бюгель и положил в кипящую воду. При истечении 1 часа техник вынул кювету, охладил под струей холодной воды и приступил к извлечению готового протеза из кюветы. Есть ли ошибки в манипуляциях, сделанных з/т, и если есть, то к каким последствиям они приведут?

#### **Задача №5**

При получении анатомических оттисков для изготовления пластиночных протезов не просняты верхнечелюстные бугры и нижнечелюстные (слизистые) бугорки. Какие причины могли привести к некачественному получению оттисков? Какая подготовка стандартных оттискных ложек может предшествовать получению оттиска?

#### **Задача №6**

При наложении бюгельного протеза на нижнюю челюсть обнаружена щель между базисом и передними естественными зубами. Что явилось причиной ошибок и как ее исправить?

#### **Задача №7**

При наложении бюгельных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти обнаружено, что при центральном смыкании между искусственными зубами справа имеется щель около 2 мм, в то время как естественные зубы в переднем отделе и искусственные слева плотно смыкаются. Укажите причины ошибки и пути ее исправления.

#### **Задача №8**

Вы начали определять центральную окклюзию у больного с частичным отсутствием зубов на верхней челюсти. Вы ввели восковый базис с окклюзионными валиками в рот и предложили пациенту сомкнуть челюсти. При этом Вы обнаружили, что зубы антагонисты смыкаются, а между восковым валиком и зубами н/ч имеется просвет шириной до 3 – 4 мм. Ваши действия?

#### **Задача №9**

Стоматолог-ортопед перед определением центральной окклюзии осмотрел поступившие из зуботехнической лаборатории рабочие модели с восковыми базисами и прикусными валиками. Им было выявлено неплотное прилегание верхнего и нижнего базисов к модели, отсутствие армирующей проволоки, резкий переход базисов в окклюзионные валики. Ширина валиков во фронтальном участке 0,5мм, в боковом- 1,0мм. Какие ошибки допущены зубным техником? Можно ли определять на изготовленных валиках центральную окклюзию?

## **Тема 7 Бюгельные протезы с фиксацией на аттачмены, с балочной и телескопической системами фиксации**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
2. Бюгельные протезы составные элементы.
3. Показания к применению бюгельных протезов.
4. Клинико-анатомическое обоснование расположения бюгельного протеза.
5. Протяженность дуги бюгельного протеза на нижней челюсти определяется
6. Системы крепления бюгельного протеза в зависимости от дефекта
7. Толщина дуги бюгельного протеза на верхней челюсти

8. Опорная функция опорно-удерживающего кламмера обеспечивается
9. Ошибки на этапе полимеризации бюгельного протеза.
10. Бюгельные протезы с фиксацией на аттачмены.
11. Бюгельные протезы с балочной системой фиксации.
12. Бюгельные протезы с телескопической системой фиксации.

### *Раздел 7. Полное съёмное протезирование*

#### **Тема 1 Клинико-морфологические и функциональные нарушения при полном отсутствии зубов. Особенности обследования больных.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Распространенность полной потери зубов по данным Г. В. Базияна.
2. Какие функциональные нарушения отмечаются при полной потере зубов?
3. В течение какого периода наступает полная адаптация к съемному протезу по Курляндскому?
4. В чем отличие классификации беззубой верхней челюсти Курляндского от классификации Шредера?
5. От чего зависит успешное построение полных съемных протезов?
6. Границу базиса полного съемного протеза на нижней челюсти.
7. При каком типе слизистой оболочки по Суппле наиболее благоприятные условия для пользования полным съемным протезом?
8. Старческая прогения.
9. Атрофия альвеолярных отростков.
10. Особенности обследования пациентов с полной вторичной адентией.

#### **Тема2 Клиническая характеристика беззубых верхних челюстей. Формулирование диагноза у пациентов с полным отсутствием зубов. Подготовка больных к протезированию.**

##### Собеседование по контрольным вопросам.

1. Подготовка больных к протезированию.
2. Какие функциональные нарушения отмечаются при полной потере зубов?
3. От чего зависит успешное построение полных съемных протезов?
4. Границу базиса полного съемного протеза на нижней челюсти.
5. Старческая прогения.

6. Атрофия альвеолярных отростков.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Обследование пациентов с полной вторичной адентией.

### **Тема 3 Методы фиксации съемных протезов при полной потере зубов.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Перечислить методы фиксации.
2. Понятие клапанная зона.
3. Какие функциональные нарушения отмечаются при полной потере зубов?
4. В течение какого периода наступает полная адаптация к съемному протезу по Курляндскому?
5. В чем отличие классификации беззубой верхней челюсти Курляндского от классификации Шредера?
6. От чего зависит успешное построение полных съемных протезов?
7. Границу базиса полного съемного протеза на нижней челюсти.
8. При каком типе слизистой оболочки по Суппле наиболее благоприятные условия для пользования полным съемным протезом?
9. Старческая прогения.
10. Атрофия альвеолярных отростков.
11. Особенности обследования пациентов с полной вторичной адентией.

### **Тема 4 Отгиски, применяемые при съемном протезировании беззубых челюстей, их классификация. Функциональные методы получения слепков.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Виды отгискных материалов.
2. Понятие функциональный оттиск.

3. Методы получения функционального оттиска.
4. Перечислить методы фиксации.
5. Понятие клапанная зона.
6. При каком типе слизистой оболочки по Суппле наиболее благоприятные условия для пользования полным съемным протезом?

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

Практические навыки:

1. Получение оттисков беззубых челюстей.
2. Отливка моделей челюстей.

Тестовый контроль:

1. Фиксация протезов — это:  
= удержание протеза в полости рта в покое;  
неподвижность протеза при функции;  
удержание протеза в покое и при жевании.
2. Для изготовления двуслойных базисов используют эластические пластмассы:  
фторакс;  
= ортосил-М;  
бакрил.
3. Стабилизация протеза — это:  
удержание протеза в полости рта в покое;  
= неподвижность протеза при функции;  
неподвижность протеза в покое и во время функции.
4. Имеются 2 пары антагонизирующих зубов, можно ли фиксировать центральную окклюзию при помощи гипсовых фиксажей?  
да;  
= нет;  
да, по желанию больного.
5. Распространенность полной потери зубов по данным Г. В. Базияна на 1000 человек в возрасте 50–59 лет:  
10 человек;  
20 человек;  
=54 человека.
6. Какие функциональные нарушения отмечаются при полной потере зубов?  
рефлекторно нарушается регуляция сокращений жевательной мускулатуры;  
нарушается процесс пережевывания пищи;  
нарушается речеобразование;  
атрофия альвеолярных отростков;  
= все вышеперечисленное.
7. В течение какого периода наступает полная адаптация к съемному протезу по Курляндскому?  
через 1 нед.;



- = 33 дня;  
6 месяцев.
8. При каком типе альвеолярного отростка по Шредеру наиболее лучшие условия для фиксации и стабилизации протезов?  
= при I;  
II;  
при III.
9. При какой форме вестибулярного ската альвеолярного отростка верхней челюсти наиболее лучшие условия для фиксации протеза?  
отлогий;  
= отвесный;  
с навесами.
10. В чем отличие классификации беззубой верхней челюсти Курляндского от классификации Шредера?  
в количестве типов альвеолярного отростка;  
= в состоянии слизистой оболочки и наличии слизисто-железистой подушки под апоневрозом мышц мягкого нёба и выраженности торуса;  
в зависимости от выраженности альвеолярных бугров.
11. Как можно устранить балансировку протеза?  
укорочением границ протеза;  
= переделать протез;  
изменить положение кламмера.
12. От чего зависит успешное построение полных съемных протезов?  
от дифференцированного распределения давления;  
тщательности оформления краев базисов;  
максимального использования протезного поля;  
= от всех вышеперечисленных факторов.
13. После полимеризации имеются поры в области 76 | 67 зубов нижней челюсти базиса протеза. К какому виду пористости они относятся?  
пористость сжатия;  
= газовая пористость;  
гранулярная пористость.
14. Укажите метод фиксации полных съемных протезов, применяемых в настоящее время:  
= биофизический;  
физический;  
биомеханический;  
механический.
15. Функциональные оттиски — это оттиски, полученные:  
индивидуальной ложкой;  
с помощью функциональных проб;  
= индивидуальной ложкой, припасованные с помощью функциональных проб.
16. Первая функциональная проба по Гербсту при припасовке индивидуальной ложки на верхнюю челюсть:  
= широкое открывание рта;  
дотрагивание кончиком языка до щеки при полуоткрытом рте;  
глотание.
17. Границу базиса полного съемного протеза на нижней челюсти по отношению к ретромолярному треугольнику проводят:  
= полностью перекрывая;

- перекрывая на  $1/2$ ;  
не доходят до ретромолярного треугольника.
18. Как должен располагаться прикусной валик на нижней челюсти по отношению к гребню альвеолярного отростка?  
= по центру гребня альвеолярного отростка;  
смещенным на 2 мм от центра гребня альвеолярного отростка наружу;  
смещенным на 5–7 мм внутрь от центра гребня альвеолярного отростка.
19. С целью уменьшения давления оттискового материала на слизистую оболочку перфорацию индивидуальной ложки проводят:  
до ее припасовки в полости рта;  
= после припасовки;  
не проводят.
20. Высота прикусного валика верхней челюсти в боковом отделе (см):  
1,4;  
= 1,2;  
0,8;  
0,5.
21. Воск, используемый для окончательного моделирования базисов протезов, — это:  
лавакс;  
бюгельный;  
= базисный.
22. Функциональные пробы при припасовке индивидуальной ложки на верхней челюсти в дистальном отделе:  
широкое открывание рта;  
визуальная ревизия заднего края ложки;  
вытягивание губ трубочкой;  
= проба глотания.
23. Какие ориентиры используются для создания протетической плоскости?  
нижний край верхней губы, линия волос;  
= зрачковая линия, носоушная линия;  
нижний край верхней губы, зрачковая линия.
24. Высота прикусного валика верхней челюсти во фронтальном отделе (см):  
2;  
= 1,5;  
1
25. При расстановке передние верхние зубы располагаются по отношению к альвеолярному отростку при ортогнатическом соотношении челюстей:  
на середине альвеолярного отростка;  
=  $2/3$  кнаружи;  
на  $2/3$  кнутри.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1**

Больная 57 лет через 1,5 месяца после наложения впервые изготовленных полных съемных протезов обратилась с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство усталости жевательных мышц после приема пищи.  
Объективно: высота нижней трети лица значительно снижена, углы рта опущены, носогубные складки выражены. Пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава и передней

стенки наружного слухового прохода при открывании рта безболезненная. Фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная.

- 1 Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
- 2 Перечислите ошибки, допущенного при протезировании данного пациента.
- 3 Перечислите этапы определения центрального соотношения.
- 4 Приведите классификацию зон податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люнду.
- 5 Как классифицируется протезное ложе верхней и нижней челюсти, в зависимости от степени податливости слизистой (по Супли).

### ***Задача №2***

Пациент Н., 56 лет был протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

- 1 Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
- 2 Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?
- 3 Фазы адаптации к съемным протезам?
- 4 Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.
- 5 Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними.

### ***Задача №3***

Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

- 1 Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
- 2 Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
- 3 Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
- 4 Дать определение понятию физиологический покой.
- 5 Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.
- 6 Перечислите виды функциональных оттисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.

### ***Задача №4***

Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможные причины возникновения данной патологии.

3 Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4 Дифференциальная диагностика.

5 Ваш план ортопедического лечения.

### **Задача №5**

Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1 Поставьте предварительный диагноз.

2 Назначьте дополнительные методы исследования.

3 Механизм действия токсинов при данном заболевании.

4 Ваш план ортопедического лечения.

### **Задача №6**

Больная К. обратилась в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок. Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток (а/о) незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень а/о - острый. Позадимолярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твердого неба выпуклый. Небо плоское. Уздечка верхней губы и щечно-альвеолярные складки прикрепляются близко альвеолярного отростка.

Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается "болтающийся гребень". Позадимолярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

1. Установите основной диагноз и его осложнения.

2. Перечислите клинические этапы изготовления съемных протезов при полном отсутствии зубов.

3. Расскажите о классификациях типов атрофии беззубых челюстей по Шредеру, Курляндскому.

4. Расскажите об особенностях получения функционального оттиска при наличии чрезмерно подвижной слизистой оболочки.

### **Задача №7**

На этапе «проверка восковой конструкции полного съемного протеза» в положении центральной окклюзии обнаружена ошибка, при этом в полости рта определяется:

- преимущественно бугорковое смыкание зубов справа (одноименными буграми);

- повышение межальвеолярной (окклюзионной) высоты;

- смещение центра нижнего зубного ряда вправо;

- просвет между боковыми зубами слева (от 23 до 27 и 33 до 37 ).

1. Объясните причину возникновения ошибки.
2. Дайте определение понятию «центральная окклюзия», «центральное соотношение (положение) челюстей».
3. Назовите последовательность этапов определения центрального соотношения челюстей.
4. Перечислите возможные другие ошибки при определении центрального положения челюстей.
5. Перечислите основные требования, предъявляемые к восковым шаблонам и окклюзионным валикам, применяемым при определении пространственного положения беззубых челюстей.

### **Задача №8**

Больной Н. были изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре. При осмотре в полости рта: граница протеза в области переходной складки соответствует "нейтральной" зоне, в дистальном отделе обнаружено значительное укорочение базиса, в результате чего отмечается нарушение заднего замыкательного клапана и плохая фиксация протеза.

1. Ваша тактика по ведению больного.
2. Назовите факторы обеспечивающие фиксацию съемных протезов на беззубых челюстях.
3. Объясните термины: "стабилизация", "фиксация".
4. Расскажите о правилах проведения перебазировки съемных протезов при полном отсутствии зубов.
5. Назовите стадии созревания пластмассового теста.

## **Тема 5 Определение центрального соотношения челюстей при полной потере зубов.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Виды и методы определения центрального соотношения челюстей при полной потере зубов.
2. Какие функциональные нарушения отмечаются при полной потере зубов?
3. В чем отличие классификации беззубой верхней челюсти Курляндского от классификации Шредера?
4. От чего зависит успешное построение полных съемных протезов?
5. Границу базиса полного съемного протеза на нижней челюсти.
6. При каком типе слизистой оболочки по Суппле наиболее благоприятные условия для пользования полным съемным протезом?

### Практические навыки:

1. Определение центрального соотношения челюстей.

## **Тема 6 Конструирование искусственных зубных рядов при полной потере зубов.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Виды постановок зубов.
2. Постановка зубов по стеклу Васильева
3. Постановка зубов по сферическим поверхностям.
4. Определение формы и цвета зубов.
5. Ориентиры постановки зубов.

Практические навыки:

1. Подбор цвета и формы зубов
2. Выбор метода постановки зубов.

**Тема 7 Проверка конструкций и наложение пластинчатых протезов. Адаптация больного к протезам. Проблемы фонетики.**

Собеседование по контрольным вопросам.

1. Критерии оценки полного съемного протеза на верхнюю челюсть.
2. Критерии оценки полного съемного протеза на нижнюю челюсть.
3. Припасовка протезов на модели.
4. Припасовка протезов в полости рта пациента.
5. Сроки адаптации к полным съемным протезам.
6. Фонетическая адаптация к полным съемным протезам.

**Тема 8 Коррекция и починка полного съемного протеза.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Назовите стадии созревания пластмассового теста.
2. Назовите факторы обеспечивающие фиксацию съемных протезов на беззубых челюстях.
3. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
4. Этап коррекции протеза.
5. причины поломок протезов и их профилактика.
6. Этапы починки протеза.

Практические навыки:

1. Коррекция полного съемного протеза на верхнюю челюсть.
2. Коррекция полного съемного протеза на нижнюю челюсть.

**Тема 9 Изготовление полных съёмных протезов с фарфоровыми зубами, с металлическим и двуслойным базисом. Объемное моделирование съемных пластиночных протезов.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этапы изготовления протезов
2. Показания к изготовлению протезов с фарфоровыми зубами
3. Показания к изготовлению протезов с металлическим базисом
4. Показания к изготовлению протезов с двухслойным базисом
5. Этап полимеризации.

***Раздел 8. Эстетика и косметика в ортопедической стоматологии***

**Тема 1 Понятие эстетики в стоматологии. Основные эстетические параметры. Лицевая композиция; стоматологическая композиция; стомато-лицевая композиция. Красная эстетика.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Срединная линия лица.
2. Отношение ширины улыбки к ширине лица.
3. Лицевая композиция.
4. Стомато-лицевая композиция.
5. Стоматологическая композиция.
6. Правило «золотого сечения».
7. Эстетическая стоматология

**Тема 2 Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных зубных протезов с точки зрения косметики и эстетики.**

Собеседование по контрольным вопросам.

1. Клинические этапы изготовления.
2. Лабораторные этапы изготовления.
3. Антропометрические ориентиры лица.
4. Подбор цвета зубов.
5. Подбор формы зубов.
6. Понятия эстетики и косметики.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Подбор цвета зубов.
2. Подбор формы зубов.

**Тема 3 Эстетические аспекты протезирования с использованием дентальных имплантатов.**

Собеседование по контрольным вопросам.

1. Показания к протезированию на имплантатах.

2. Противопоказания к протезированию на имплантах.
3. Этапы протезирования на имплантах.
4. Рентгенологические методы обследования на имплантах.
5. Ошибки на этапах протезирования на имплантах.

#### **Тема 4 Современные технологии изготовления безметалловых конструкций зубных протезов.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Классификация безметалловых конструкций.
2. Метод фрезирования
3. Положительные качества использования безметалловых конструкций
4. Методика фиксации безметалловых конструкций .
5. Компьютерное моделирование безметалловых конструкций.
6. Компьютерное моделирование улыбки пациента.

### *Раздел 9. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта*

#### **Тема 1 Больные с патологией пародонта в клинике ортопедической стоматологии. Диагностика и принципы ортопедического лечения.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Тяжесть клинических проявлений при функциональной перегрузке
2. Обследование пациента.
3. Выбор метода ортопедического лечения.
4. Выносливость пародонта при нагрузке
5. К какой степени относится подвижность зуба, если он смещается в горизонтальной и вертикальной плоскостях?
6. Принципы ортопедического лечения.

#### **Тема 2 Избирательное пришлифовывание преждевременных контактов зубов.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к избирательному пришлифовыванию
2. Противопоказания к избирательному пришлифовыванию
3. Методики пришлифовывания зубов.
4. Возможные ошибки.
5. Диагностическое шлифовывание зубов на рабочих моделях в

артикуляторе;

##### Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Пришлифовывание зубов на рабочих моделях.

##### Ситуационные задачи:

#### **Задача №1**



В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1 Поставьте диагноз.

2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.

3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.

4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

### **Задача №2**

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу ортопеду.

Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области Нижних жевательных зубов и их подвижность.

Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад. В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37 Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса.

Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.

Десневые сосочки в области гиперелированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени.

Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести.

4. Причины возникновения генерализованных форм парадонтита.

### **Задача №3**

У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов.

Зубы были утеряны более года назад. Атрофия альвеолярного отростка 1/4.

Вопрос:

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?

2. Какой план ортопедического лечения?

**Задача 4.** После обследования больного ему был поставлен диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов нижней челюсти, I класс по Кеннеди, отраженный травматический узел в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Вопрос:

1. Какие элементы следует ввести в бюгельный протез, чтобы обеспечить лечебный эффект в такой ситуации?

2. Что означает «отраженный травматический узел»?

5. В стоматологическую поликлинику обратился больной с жалобами на подвижность ряда зубов, кровоточивость десен.

Вопрос:

1. Составьте план обследования такого больного.
2. Предложите возможные варианты ортопедической конструкции

### **Тема 3 Ортодонтическое лечение пациентов с заболеваниями пародонта.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Критерии выбора ортодонтического аппарата.
2. Атрауматическое ортодонтическое перемещение зубов
3. Показания к ортодонтическому лечению.
4. Противопоказания к ортодонтическому лечению
5. Классификация ортодонтических аппаратов применяемых при лечении.
6. Задачи ортодонтического лечения.

### **Тема 4 Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта.**

**Клинические и лабораторные этапы изготовления временных съемных и несъемных шин.**

#### Собеседование по контрольным вопросам.

1. Первичная и вторичная травматическая окклюзия
2. Задачи временного шинирования:
3. Показания к временному шинированию:
4. Требования к временной шине:
5. Виды временных шин
6. Лигатурная шина
7. Полимерная (адгезивная) шина
8. Осложнения временного шинирования и причины, способствующие их возникновению

#### Тестовый контроль:

1. Резервные силы пародонта по отношению к функциональным возможностям зуба составляют (в %):

= 25;

50;

75;

100

2. Величина резервных сил пародонта зависит:

от возраста;

пола;

атрофии стенок альвеол;

состояния периапикальных тканей;

- = от всех перечисленных факторов.
3. При атрофии костной лунки на  $1/4$  | 3 резервные силы составляют (в %):  
= 25;  
50;  
75
4. Наличие резервных сил при атрофии  $1/2$  длины корня:  
есть;  
= нет;  
есть, но незначительные.
5. Тяжесть клинических проявлений при функциональной перегрузке периодонта зависит:  
от числа утраченных зубов вообще;  
от количества потерянных антагонистов;  
= все вышеперечисленное.
6. Каких осложнений должен опасаться врач, приступая к избирательной при-шлифовке зубов?  
снижение ВНОЛ;  
значительное сошлифовывание твердых тканей и появление чувствительности зубов;  
нарушение функциональной окклюзии;  
= все вышеперечисленное.
7. Избирательную пришлифовку зубов можно проводить, если:  
проведено диагностическое сошлифовывание зубов на рабочих моделях в артикуляторе;  
наличие острой боли в области ВНЧС и жевательных мышц;  
= установлен диагноз, проанализировано состояние зубочелюстной системы, составлен план окклюзионной коррекции.
8. К какому типу относится височно-нижнечелюстной сустав \_\_\_\_\_ смешанный \_\_\_\_\_?
9. Выносливость периодонта при нагрузке определяется:  
одонтопародонтограммой;  
= гнатодинамометрией;  
жевательными пробами.
10. В основу коэффициентов одонтопародонтограммы положены:  
= данные гнатодинамометрии;  
количество корней зубов;  
площадь жевательной поверхности зуба.
11. Допишите. Что входит в понятие анатомо-физиологический комплекс «периодонт»: десна, альвеолярная кость, \_\_\_\_\_ периодонтальная связка \_\_\_\_\_.
12. Изменяется ли возбудимость пульпы при периодонтите?  
= да;  
нет;  
да, но не всегда.
13. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы более чем на  $3/4$  составляет (в %):  
= 0;  
25;  
50;  
75;

100

14. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы на  $\frac{1}{4}$  составляет (в %):

0;

= 25;

50;

75;

100

15. К какой степени относится подвижность зуба, если он смещается в горизонтальной и вертикальной плоскостях?

к I-й;

II-й;

= III-й;

к IV-й.

16. Обнажение корня на  $\frac{3}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

I;

II;

= III;

IV.

17. Обнажение корня на  $\frac{1}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

= I;

II;

III;

IV.

18. Назовите показания для ортодонтического лечения при заболеваниях периодонта:

вторичные деформации;

зубочелюстные аномалии;

= все перечисленные.

19. Кто из ученых разработал и внедрил в практику методику непосредственного протезирования?

В. Ю. Курляндский;

В. А. Копейкин;

= Г. П. Соснин.

20. В какую классификацию входит нозологическая форма «периодонтит»?

ВНОС;

ВОЗ;

= во все перечисленные.

21. Клиническая картина, характеризующаяся гиперемией и отечностью десны, наличием патологических зубодесневых карманов, подвижностью зубов различной степени характерна:

для гингивита;

= пародонтита;

для пародонтоза.

22. Равномерная атрофия альвеолярного отростка при отсутствии подвижности зубов характерна:

для гингивита;

пародонтита;

= для пародонтоза.

23. Допишите формы гингивита по классификации ВОЗ: простой, маргиналь-

ный, гиперпластический, \_\_\_\_\_ язвенный десквамат \_\_\_\_\_.

24. Допишите клинические признаки, лежащие в основе классификации ВНОС 1983 г.: форма, тяжесть, \_\_\_\_\_ течение, распространенность.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1 Поставьте диагноз.

2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.

3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.

4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

##### **Задача №2**

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу ортопеду.

Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области нижних жевательных зубов и их подвижность.

Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад.

В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37 Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса.

Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.

Десневые сосочки в области гиперелированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени.

Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести.

4. Причины возникновения генерализованных форм пародонтита.

##### **Задача №3**

У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов. Зубы были утеряны более года назад. Атрофия альвеолярного отростка 1/4.

Вопрос:

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?

2. Какой план ортопедического лечения?

#### **Задача №4**

После обследования больного ему был поставлен диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов нижней челюсти, I класс по Кеннеди, отраженный травматический узел в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Вопрос:

1. Какие элементы следует ввести в бюгельный протез, чтобы обеспечить лечебный эффект в такой ситуации?
2. Что означает «отраженный травматический узел»?
5. В стоматологическую поликлинику обратился больной с жалобами на подвижность ряда зубов, кровоточивость десен.

Вопрос:

1. Составьте план обследования такого больного.
2. Предложите возможные варианты ортопедической конструкции

#### **Тема 5 Ортопедическое лечение пациентов с очаговым пародонтитом. Анализ одонтопародонтограммы. Постоянные шины. Особенности шинирующих конструкций при сохранении зубных рядов и частичном отсутствии зубов.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология и патогенез очагового пародонтита.
2. Анализ одонтопародонтограммы.
3. Классификация постоянных шин.
4. Показания к изготовлению постоянных шин.
5. Противопоказания к изготовлению постоянных шин.
6. Виды стабилизации.
7. Профилактика осложнений при постоянном шинировании.

#### **Тема 6 Планирование съемных цельнолитых конструкции шин-протезов. Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов. Этапы изготовления шин-протезов, применяемых для лечения заболеваний пародонта.**

Собеседование по контрольным вопросам.

1. Виды съемных цельнолитых конструкции шин-протезов
2. Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов
3. Этапы изготовления шин-протезов, применяемых для лечения заболеваний пародонта.
4. Бюгельная система фиксации шин протезов.
5. Балочная система фиксации шин протезов.
6. Телескопическая система фиксации шин протезов.
7. Кламмерная система фиксации шин протезов.

Тестовый контроль:

1. Резервные силы пародонта по отношению к функциональным возможностям зуба составляют (в %):

= 25;

50;

75;

100

2. Величина резервных сил периодонта зависит:  
от возраста;  
пола;  
атрофии стенок альвеол;  
состояния периапикальных тканей;  
= от всех перечисленных факторов.
3. При атрофии костной лунки на  $1/4$  | 3 резервные силы составляют (в %):  
= 25;  
50;  
75
4. Наличие резервных сил при атрофии  $1/2$  длины корня:  
есть;  
= нет;  
есть, но незначительные.
5. Тяжесть клинических проявлений при функциональной перегрузке периодонта зависит:  
от числа утраченных зубов вообще;  
от количества потерянных антагонистов;  
= все вышеперечисленное.
6. Каких осложнений должен опасаться врач, приступая к избирательной при-шлифовке зубов?  
снижение ВНОЛ;  
значительное сошлифовывание твердых тканей и появление чувствительности зубов;  
нарушение функциональной окклюзии;  
= все вышеперечисленное.
7. Избирательную пришлифовку зубов можно проводить, если:  
проведено диагностическое сошлифовывание зубов на рабочих моделях в артикуляторе;  
наличие острой боли в области ВНЧС и жевательных мышц;  
= установлен диагноз, проанализировано состояние зубочелюстной системы, составлен план окклюзионной коррекции.
8. К какому типу относится височно-нижнечелюстной сустав \_\_\_\_\_ смешанный \_\_\_\_\_ ?
9. Выносливость периодонта при нагрузке определяется:  
одонтопародонтограммой;  
= гнатодинамометрией;  
жевательными пробами.
10. В основу коэффициентов одонтопародонтограммы положены:  
= данные гнатодинамометрии;  
количество корней зубов;  
площадь жевательной поверхности зуба.
11. Допишите. Что входит в понятие анатомо-физиологический комплекс «периодонт»: десна, альвеолярная кость, \_\_\_\_\_ периодонтальная связка \_\_\_\_\_.
12. Изменяется ли возбудимость пульпы при периодонтите?  
= да;  
нет;  
да, но не всегда.

13. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы более чем на  $\frac{3}{4}$  составляет (в %):

- = 0;
- 25;
- 50;
- 75;
- 100

14. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы на  $\frac{1}{4}$  составляет (в %):

- 0;
- = 25;
- 50;
- 75;
- 100

15. К какой степени относится подвижность зуба, если он смещается в горизонтальной и вертикальной плоскостях?

- к I-й;
- II-й;
- = III-й;
- к IV-й.

16. Обнажение корня на  $\frac{3}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

- I;
- II;
- = III;
- IV.

17. Обнажение корня на  $\frac{1}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

- = I;
- II;
- III;
- IV.

18. Назовите показания для ортодонтического лечения при заболеваниях периодонта:

- вторичные деформации;
- зубочелюстные аномалии;
- = все перечисленные.

19. Кто из ученых разработал и внедрил в практику методику непосредственного протезирования?

- В. Ю. Курляндский;
- В. А. Копейкин;
- = Г. П. Соснин.

20. В какую классификацию входит нозологическая форма «периодонтит»?

- ВНОС;
- ВОЗ;

= во все перечисленные.

21. Клиническая картина, характеризующаяся гиперемией и отечностью десны, наличием патологических зубодесневых карманов, подвижностью зубов различной степени характерна:

- для гингивита;
- = пародонтита;
- для пародонтоза.



22. Равномерная атрофия альвеолярного отростка при отсутствии подвижности зубов характерна:

для гингивита;

пародонтита;

= для пародонтоза.

23. Допишите формы гингивита по классификации ВОЗ: простой, маргинальный, гиперпластический, \_\_\_\_\_ язвенный десквамат \_\_\_\_\_.

24. Допишите клинические признаки, лежащие в основе классификации ВНОС 1983 г.: форма, тяжесть, \_\_\_\_\_ течение, распространенность .

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1 Поставьте диагноз.

2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.

3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.

4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

##### **Задача №2**

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу ортопеду.

Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области Нижних жевательных зубов и их подвижность.

Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад. В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37 Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса.

Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.

Десневые сосочки в области гиперелированы, отечны с цианотичными оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени.

Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести.

4. Причины возникновения генерализованных форм пародонтита.

##### **Задача №3**

У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов. Зубы были утрачены более года назад. Атрофия альвеолярного отростка  $\frac{1}{4}$ .

Вопрос:

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?
2. Какой план ортопедического лечения?

#### **Задача №4**

После обследования больного ему был поставлен диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов нижней челюсти, I класс по Кеннеди, отраженный травматический узел в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Вопрос:

1. Какие элементы следует ввести в бюгельный протез, чтобы обеспечить лечебный эффект в такой ситуации?
2. Что означает «отраженный травматический узел»?
5. В стоматологическую поликлинику обратился больной с жалобами на подвижность ряда зубов, кровоточивость десен.

Вопрос:

1. Составьте план обследования такого больного.
2. Предложите возможные варианты ортопедической конструкции

### **Тема 7 Особенности применения постоянных шинирующих аппаратов-протезов при генерализованном пародонтите и сохраненных зубных рядах. Обоснование выбора конструктивных особенностей и видов шин.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Виды съемных цельнолитых конструкции шин-протезов
2. Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов
3. Этапы изготовления шин-протезов, применяемых для лечения заболеваний пародонта.
4. Бюгельная система фиксации шин протезов.
5. Балочная система фиксации шин протезов.
6. Телескопическая система фиксации шин протезов.
7. Кламмерная система фиксации шин протезов.

#### Тестовый контроль:

1. Резервные силы пародонта по отношению к функциональным возможностям зуба составляют (в %):  
= 25;  
50;  
75;  
100
2. Величина резервных сил пародонта зависит:  
от возраста;  
пола;  
атрофии стенок альвеол;  
состояния периапикальных тканей;  
= от всех перечисленных факторов.
3. При атрофии костной лунки на  $\frac{1}{4}$  | 3 резервные силы составляют (в %):  
= 25;

50;

75

4. Наличие резервных сил при атрофии 1/2 длины корня:

есть;

= нет;

есть, но незначительные.

5. Тяжесть клинических проявлений при функциональной перегрузке периодонта зависит:

от числа утраченных зубов вообще;

от количества потерянных антагонистов;

= все вышеперечисленное.

6. Каких осложнений должен опасаться врач, приступая к избирательной пришлифовке зубов?

снижение ВНОЛ;

значительное сошлифовывание твердых тканей и появление чувствительности зубов;

нарушение функциональной окклюзии;

= все вышеперечисленное.

7. Избирательную пришлифовку зубов можно проводить, если:

проведено диагностическое сошлифовывание зубов на рабочих моделях в артикуляторе;

наличие острой боли в области ВНЧС и жевательных мышц;

= установлен диагноз, проанализировано состояние зубочелюстной системы, составлен план окклюзионной коррекции.

8. К какому типу относится височно-нижнечелюстной сустав

\_\_\_\_\_ смешанный \_\_\_\_\_?

9. Выносливость периодонта при нагрузке определяется:

одонтопародонтограммой;

= гнатодинамометрией;

жевательными пробами.

10. В основу коэффициентов одонтопародонтограммы положены:

= данные гнатодинамометрии;

количество корней зубов;

площадь жевательной поверхности зуба.

11. Допишите. Что входит в понятие анатомо-физиологический комплекс «периодонт»: десна, альвеолярная кость,

\_\_\_\_\_ периодонтальная связка \_\_\_\_\_.

12. Изменяется ли возбудимость пульпы при периодонтите?

= да;

нет;

да, но не всегда.

13. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы более чем на  $\frac{3}{4}$  составляет (в %):

= 0;

25;

50;

75;

100

14. Величина резервных сил периодонта при атрофии альвеолы на  $\frac{1}{4}$  составляет (в %):

0;  
= 25;  
50;  
75;  
100

15. К какой степени относится подвижность зуба, если он смещается в горизонтальной и вертикальной плоскостях?

к I-й;  
II-й;  
= III-й;  
к IV-й.

16. Обнажение корня на  $\frac{3}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

I;  
II;  
= III;  
IV.

17. Обнажение корня на  $\frac{1}{4}$  его длины соответствует степени атрофии альвеолы:

= I;  
II;  
III;  
IV.

18. Назовите показания для ортодонтического лечения при заболеваниях пародонта:

вторичные деформации;  
зубочелюстные аномалии;  
= все перечисленные.

19. Кто из ученых разработал и внедрил в практику методику непосредственного протезирования?

В. Ю. Курляндский;  
В. А. Копейкин;  
= Г. П. Соснин.

20. В какую классификацию входит нозологическая форма «пародонтит»?

ВНОС;  
ВОЗ;

= во все перечисленные.

21. Клиническая картина, характеризующаяся гиперемией и отеком десны, наличием патологических зубодесневых карманов, подвижностью зубов различной степени характерна:

для гингивита;  
= пародонтита;  
для пародонтоза.

22. Равномерная атрофия альвеолярного отростка при отсутствии подвижности зубов характерна:

для гингивита;  
пародонтита;

= для пародонтоза.

23. Допишите формы гингивита по классификации ВОЗ: простой, маргинальный, гиперпластический, \_\_\_\_\_ язвенный десквамат \_\_\_\_\_.

24. Допишите клинические признаки, лежащие в основе классификации ВНОС 1983 г.: форма, тяжесть, \_\_\_\_\_ течение, распространенность .

### Ситуационные задачи:

#### **Задача №1**

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной, 45 лет с жалобами на частичное отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, повышенную чувствительность фронтальной группы зубов к химическим (кислое, сладкое) и Механическим (чистка зубов) раздражителям.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижнего отдела лица. Глубокое резцовое перекрытие. 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 отсутствуют в течение 8 лет, отмечается разрушение коронковой части фронтальных зубов верхней и нижней челюстей на 1/2 их высоты, фасетки стирания в пределах дентина.

1 Поставьте диагноз.

2 Укажите причины и механизм развития данного заболевания.

3 Какие формы этого заболевания вы знаете, в зависимости от глубины поражения твердых тканей зуба, протяженности процесса, плоскости поражения и изменения чувствительности дентина.

4 Чем характеризуется клиническая картина данного заболевания при бруксизме?

5 Составьте и обоснуйте план лечения.

#### **Задача №2**

Больной А. 49 лет с целью протезирования обратился к врачу ортопеду.

Жалобы: На затрудненное пережевывание пищи, боль и кровоточивость десен в области Нижних жевательных зубов и их подвижность.

Анамнез: Со слов больного выяснено, что подобная болезненность появилась 6 месяцев назад.

В области нижней челюсти слева был мостовидный протез с опорой на 35 и 37 Месяц тому назад 35 был удален, в результате осложненного кариеса.

Объективно: Больной в течении 3 лет находится на учете у пародонтолога.

Десневые сосочки в области гиперелированы, отечны с цианотичным оттенком, при дотрагивании кровоточат, пародонтальные карманы между ними 4-4,5 мм. Из которых выделяется серозно-гнойный экссудат, шейки оголены, подвижность II степени.

Пародонтальные карманы в 33 - 3,5-4 мм, подвижность I степени

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Опишите рентгенологическую картину пародонтита средней степени тяжести.

4. Причины возникновения генерализованных форм пародонтита.

#### **Задача №3**

У больного, обратившегося в ортопедическое отделение, вследствие перекрестной потери жевательных зубов отмечаются признаки травматической перегрузки фронтальных зубов. Зубы были утеряны более года назад. Атрофия альвеолярного отростка 1/4.

Вопрос:

1. Какие клинические проявления будут наблюдаться при таком патологическом состоянии?

2. Какой план ортопедического лечения?

#### **Задача №4**

После обследования больного ему был поставлен диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов нижней челюсти, I класс по Кеннеди, отраженный травматический узел в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Вопрос:

1. Какие элементы следует ввести в бюгельный протез, чтобы обеспечить лечебный эффект в такой ситуации?
2. Что означает «отраженный травматический узел»?
5. В стоматологическую поликлинику обратился больной с жалобами на подвижность ряда зубов, кровоточивость десен.

Вопрос:

1. Составьте план обследования такого больного.
2. Предложите возможные варианты ортопедической конструкции

## **Тема 8 Непосредственное протезирование при лечении пациентов с пародонтитами и пародонтозами.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к непосредственному протезированию.
2. Противопоказания к непосредственному протезированию.
3. Этапы изготовления имедиат протеза.
4. Методы изготовления имедиат протеза.
5. Наложение и правила пользования.
6. Подбор искусственных зубов.
7. Разновидности системы фиксации.

## ***Раздел 10. Лечение пациентов с заболеваниями ВНЧС***

**Тема 1 Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Клинико-инструментальные и аппаратные методы обследования больных с патологией ВНЧС. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы ортопедического лечения. Аппараты для обследования больных с патологией ВНЧС (лицевые дуги, артикуляторы, аксиографы)**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Гнатология – как наука.
2. Строение ВНЧС. Сравнительная характеристика строения ВНЧС человека и животного.
3. Резцовое перекрытие.
4. Оклюзионные контакты жевательных зубов, как основные звенья, обеспечивающие стабильное положение нижней челюсти.
5. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
6. Биомеханика движений нижней челюсти.
7. Объясните понятие – артикуляция.
8. Назовите основные положения сферической теории балансирования.

**Тема 2 Патологические состояния жевательных мышц, их взаимосвязь с ВНЧС и окклюзией, компенсаторные изменения работы жевательной мускулатуры, лечение патологических состояний жевательных мышц.**

Собеседование по контрольным вопросам.

1. Окклюзионные контакты жевательных зубов, как основные звенья, обеспечивающие стабильное положение нижней челюсти.
2. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
3. Биомеханика движений нижней челюсти.
4. Объясните понятие – артикуляция.
5. Назовите основные положения сферической теории балансирования.
6. Компенсаторные изменения работы жевательной мускулатуры
7. Лечение патологических состояний жевательных мышц.
8. Патологические состояния жевательных мышц
9. Амплитуда свободных движений нижней челюсти, характер открывания рта.
10. Определение нижней трети лица в покое и в положении центральной окклюзии.

Тестовый контроль:

1. Боковые движения нижней челюсти возникают в результате одностороннего сокращения.  
медиальной крыловидной мышцы  
= латеральной крыловидной мышцы  
обеих мышц
2. Угол сагиттального суставного пути (по гизи) в среднем равен.  
= 33°  
37°  
40°
3. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения.  
сократительной способности мышц челюстно-лицевой области  
= изменений гемодинамики  
движения головок нижней челюсти  
размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава
4. Согласно мышечной теории дисфункция внчс происходит в результате.  
бруксизма и стискивания зубов  
= продолжительной мышечной гиперактивности  
аномалий и деформаций окклюзии

5. Ведущие позиции в возникновении дисфункции ВНЧС занимают.

= окклюзионные нарушения  
нарушения психоэмоционального статуса  
гипертонус жевательных мышц

6. Величина угла резцового бокового пути составляет в среднем (в градусах):

- a) 90-99;
- =b) 100–110;
- c) 111–120.

7. При прямом прикусе имеются сагиттальные резцовый путь и угол?

- a) да;
- =b) нет;
- c) да, 90°.

8. Признак «ключ окклюзии» касается взаимоотношения:

- a) центральных резцов;
- b) первых премоляров;
- =c) первых моляров.

9. В каком случае движения нижней челюсти направляются артикулирующими поверхностями суставов?

- a) при точечных контактах во фронтальном участке; b) при отсутствии контакта между зубами;
- c) при контактах в боковых участках.

10. Укажите основные оси вращения суставных головок в суставных ямках:

- a) вертикальная;
- b) сагиттальная;
- c) горизонтальная;
- =d) все перечисленные.

11. Какая рентгенологическая картина характерна для артрита ВНЧС при смыкании челюстей в ЦО?

- =a) положение суставной головки у основания суставного бугорка;
- b) увеличение задней суставной щели;
- c) увеличение передней суставной щели;
- d) все перечисленное.

12. При лечении вывиха и подвывиха можно использовать следующие аппараты:

- a) Петросова;
- b) Померанцевой–Урбанской;
- c) Ядровой;
- =d) все перечисленные.

13. Укажите составляющие части аппарата Ядровой, применяемого у больных с вывихом в ВНЧС \_\_\_платинка, отросток с пелотами.

14. Укажите, о каких перечисленных ниже факторах должен помнить ортопед выравнивая окклюзионную поверхность путем повышения окклюзионной высоты:

- a) о множественном контакте;
- b) сохранении физиологического покоя жевательной мускулатуры;
- c) о возможности жалоб больного со стороны ВНЧС и жевательной мускулатуры;
- =d) все вышеперечисленные.



15. Для синдрома Костена характерны следующие симптомы:

- a) боль и хруст в области височного нижнечелюстного сустава;
- b) снижение слуха;
- c) сухость в полости рта;
- =d) все вышеперечисленные.

16. Укажите основные этиопатогенетические моменты в развитии заболеваний ВНЧС:

- a) окклюзионные;
- b) психоэмоциональные;
- =c) все перечисленные.

17. Укажите метод рентгенодиагностики больных с заболеванием ВНЧС:

- a) ортопантомография;
- =b) панорамная зонография;
- c) телерентгенография.

18. Укажите специальный метод диагностики больных с заболеванием ВНЧС:

- =a) электромиография;
- b) гнатодинамометрия;
- c) ринопневмометрия.

19. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС предусматривает:

- a) восстановление межальвеолярной высоты;
- b) нормализацию положения нижней челюсти;
- c) выравнивание окклюзионной кривой;
- =d) все вышеперечисленное.

20. Причиной привычного вывиха может быть:

- a) широкое открывание рта;
- b) окклюзионные нарушения;
- c) зубочелюстные аномалии.
- =d) все перечисленное.

21. При остром вывихе суставной головки врач обязан:

- a) попросить больного самого осуществить репозицию головок путем трансверзального движения нижней челюсти;
- =b) осуществить репозицию головок, используя метод Гиппократата;
- c) немедленно транспортировать больного в отделение челюстно-лицевой хирургии.

22. Срок лечения привычных вывихов и подвывихов аппаратом Петросова составляет:

- a) 2–3 недели;
- =b) 2–3 месяца;
- c) 6–9 месяцев.

23. Заболевания ВНЧС могут быть вызваны следующими причинами:

- a) снижением окклюзионной высоты;
- b) отсутствием боковых зубов;
- c) наличием преждевременных контактов;
- =d) все перечисленные.

24. Можно ли применять каппы и накусочные пластинки при смещении н/ч и нарушении взаимоотношения элементов сустава?

- =a) да;
- b) нет;

с) только при дефектах зубного ряда.

### Ситуационные задачи:

#### **Задача №1**

Пациент Х., 20 лет обратился с жалобами на боль в околоушно – жевательной области справа при приеме пищи. Боль возникла около 2-х месяцев назад, появление жалоб ни с чем не связывал, однако отмечал совпадение времени начало заболевания с выпускными экзаменами в школе. Объективно: лицо симметричное, открывание рта свободное по средней линии. Пальпация наружной крыловидной мышцы справа слегка болезненна. Прикус ортогнатический, I класс по Энгля, зубные ряды интактные, множественный фиссурно-бугорковый контакт зубов в центральной окклюзии. В передней окклюзии суперконтакт на верхнем центральном резце, остальные зубы разобщены. В положении правой боковой окклюзии на рабочей стороне групповой контакт зубов, на балансирующей стороне контакт 1 и 2- го моляра. В левой боковой окклюзии на рабочей стороне групповой контакт, на балансирующей стороне окклюзионные контакты отсутствуют.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план диагностических мероприятий.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Перечислите возможные диагностические процедуры.

#### **Задача №2**

Пациентка Л., 23 года студентка обратилась с жалобами на боль и щелчки в суставе слева. На ортопантомограмме - интактные зубные ряды, разрушенный и сместившийся вверх нижний зуб мудрости справа. На функциограмме – боковые стороны готического угла нормальные, путь переднего движения зигзагообразно искривлен.

Окклюзионные движения вправо свободные, беспрепятственные, влево – отсутствуют, так как в левой боковой окклюзии на правой балансирующей стороне возникает суперконтакт между сместившимся 3-м нижним моляром и коронкой второго верхнего моляра.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план диагностических мероприятий.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Какую диагностическую аппаратуру будете использовать при составлении плана лечения?

#### **Задача №3**

Больной Н., 29 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания полости рта, увеличивающуюся асимметрию лица, затрудненное откусывание и пережевывания пищи, глотание, нарушение речи. Анамнез: 2 года назад перенес травму челюстнолицевой области слева. После общего лечения боли в области височно-нижнечелюстного сустава не беспокоили, постепенно появилось ограничение открывания рта, увеличивающаяся асимметрия лица.

Объективно: асимметрия лица со смещением подбородка влево.

Открывание полости рта ограничено в пределах 0,7-1 см. При открывании рта смещение увеличивающееся смещение влево. Отмечается нарушение окклюзионных взаимоотношений

зубных рядов и челюстей: с левой стороны наклон в оральную сторону жевательных зубов и альвеолярных отростков. При пальпации ВНЧС слева незначительное шарнирное движение. Боковое движение нижней челюсти сохранено в больную сторону. Рентгенологически: отдельные фиброзные сращения, сужение суставной щели ВНЧС слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите план лечения.
4. Показано ли в данном клиническом случае хирургическое лечение.
5. Каким аппаратом целесообразно пользоваться дополнительно с целью предупреждения перегрузки пародонта и исключения вторичной деформации, особенно у детей?

#### **Задача №4**

Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного разговора и после простудных заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль. Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась.

Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38, на верхней – зубной ряд интактный.

На рентгенограмме – деформация поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика.
4. Определите план и этапы ортопедического лечения.
5. Укажите конструкцию современного рационального протеза.

#### **Задача №5**

Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов. Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоларинголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47,44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36 покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо. На рентгенограммах: сужение суставной щели в височно-нижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Укажите причины патологии.
- 3 Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов.
- 4 Укажите рациональные конструкции протезов.
5. Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

### **Задача №6**

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоларинголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стерты на 1/2 величины коронковой части. Клиновидные дефекты.

Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки.

На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика врача-стоматолога.
3. Определите последовательность и методы лечения.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза.
5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС.

## **Тема 3 Вывихи и дисфункциональные синдромы ВНЧС. Клиника, методы ортопедического лечения.**

### Собеседование по контрольным вопросам.

1. Привычные вывихи в суставе.
2. Этиология и патогенез привычных вывихов в суставе.
3. Подвывих и вывих головки сустава.
4. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Диагностика мышечных и дисковых нарушений.
6. Клиническая картина.
7. Лечение.
8. Мышечно-суставная дисфункция.
9. Этиология.
10. Клиническая картина.

## 11. Комплексное лечение.

### Тестовый контроль:

1. Боковые движения нижней челюсти возникают в результате одностороннего сокращения.  
медиальной крыловидной мышцы  
= латеральной крыловидной мышцы  
обеих мышц
2. Угол сагиттального суставного пути (по гизи) в среднем равен.  
= 33°  
37°  
40°
3. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения.  
сократительной способности мышц челюстно-лицевой области  
= изменений гемодинамики  
движения головок нижней челюсти  
размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава
4. Согласно мышечной теории дисфункция внчс происходит в результате.  
бруксизма и стискивания зубов  
= продолжительной мышечной гиперактивности  
аномалий и деформаций окклюзии
5. Ведущие позиции в возникновении дисфункции внчс занимают.  
= окклюзионные нарушения  
нарушения психоэмоционального статуса  
гипертонус жевательных мышц
6. Величина угла резцового бокового пути составляет в среднем (в градусах):  
а) 90-99;  
=b) 100–110;  
с) 111–120.
7. При прямом прикусе имеются сагиттальные резцовый путь и угол?  
а) да;  
=b) нет;  
с) да, 90°.
8. Признак «ключ окклюзии» касается взаимоотношения:  
а) центральных резцов;  
b) первых премоляров;  
=с) первых моляров.
9. В каком случае движения нижней челюсти направляются артикулирующими поверхностями суставов?  
а) при точечных контактах во фронтальном участке; b) при отсутствии контакта между зубами;  
с) при контактах в боковых участках.
10. Укажите основные оси вращения суставных головок в суставных ямках:

- a) вертикальная;
- b) сагиттальная;
- c) горизонтальная;
- =d) все перечисленные.

11. Какая рентгенологическая картина характерна для артрита ВНЧС при смыкании челюстей в ЦО?

- =a) положение суставной головки у основания суставного бугорка;
- b) увеличение задней суставной щели;
- c) увеличение передней суставной щели;
- d) все перечисленное.

12. При лечении вывиха и подвывиха можно использовать следующие аппараты:

- a) Петросова;
- b) Померанцевой–Урбанской;
- c) Ядровой;
- =d) все перечисленные.

13. Укажите составляющие части аппарата Ядровой, применяемого у больных с вывихом в ВНЧС \_\_\_платинка, отросток с пелотами.

14. Укажите, о каких перечисленных ниже факторах должен помнить ортопед выравнивая окклюзионную поверхность путем повышения окклюзионной высоты:

- a) о множественном контакте;
- b) сохранении физиологического покоя жевательной мускулатуры;
- c) о возможности жалоб больного со стороны ВНЧС и жевательной мускулатуры;
- =d) все вышеперечисленные.

15. Для синдрома Костена характерны следующие симптомы:

- a) боль и хруст в области височного нижнечелюстного сустава;
- b) снижение слуха;
- c) сухость в полости рта;
- =d) все вышеперечисленные.

16. Укажите основные этиопатогенетические моменты в развитии заболеваний ВНЧС:

- a) окклюзионные;
- b) психоэмоциональные;
- =c) все перечисленные.

17. Укажите метод рентгенодиагностики больных с заболеванием ВНЧС:

- a) ортопантомография;
- =b) панорамная зонография;
- c) телерентгенография.

18. Укажите специальный метод диагностики больных с заболеванием ВНЧС:

- =a) электромиография;
- b) гнатодинамометрия;
- c) ринопневмометрия.

19. Ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС предусматривает:

- a) восстановление межальвеолярной высоты;
- b) нормализацию положения нижней челюсти;
- c) выравнивание окклюзионной кривой;
- =d) все вышеперечисленное.

20. Причиной привычного вывиха может быть:
- a) широкое открывание рта;
  - b) окклюзионные нарушения;
  - c) зубочелюстные аномалии.
- =d) все перечисленное.
21. При остром вывихе суставной головки врач обязан:
- a) попросить больного самого осуществить репозицию головок путем трансверзального движения нижней челюсти;
- =b) осуществить репозицию головок, используя метод Гиппократата;
- c) немедленно транспортировать больного в отделение челюстно-лицевой хирургии.
22. Срок лечения привычных вывихов и подвывихов аппаратом Петросова составляет:
- a) 2–3 недели;
- =b) 2–3 месяца;
- c) 6–9 месяцев.
23. Заболевания ВНЧС могут быть вызваны следующими причинами:
- a) снижением окклюзионной высоты;
  - b) отсутствием боковых зубов;
  - c) наличием преждевременных контактов;
- =d) все перечисленные.
24. Можно ли применять каппы и накusочные пластинки при смещении н/ч и нарушении взаимоотношения элементов сустава?
- =a) да;
  - b) нет;
  - c) только при дефектах зубного ряда.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1**

Пациент Х., 20 лет обратился с жалобами на боль в околоушно – жевательной области справа при приеме пищи. Боль возникла около 2-х месяцев назад, появление жалоб ни с чем не связывал, однако отмечал совпадение времени начало заболевания с выпускными экзаменами в школе. Объективно: лицо симметричное, открывание рта свободное по средней линии. Пальпация наружной крыловидной мышцы справа слегка болезненна. Прикус ортогнатический, I класс по Энгля, зубные ряды интактные, множественный фиссурно-бугорковый контакт зубов в центральной окклюзии. В передней окклюзии суперконтакт на верхнем центральном резце, остальные зубы разобщены. В положении правой боковой окклюзии на рабочей стороне групповой контакт зубов, на балансирующей стороне контакт 1 и 2- го моляра. В левой боковой окклюзии на рабочей стороне групповой контакт, на балансирующей стороне окклюзионные контакты отсутствуют.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план диагностических мероприятий.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Перечислите возможные диагностические процедуры.

##### **Задача №2**

Пациентка Л., 23 года студентка обратилась с жалобами на боль и щелчки в суставе слева. На ортопантомограмме - интактные зубные ряды, разрушенный и сместившийся вверх нижний зуб мудрости справа. На функциограмме – боковые стороны готического угла нормальные, путь переднего движения зигзагообразно искривлен.

Окклюзионные движения вправо свободные, беспрепятственные, влево – отсутствуют, так как в левой боковой окклюзии на правой балансирующей стороне возникает суперконтакт между сместившимся 3-м нижним моляром и коронкой второго верхнего моляра.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план диагностических мероприятий.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Какую диагностическую аппаратуру будете использовать при составлении плана лечения?

### ***Задача №3***

Больной Н., 29 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания полости рта, увеличивающуюся асимметрию лица, затрудненное откусывание и пережевывания пищи, глотание, нарушение речи. Анамнез: 2 года назад перенес травму челюстнолицевой области слева. После общего лечения боли в области височно-нижнечелюстного сустава не беспокоили, постепенно появилось ограничение открывания рта, увеличивающаяся асимметрия лица.

Объективно: асимметрия лица со смещением подбородка влево.

Открывание полости рта ограничено в пределах 0,7-1 см. При открывании рта смещение увеличивающееся смещение влево. Отмечается нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и челюстей: с левой стороны наклон в оральную сторону жевательных зубов и альвеолярных отростков. При пальпации ВНЧС слева незначительное шарнирное движение. Боковое движение нижней челюсти сохранено в большую сторону. Рентгенологически: отдельные фиброзные сращения, сужение суставной щели ВНЧС слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите план лечения.
4. Показано ли в данном клиническом случае хирургическое лечение.
5. Каким аппаратом целесообразно пользоваться дополнительно с целью предупреждения перегрузки пародонта и исключения вторичной деформации, особенно у детей?

### ***Задача №4***

Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного Разговора и после простудных заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль. Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась.

Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38, на верхней – зубной ряд интактный.

На рентгенограмме – деформация поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз.



2. Возможные причины заболевания.
3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика.
4. Определите план и этапы ортопедического лечения.
5. Укажите конструкцию современного рационального протеза.

### **Задача №5**

Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов. Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоларинголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47,44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36 покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо. На рентгенограммах: сужение суставной щели в височно-нижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Укажите причины патологии.
- 3 Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов.
- 4 Укажите рациональные конструкции протезов.
5. Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

### **Задача №6**

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоларинголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стертые на 1/2 величины коронковой части. Клиновидные дефекты.

Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки.

На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика врача-стоматолога.

3. Определите последовательность и методы лечения.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза.
5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС.

#### **Тема 4 Клиника, дифференциальная диагностика и методы ортопедического лечения пациентов с патологией ВНЧС, связанной со снижением высоты прикуса.**

##### Собеседование по контрольным вопросам

1. Основные принципы комплексного лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.
2. Оклюзионная коррекция.
3. Виды лечебно-диагностических аппаратов и протезов.
4. Методы изготовления окклюзионных шин. Особенности их применения. Осложнения при применении накусочных пластинок и окклюзионных шин.
5. Методы определения центрального соотношения челюстей.
6. Центральное соотношение челюстей и шарнирная ось суставных головок.
7. Центральное соотношение челюстей, центральная и «привычная» окклюзии.
8. Центральное соотношение челюстей и височно-нижнечелюстной сустав.
9. Проверка правильности определения центрального соотношения челюстей.
10. Восстановление и сохранение окклюзии в реставрационной стоматологии.

##### Ситуационные задачи:

###### **Задача №1**

Пациент Х., 20 лет обратился с жалобами на боль в околоушно – жевательной области справа при приеме пищи. Боль возникла около 2-х месяцев назад, появление жалоб ни с чем не связывал, однако отмечал совпадение времени начала заболевания с выпускными экзаменами в школе. Объективно: лицо симметричное, открывание рта свободное по средней линии. Пальпация наружной крыловидной мышцы справа слегка болезненна. Прикус ортогнатический, I класс по Энгля, зубные ряды интактные, множественный фиссурно-бугорковый контакт зубов в центральной окклюзии. В передней окклюзии суперконтакт на верхнем центральном резце, остальные зубы разобщены. В положении правой боковой окклюзии на рабочей стороне групповой контакт зубов, на балансирующей стороне контакт 1 и 2-го моляра. В левой боковой окклюзии на рабочей стороне групповой контакт, на балансирующей стороне окклюзионные контакты отсутствуют.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план диагностических мероприятий.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Перечислите возможные диагностические процедуры.

###### **Задача №2**

Пациентка Л., 23 года студентка обратилась с жалобами на боль и щелчки в суставе слева. На ортопантомограмме - интактные зубные ряды, разрушенный и сместившийся вверх нижний зуб мудрости справа. На функциограмме – боковые стороны готического угла нормальные, путь переднего движения зигзагообразно искривлен.

Окклюзионные движения вправо свободные, беспрепятственные, влево – отсутствуют, так как в левой боковой окклюзии на правой балансирующей стороне возникает суперконтакт между сместившимся 3-м нижним моляром и коронкой второго верхнего моляра.

Вопросы и задания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план диагностических мероприятий.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Какую диагностическую аппаратуру будете использовать при составлении плана лечения?

### ***Задача №3***

Больной Н., 29 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания полости рта, увеличивающуюся асимметрию лица, затрудненное откусывание и пережевывания пищи, глотание, нарушение речи. Анамнез: 2 года назад перенес травму челюстнолицевой области слева. После общего лечения боли в области височно-нижнечелюстного сустава не беспокоили, постепенно появилось ограничение открывания рта, увеличивающаяся асимметрия лица.

Объективно: асимметрия лица со смещением подбородка влево.

Открывание полости рта ограничено в пределах 0,7-1 см. При открывании рта смещение увеличивающееся смещение влево. Отмечается нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и челюстей: с левой стороны наклон в оральную сторону жевательных зубов и альвеолярных отростков. При пальпации ВНЧС слева незначительное шарнирное движение. Боковое движение нижней челюсти сохранено в большую сторону. Рентгенологически: отдельные фиброзные сращения, сужение суставной щели ВНЧС слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите план лечения.
4. Показано ли в данном клиническом случае хирургическое лечение.
5. Каким аппаратом целесообразно пользоваться дополнительно с целью предупреждения перегрузки пародонта и исключения вторичной деформации, особенно у детей?

### ***Задача №4***

Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного Разговора и после простудных заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль. Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась.

Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38, на верхней – зубной ряд интактный.

На рентгенограмме – деформация поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз.

2. Возможные причины заболевания.
3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика.
4. Определите план и этапы ортопедического лечения.
5. Укажите конструкцию современного рационального протеза.

### **Задача №5**

Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов. Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоларинголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47,44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36 покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо. На рентгенограммах: сужение суставной щели в височно-нижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

- 1 Поставьте диагноз.
- 2 Укажите причины патологии.
- 3 Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов.
- 4 Укажите рациональные конструкции протезов.
5. Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

### **Задача №6**

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоларинголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стертые на 1/2 величины коронковой части. Клиновидные дефекты.

Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки.

На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика врача-стоматолога.

3. Определите последовательность и методы лечения.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза.
5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС.

### **Тема 5. Врачебная тактика и виды ортопедических аппаратов и протезов применяемых при лечении больных с патологией ВНЧС.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Методика обследования ВНЧС и жевательных мышц.
2. Характеристика графических методов исследования.
3. Анализ модели челюстей. Применение индивидуального артикулятора при анализе модели челюстей. Принцип его настройки рот сохраненных зубных рядах.
4. Характеристика нейромускулярного дисфункционального синдрома.
5. Особенности окклюзионно-артикуляционного синдрома.

### *Раздел 11. Челюстно-лицевая ортопедия*

#### **Тема 1 Челюстно-лицевая ортопедия. Классификация челюстно-лицевых аппаратов. Ортопедическое лечение переломов нижней и верхней челюстей.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Челюстно-лицевое протезирование и ее место среди других дисциплин.
2. Цели и задачи предмета, связь с другими дисциплинами.
3. Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов.
4. Методы ортопедического лечения при тугоподвижных обломках.
5. Принципы ортопедического лечения больных с неогнестрельными переломами верхней и нижней челюсти.
6. Методы лучевой диагностики в ортопедической стоматологии. Компьютерная томография, МРТ, радионуклидная диагностика, рентгенологическая и ультразвуковая диагностика.
7. Тактика ортопедического вмешательства и конструктивные особенности протезов при микростомии.
8. Силиконы комнатной полимеризации. Платинум-силиконы, пигментные силиконы для внутренней наружной покраски лицевых протезов.

#### **Тема 2 Ортопедические методы лечения при неправильно сросшихся переломах челюстей, ложных суставах и микростомии.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Особенности лечения при неправильно сросшихся переломах челюстей и костных дефектах нижней челюсти.

2. Основные биоадаптированные полимерные материалы применяемые в изготовлении лицевых протезов.
3. Методы лучевой диагностики в ортопедической стоматологии. Компьютерная томография, МРТ, радионуклидная диагностика, рентгенологическая и ультразвуковая диагностика.
4. Ортопедическое лечение при образовании ложных суставов.
5. Тактика ортопедического вмешательства и конструктивные особенности протезов при микростомии.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Осмотр и пальпация челюстно-лицевой области.
2. Получение анатомического оттиска альгинатной массой.
3. Изготовление маски лица.
4. Моделирование obturatora из воска.

Тестовый контроль:

1. Когда применяются шины с распорочным изгибом (более полный ответ)?
  - a) при легко подвижных отломках;
  - =b) легко подвижных отломках и наличии дефектов в зубном ряду;
  - c) при переломах с тугоподвижными отломками.
2. Типичное смещение альвеолярного отростка верхней челюсти при каком переломе (ФОР-III)?
  - =a) кзади и книзу;
  - b) вперед и книзу;
  - c) книзу.
3. Типичное смещение срединного отломка нижней челюсти при двойном переломе в пределах зубного ряда:
  - =a) кзади и вниз;
  - b) кверху;
  - c) влево;
  - d) вправо.
4. Можно ли аппаратурно-хирургическим способом исправить деформацию прикуса при лечении неправильно сросшихся переломов челюстей?
  - =a) да;
  - b) нет;
  - c) в молодом возрасте.
5. Наиболее полный перечень местных причин образования ложных суставов:
  - a) нарушение питания, авитаминозы, интерпозиция мягких тканей, дефект костной ткани;
  - b) нарушение питания, авитаминозы, интерпозиция мягких тканей, осложнения перелома хроническим воспалением кости;
  - =c) нарушение методики лечения, дефект костной ткани, интерпозиция мягких тканей, осложнения перелома хроническим воспалением кости.
6. Когда применяется каппово-штанговый аппарат с круглыми двойными трубками (лечение переломов нижней челюсти)?
  - a) при наклоне зубов;
  - b) вестибулярном наклоне зубов;

- с) повороте зуба вокруг оси;
- d) низких клинических коронках зубов;
- =е) при высоких клинических коронках зубов.

7. Когда невозможно применение капшово-штангового аппарата с круглыми двойными трубками (лечение переломов нижней челюсти)?

- a) при оральном наклоне зубов;
- b) вестибулярном наклоне зубов;
- =с) низких клинических коронках;
- d) при высоких клинических коронках.

8. За счет каких мышц происходит типичное смещение отломков нижней челюсти при двойном переломе (срединный фрагмент)?

- a) жевательная;
- b) височная;
- =с) подбородочно-подъязычная;

9. Метод фиксации верхнечелюстной шины с головной шапочкой при лечении переломов верхней челюсти со вскрытием гайморовых пазух:

- a) лабильная;
- b) с резиновой тягой;
- =с) жесткая.

10. При полной адентии верхней челюсти в сочетании с микростомией показано протезирование:

- a) складным протезом;
- b) разборным протезом;
- =с) протезом с базисом из эластичной пластмассы.

11. Показания к протезированию при неправильно сросшихся переломах:

- a) имеется точечный бугорково-бугорковый множественный контакт с антагонистами;
- b) имеется точечный контакт боковыми поверхностями;
- =с) нет контактов с антагонистами.

12. При двойном переломе нижней челюсти малые фрагменты смещаются:

- a) вперед, внутрь и поворачиваются вокруг горизонтальной оси;
- b) назад, кнаружи и поворачиваются вокруг вертикальной оси;
- =с) назад кнаружи и поворачиваются вокруг горизонтальной оси.

13. Какое типичное смещение отломков нижней челюсти происходит за счет подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной, двубрюшной мышц?

- =а) книзу и назад;
- b) кверху и вперед;
- с) книзу и влево;
- d) вправо и кверху.

14. Какая ложка применяется для получения слепков при микростомии?

- a) стандартная № 1;
- b) индивидуальная;
- =с) разборная.

15. Какими аппаратами можно провести репозицию отломков?

- a) стандартный аппарат Збаржа;
- b) шина Тигерштедта с зацепными петлями;
- с) гладкая проволочная шина;
- d) шина Васильева;
- =е) всеми перечисленными.

16. Укажите наиболее вероятные причины образования ложных суставов при переломе н/ч:

- a) авитаминоз;
- b) дистрофия;
- c) несвоевременная иммобилизация отломков, обширные разрывы мягких тканей и внедрение их между отломками;
- =d) все перечисленное.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1**

Больная Н., 49 лет, обратилась с жалобами на наличие дефекта фронтального отдела верхней челюсти, западение средней зоны лица, затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи, эстетический дефект лица. Из анамнеза: 10 лет назад по поводу гигантоклеточной опухоли выполнена верхнечелюстная резекция. С целью восстановления нарушенных функций и устранения эстетических недостатков дважды были попытки изготовления пластмассовых зубочелюстных протезов, эффекта не наступило. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет западения мягких тканей верхней губы (рис. 90 а, б). В проекции отсутствующих 11, 21, 22, 23, 24 зубов определялся аркообразный дефект альвеолярного отростка и тела правой и левой верхнечелюстных костей. Слизистая оболочка, покрывающая костный изъян, рубцово изменена. Зубная формула: 15, 13, 12, 25, 26, 27, 34, 33, 32, 31, 41, 42. Коронки 15, 13, 12, 25, 34, 33, 32, 31, 41, 42 зубов покрыты штампованно-паяными металлическими протезами.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз?

Вопрос 2: Назовите класс адентии по Кеннеди для верхней челюсти?

Вопрос 3: Назовите класс адентии по Кеннеди для нижней челюсти?

Вопрос 4: На что может жаловаться больная при первой коррекции?

Вопрос 5: Тактика лечения?

##### **Задача №2**

Больная Л., 56 лет, поступила в онкологический центр по поводу рака носовой перегородки, твердого неба IV. Из анамнеза: пять лет назад проведена ларингэктомия и курс  $\gamma$ -терапии по поводу рака гортани III А. Объективно: конфигурация лица не нарушена, передняя поверхность шеи рубцово изменена, в нижнем отделе – трахеостома. Открывание рта в полном объеме, не затруднено. Зубная формула: 18, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 48. Корни зубов нижней челюсти, а также 26, 28 зубов оголены на  $\frac{1}{4}$  длины, патологической подвижности не определялось, реакция на перкуссию безболезненна. Дефекты зубных рядов частично восстановлены штампованно-паяными металлическими протезами с опорами на 26, 45, 48 зубы. На слизистой оболочке твердого неба в области срединного небного шва, в проекции вторых премоляров, выявлялся эллипсоидный дефект размером  $3 \times 7$  мм, окруженный валикообразным воспалительным инфильтратом, слабоблезненный при пальпации, сообщающийся с полостью носа, с наличием гнойно-геморрагического отделяемого с гнилостным запахом. При риноскопии наблюдалось смещение наружной стенки левого носового хода медиально, слизистая оболочка синюшного цвета, кровоточила.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз?

Вопрос 2: Назовите класс адентии по Кеннеди для верхней челюсти?

Вопрос 3: Назовите класс адентии по Кеннеди для нижней челюсти?

Вопрос 4: На что может жаловаться больная при первой коррекции?

Вопрос 5: Тактика лечения?

##### **Задача №3**



Больная Д., 44 года, обратилась с жалобами на наличие дефекта в области подбородка, тела и ветви нижней челюсти слева, затрудненное пережевывание пищи, эстетический изъян лица. Из анамнеза: 3 года назад по поводу амелобластомы выполнена резекция нижней челюсти слева до 44 зуба с височно-нижнечелюстной экзартикуляцией, 2 года назад проведено эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава и тела нижней челюсти слева. С целью восстановления жевательной эффективности дважды были попытки изготовления зубочелюстного протеза, эффекта не наступило. Объективно: западение мягких тканей в области подбородка, тела нижней челюсти и нижней губы слева. Открывание рта в полном объеме. В области нижней челюсти слева от 44 зуба определялся дефект альвеолярной части, тела и ветви, замещенный титановым эндопротезом. Слизистая оболочка полости рта в области изъяна рубцово изменена. Зубная формула: 17, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 48, 46, 45, 44.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз?

Вопрос 2: Назовите класс адентии по Кеннеди для верхней челюсти?

Вопрос 3: Назовите класс адентии по Кеннеди для нижней челюсти?

Вопрос 4: На что может жаловаться больная при первой коррекции?

Вопрос 5: Тактика лечения?

#### ***Задача №4***

Больная С., 42 года, обратилась с жалобами на наличие дефекта альвеолярного, небного отростков, тела правой и левой верхнечелюстных костей, затрудненное пережевывания пищи, ее попадание в полость носа, невнятность, гнусавость речи, эстетический дефект. Из анамнеза: 24 года назад перенесла операцию по поводу верхней микрогнатии, двукратное хирургическое и трехкратное ортопедическое лечение не эффективно. Объективно: в проекции отсутствующих 15, 14, 13, 24, 25 зубов определялся аркообразный дефект альвеолярного, небного отростков и тела правой и левой верхнечелюстных костей. Слизистая оболочка полости рта в области изъяна рубцово изменена. Зубная формула: 18, 17, 16, 12, 11, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 38, 37, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз?

Вопрос 2: Назовите класс адентии по Кеннеди для верхней челюсти?

Вопрос 3: Что такое микрогнатия?

Вопрос 4: Тактика лечения?

Вопрос 5: Каков период адаптации к данному протезированию?

#### ***Задача №5***

Больная Б., 65 лет, обратилась с жалобами на наличие дефекта правой верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи и попадание ее в полость носа, невнятность, гнусавость речи. Из анамнеза: 3 мес. назад выполнена резекция по поводу С-г правой верхней челюсти III, проведен курс лучевой терапии. Об-но: нарушение конфигурации лица за счет правосторонней рубцовой деформации и западения мягких тканей верхней губы, щечной и подглазничной областей. Определяется отсутствие правой верхней челюсти. Костный изъян покрыт грануляционной тканью. Зубная формула: 33, 43.

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз?

Вопрос 2: Назовите класс адентии по Кеннеди для нижней челюсти?

Вопрос 3: Какой протез рекомендуется применять после резекции верхней челюсти?

Вопрос 4: Что такое непосредственный протез?

Вопрос 5: Тактика лечения?

### **Тема 3 Ортопедическое лечение при контрактурах челюстей. Лечебная гимнастика и механотерапия при челюстно-лицевых травмах.**

#### Собеседование по контрольным вопросам.

1. Причины контрактуры.
2. Этиология и патогенез.
3. Классификация.
4. Осложнения.
5. Методы лечения контрактуры.
6. Профилактика заболеваний ВНЧС.

### **Тема 4 Ортопедическое лечение при дефектах твёрдого и мягкого нёба.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

### **Тема 5 Протезы и аппараты при операциях в челюстно-лицевой области. Конструкции формирующих аппаратов. Восстановительная. Челюстно-лицевая ортопедия. Экзопротезы лица.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Классификация приобретенных дефектов неба по Курляндскому.
2. Конструктивные особенности и способы фиксации протезов при приобретенных дефектах неба. Клинико-лабораторные этапы изготовления obturating протезов при приобретенных дефектах неба.
3. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика врожденных дефектов твердого и мягкого неба. Классификация.
4. Роль ортопедического лечения в комплексном лечении дефектов твердого и мягкого неба. Методы лечения врожденных дефектов твердого неба.
5. Obturators и obturating протезы, их разновидности и характеристика (obturator Сьюренса, Кеза, Ильиной-Маркосян, Курляндского, Шредера, Померанцевой Урбанской, Пергамент).
6. Клинико-лабораторные этапы изготовления плавающего obturator по часовой, защитной небной пластины при операции пластики неба.

### **Раздел 12. Дентальная имплантология при полном отсутствии зубов Тема 1 Обследование лиц при полном отсутствии зубов и планирование конструкции покрывного протеза.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Показания к покрывным протезам.

2. Какой метод лучевой диагностики дает наиболее полную информацию, необходимую для планирования дентальной имплантации.
3. Что относят абсолютным противопоказаниям к применению дентальных имплантатов.
4. Какую имплантацию различают по времени установки имплантата с момента удаления зуба или его корня.
5. Укажите соответствие количества эндостальных дентальных имплантатов, вводимых в беззубый альвеолярный отросток нижней челюсти.

**Тема 2 Клинические и лабораторные этапы изготовления съемного пластинчатого протеза при полном отсутствии зубов с опорой на дентальные имплантаты.**

Собеседование по контрольным вопросам

1. Этапы изготовления операционного шаблона.
2. Подготовка полости рта к дентальной имплантации.
3. Что включает в себя планирование импатологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения.
4. Особенности ортопедического лечения с опорой на внутрикостные имплантаты.
5. Последовательность ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
6. Восстановление целостности зубного ряда съемными конструкциями протезов с опорой на дентальный имплантат.
7. Показания и противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.

Перечень практических навыков (умений) – оценивается техника выполнения на муляжах и пациентах:

1. Получение оттиска с верхней челюсти.
2. Получение оттиска с нижней челюсти.
3. Изучение КТ верхней и нижней челюстей.

Тестовый контроль:

1. Какой метод лучевой диагностики дает наиболее полную информацию, необходимую для планирования дентальной имплантации:
  - а) прицельные снимки;
  - б) контрастная рентгенография;
  - в) компьютерная томография;
  - г) магнитно-резонансная томография?
2. К абсолютным противопоказаниям к применению дентальных имплантатов относят:
  - а) хронический периодонтит;
  - б) декомпенсированный сахарный диабет;
  - в) беременность;
  - г) аномалии прикуса.

3. Основным материалом для изготовления дентальных имплантатов являются:

- а) нержавеющей сталь;
- б) кобальтохромовый сплав;
- в) серебрянопалладиевый сплав;
- =г) титан.

4. Конструкционным элементом эндостального дентального разборного винтового имплантата является:

- а) отросток;
- б) окклюзионная накладка;
- =в) абатмент;
- г) ригель.

5. Какие методы индивидуального гигиенического ухода являются оптимальными для очистки придесневой области балочной конструкции, опирающейся на имплантаты:

- а) зубочистка;
- =б) зубной ершик;
- в) флосс;
- =г) супер-флосс?

6. По времени установки имплантата с момента удаления зуба или его корня различают имплантацию:

- =а) отсроченную;
- б) пролонгированную;
- в) преждевременную;
- =г) непосредственную.

7. Метод имплантации, при котором дентальный имплантат с момента установки сообщается с полостью рта, возможна непосредственная нагрузка, носит название \_\_\_\_ одноэтапный\_\_\_\_\_.

8. Укажите соответствие количества эндостальных дентальных имплантатов, вводимых в беззубый альвеолярный отросток нижней челюсти, допустимому виду фиксации съемного протеза (каждый элемент правого столбца может быть использован только один раз):

- а) балочная система;
- г) 2;
- б) сферические аттачмены;
- д) 3–4;
- в) телескопическая система;
- е) 4–6.

=а–е, б–г, в–д,

9. Укажите правильную последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления съемного протеза, фиксирующегося на дентальных имплантатах сферическими аттачменами:

- а) оценка функционального оттиска;
- б) припасовка каркаса съемного протеза;
- в) припасовка матриц замков на аттачмены;
- г) отливка модели по предварительному оттиску;
- д) припасовка индивидуальной ложки;
- е) заливка материала искусственной десны в оттиск;
- ж) установка аналогов имплантатов.

= г, д, а, ж, е, в, б;

10. Укажите правильную последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления съемного протеза с фиксацией на эндостальных дентальных имплантатах балочной системой:

- а) наложение съемного протеза;
  - б) фиксация оттискных аналогов (трансферов);
  - в) определение центральной окклюзии;
  - г) припасовка балки в полости рта;
  - д) отливка рабочей модели;
  - е) фиксация аналогов имплантатов.
- = б, е, д, в, г, а.

### **Тема 3 Лабораторные этапы изготовления съёмного пластинчатого протеза при полном отсутствии зубов с опорой на дентальные имплантаты**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Перечислите лабораторные этапы.
2. Ошибки на лабораторных этапах.
3. Моделировка.
4. Окончательная подготовка протеза.

### **Тема 4 Уход за зубными протезами, опирающимися на имплантаты.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Средства гигиены.
2. Последовательность манипуляций.
3. Применение зубных нитей.

### **Тема 5 Динамический контроль больных с функционирующими дентальными имплантатами.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Осмотр пациентов после протезирования.
2. Осмотр полости рта.
3. Контроль гигиены полости рта.
4. Рентгенологический контроль.

### ***Раздел 13. Ошибки и осложнения в ортопедической стоматологии***

### **Тема 1 Диагностика и профилактика ошибок и осложнений при изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов различных конструкций.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Неправильное планирование ортопедического лечения;
2. Ошибки в выборе количества опорных зубов при изготовлении мостовидного протеза.
3. Ошибки в выборе конструкции мостовидного протеза.
4. Ошибки на клинических этапах при изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов.
5. Ошибки на лабораторных этапах при изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов.
6. Каковы последствия неправильного планирования ортопедического лечения мостовидными металлокерамическими протезами?
7. Причины функциональной перегрузки опорных зубов или зубов-антагонистов при использовании мостовидными протезами.
8. Причины расцементировки металлокерамических протезов.

#### Тестовый контроль:

1. Под штампованную металлическую коронку препарировывают зуб, придавая пульпе форму:
  - =а) цилиндра;
  - б) куба;
  - в) пирамиды.
2. Недостаточное препарирование под коронку возможно:
  - =а) из-за невнимательности в работе;
  - б) неудобного положения пациента в кресле;
  - в) неудобного положения врача;
  - г) из-за низкой квалификации медсестры.
3. При использовании мостовидными протезами развивается травма слизистой под телом протеза:
  - =а) при плотном прилегании промежуточной части к альвеолярному отростку;
  - б) промывной промежуточной части мостовидного протеза;
  - в) при касательной промежуточной части мостовидного протеза в переднем участке зубного ряда.
4. Травматический пульпит после препарирования под коронки может развиваться:
  - а) если препарирование проводится без возможного охлаждения;
  - б) если не проведено временное защитное покрытие препарированных зубов;
  - в) если временные коронки изготовлены из самотвердеющих акрилатов во рту пациента;
  - г) в период изготовления временной коронки, не фиксированной лечебными пастами;
  - =е) все перечисленное.
5. Расцементировка металлокерамического протеза и плохая фиксация наблюдается:
  - =а) при малой культе зуба;
  - б) при большой культе зуба;
  - в) при употреблении твёрдой пищи.
6. Создание малой конусности при препарировании под МК-протез приводит:
  - =а) к затрудненному наложению протеза, возникновению напряжений и отлому керамического покрытия;
  - б) легкому наложению протеза;
  - в) к расцементировке протеза.
7. Чрезмерная конусность при препарировании под МК-протез приводит:

- =а) к рацементированию протеза;  
b) затрудненному наложению протеза;  
с) к отлому керамического покрытия в отдаленные сроки.
8. Несоответствие цвета МК-протеза цвету естественных зубов может быть связано:  
а) с подбором эталонов расцветки при естественном освещении;  
=b) с подбором эталонов расцветки при искусственном освещении;  
с) при подборе цвета после полоскания полости рта.
9. Напряженность в металлокерамическом протезе возникает вследствие:  
=а) тугого наложения каркаса металлокерамического протеза;  
b) свободного наложения металлокерамического протеза;  
с) свободного наложения и полоскания тёплым раствором воды.
10. Коронка при припасовке может завывать окклюзию:  
=а) при недостаточном сошлифовывании окклюзионной поверхности;  
b) при чрезмерном сошлифовывании жевательной поверхности;  
с) при наклоне рядом стоящих зубов.
11. При повышении окклюзии на искусственной коронке развивается:  
а) пришеечный кариес;  
=b) травматический периодонтит;  
с) острый пульпит.
12. При чрезмерном сошлифовывании окклюзионной поверхности жевательной группы зубов окклюзионная высота:  
=а) снижается;  
b) остается в том же положении;  
с) повышается.
13. Врачебные ошибки при определении количества опорных зубов в мостовидном протезе возникают:  
=а) при неправильной оценке состояния тканей пародонта опорных зубов;  
b) настоятельной просьбе больных;  
с) при нарушенной психики больного.
14. При пользовании мостовидными протезами вследствие невыверенных окклюзионных соотношений:  
=а) развивается травматический периодонтит;  
b) некариозные поражения твердых тканей зуба;  
с) нет осложнений.
15. При определении центрального соотношения произошло смещение нижней челюсти вперед, в клинике наблюдается:  
=а) прогнатическое соотношение зубных рядов, просвет между фронтальными зубами;  
b) смещение центра нижнего зубного ряда вправо;  
с) смещение центра нижнего зубного ряда влево;  
d) прогеническое соотношение зубов.
16. При определении центрального соотношения произошло смещение нижней челюсти влево. В клинике наблюдается:  
=а) смещение центра нижнего зубного ряда вправо, просвет между боковыми зубами слева;  
b) смещение центра нижнего зубного ряда влево, просвет между боковыми зубами справа;  
с) не будет смещений.
17. При проверке конструкции полных съемных протезов произошло смещение нижней челюсти вперед тактика врача:

- a) снять искусственные зубы с верхнего протеза, переопределить центральное смещение;
- =b) снять искусственные зубы с нижнего протеза, переопределить центральное соотношение;
- c) продолжить работу.

18. При определении центрального соотношения произошло смещение верхнего базиса с валиком вперед, клиническая картина:

- a) прогнатическое соотношение зубов, просвет между боковыми зубами;
- =b) прогеническое соотношение зубов, просвет между фронтальными зубами;
- c) не будет изменений.

#### Ситуационные задачи:

##### **Задача №1**

После препарирования под металлокерамические коронки 1.3, 1.5, пациент явился к стоматологу через день с жалобами на самопроизвольные боли в области 1.3, усиливающиеся ночью, боли от температурных раздражителей. Поставьте диагноз осложнения. Следствием чего явилось указанное положение? Как можно было избежать его?

##### **Задача №2**

Пациент X., 42 года, явился с жалобой на частую расцементировку пластмассовых коронок на 1.1, 1.2, 2.1. Коронки изготовлены два года назад. За это время они расцементировались четырежды. Объективно: искусственные пластмассовые коронки изменены в цвете, культи зубов конической формы и выступают над десной на 2–2,5мм. Перкуссия слегка болезненна. На вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в проекции корня выявлен свищ. Поставьте диагноз и составьте план лечения.

##### **Задача №3**

После препарирования под искусственные коронки 1.1, 1.3, 1.5 пациент явился к стоматологу через неделю, с жалобами на самопроизвольные в области 1.1, 1.3, усиливающиеся ночью от температурных раздражителей. Поставьте диагноз осложнения. Следствием чего явилось указанное осложнение, можно ли было избежать его, если да, то как?

##### **Задача №4**

После изготовления мостовидного протеза, у которого опорные элементы и тело облицованы пластмассой, врач определил попадание полировочного материала в пластмассу, который при протирании ватным тампоном, смоченным в спирте, не удаляется. Что привело к данному осложнению? Какова тактика врача?

##### **Задача №5**

Готовый мостовидный протез невозможно наложить на опорные зубы. При препарировании опорных зубов были соблюдены все правила. Чья ошибка и в чем заключается?

##### **Задача №6**

Вы получили из лаборатории мостовидный протез 25-28. При наложении на челюсть вы обнаружили, что опорные коронки контактируют, а промежуточная часть не смыкается с антагонистами на 1-1,5мм. Какие причины могли привести к этому обстоятельству?

##### **Задача №7**

Через две недели после фиксации мостовидного протеза с опорами на 4-6 пациент обратился к врачу с жалобами на боли при накусывании в области мостовидного протеза и кровоточивость десен. Осмотр показал, что слизистая десны в области искусственных коронок гипертрофирована и отечна, при зондировании кровоточит. Мостовидный протез завывает прикус на 1,5-2мм. Поставьте диагноз и составьте план лечения.

##### **Задача №8**

При припасовке мостовидного протеза с опорами на 5-8 врач установил, что протез невозможно наложить на оба опорных зуба одновременно. Припасовка коронок была выполнена с соблюдением необходимых требований. Какая ошибка врача привела к вышеизложенным ситуациям?



Могли ли иметь место ошибки зубного техника и если да, то какие?

#### **Задача №9**

Через месяц после наложения мостовидного протеза на / 5 8, пациент обратился к врачу с жалобой на откол облицовочного материала искусственных зубов / 6 7. Что могло привести к данному осложнению? Какова тактика врача.

#### **Задача №10**

При обследовании больного врач обнаружил, что металлическая коронка на клыке широка и коротка. После снятия этой коронки оказалось, что зуб полностью декальцинирован из-за длительного свободного доступа слюны. Ваши действия.

### **Тема 2 Ошибки и осложнения при ортопедическом лечении съемными конструкциями зубных протезов.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Неправильное планирование ортопедического лечения;
2. Ошибки в выборе количества опорных зубов при изготовлении съемного протеза.
3. Ошибки в выборе конструкции съемного протеза.
4. Ошибки на клинических этапах при изготовлении съемных протезов.
5. Ошибки на лабораторных этапах при изготовлении съемных протезов.
6. Каковы последствия неправильного планирования ортопедического лечения съемными протезами?
7. Причины функциональной перегрузки опорных зубов или зубов-антагонистов при пользовании съемными протезами.
8. Причины гиперемии слизистой оболочки при пользовании съемными протезами.

### **Тема 3 Патологические изменения в состоянии организма, тканей и органов полости рта, вызванные зубными протезами.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта.
2. Благородные и неблагородные металлы и металлические сплавы в стоматологии. Состав, свойства.
3. Характеристика акриловых пластмасс применяемых в ортопедической стоматологии.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных и съемных зубных протезов.

### **Тема 4 Аллергические реакции к зубным протезам, изготовленные из металла и пластмассы.**

#### Собеседование по контрольным вопросам

1. Аллергические реакции, типы, стадии развития, механизм развития.
2. Эпидемиология аллергических реакций к компонентам стоматологических материалов.
3. Этиология, патогенез, клиника аллергических состояний полости рта.
4. Диагностика (клиническая и лабораторная) аллергических реакций к материалам зубных протезов.
5. Методы лечения аллергических реакций к материалам зубных протезов.
6. Профилактика заболеваний полости рта, вызванных аллергическими реакциями.

## Ситуационные задачи

### **Задача №1**

Пациентка М., 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии для замены штампованно-паяных мостовидных протезов из золота на новые металлокерамические протезы. В анамнезе у пациентки аллергический дерматит. Какой материал целесообразно использовать при изготовлении новых протезов?

### **Задача №2**

Пациент Е., 52 лет обратился с жалобами на жжение и сухость в полости рта, пациент связывает появление жалоб с фиксацией штампованно паянных мостовидных протезов с нитрид титановым покрытием 2 месяца назад. До этого пациент ни разу не протезировался. Какие дополнительные методы исследования следует провести, что нужно уточнить у пациента из анамнеза? Тактика врача.

### **Задача №3**

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.

### **Задача №4**

Пациентка О., 35 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов 25, 26. При сборе анамнеза выяснилось, что пациентка страдает пищевой и бытовой аллергией более 10 лет, не может носить ни каких украшений из неблагородных металлов, ранее не протезировалась. Объективно: в полости рта отсутствуют зубы 25, 26. Зубы 24, 27 интактны, без поражения тканей периодонта. Какие дополнительные исследования следует провести для составления окончательного плана лечения? тактика врача.

## **Тема 5 Электро-гальванический синдром в полости рта, диагностика, методы лечения.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Что такое гальваноз и гальванизм.
2. Этиология, патогенез, клиника гальваноза полости рта.
3. Диагностика гальваноза полости рта.
4. Дифференциальная диагностика непереносимости металлических зубных протезов.
5. Методика определения потенциалов ортопедических конструкций.
6. Тактика стоматолога-ортопеда при гальванозе полости рта. Методы профилактики.

## **Тема 6 Особенности ортопедического лечения пациентов в старческом возрасте и при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Этиология, клиника и диагностика хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта: молочница, папилломатоз, ангулярный хейлит, лейкоплакия, лейкокератоз неба, фиброматоз десен, красный плоский лишай.
2. Дифференциальная диагностика хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта.
3. Назовите дополнительные методы исследования, применяемые при диагностике этих заболеваний.
4. Назовите методы лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, в чем особенности ортопедического лечения при данных заболеваниях.

## **Тема 7 Предупреждение и устранение ошибок и осложнений при зубном протезировании с опорой на дентальные имплантаты.**

### Собеседование по контрольным вопросам

1. Неправильное планирование ортопедического лечения;
2. Ошибки в выборе количества опорных имплантов.
3. Ошибки в выборе конструкции съемного протеза.
4. Ошибки на клинических этапах.
5. Ошибки на лабораторных этапах.
6. Каковы последствия неправильного планирования ортопедического лечения?
7. Причины функциональной перегрузки опорных имплантов.
8. Меры профилактики осложнений.

### **Тематика контроля самостоятельных работ**

- Принципы ортопедического лечения при дефектах зубных рядов.
- Сочетанный метод лечения при дефектах зубных рядов.
- Клиническое обоснование оптимальной конструкции адгезивных мостовидных протезов.
- Современные методы изготовления мостовидных зубных протезов на основе диоксида циркония.
- Совместное планирование протезирования на имплантатах хирурга-стоматолога и ортопеда.
- Важность объема мягких тканей на ортопедическом этапе протезирования на имплантатах.
- Клинические проявления ортопедического лечения пациентов с включенными дефектами, сочетающимися с деформациями зубных рядов.
- Междисциплинарный подход в ортопедической помощи при дефектах зубных рядов.

- Морфологические особенности состояния зубочелюстной системы у больных с повышенной стираемостью зубов.
- Диагностика дисфункции жевательной мускулатуры у стоматологических больных.
- Клиническая оценка ортопедического статуса лиц, пользующихся несъёмными зубными протезами.
- Потребность больных с общесоматической патологией в ортопедической стоматологической помощи.
- Использование миостабилизации для улучшения фиксации и стабилизации полных съёмных протезов.
- Сравнительная оценка протезирования больных полными съёмными акриловыми протезами.
- Современный взгляд на зависимость цвета зубов от цвета глаз в практике врача стоматолога.
- Технические аспекты определения цвета зубов в клинике ортопедической стоматологии.
- Комплексное ортопедическое лечение больных с заболеваниями пародонта.
- Методы шинирования подвижных зубов при лечении хронического генерализованного пародонтита.
- Алгоритм лучевого исследования при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.
- Характеристика стадий остеоартроза височно-нижнечелюстных суставов по данным МРТ обследования.
- Зубо-челюстно-лицевая ортопедия верхнечелюстных дефектов с использованием материалов с памятью формы.
- Непосредственные ортопедические мероприятия после верхнечелюстной резекции.
- Протезирование с опорой на имплантах.
- Имплантация: перезагрузка. Одноэтапный протокол и монолитные имплантаты.
- Этиология нарушения фиксации несъёмных зубных конструкций.
- Причины возникновения осложнений после имплантации зубов.

#### **Перечень вопросов для подготовки к зачету:**

1. Дефекты твердых тканей зуба. Этиология, клиника, классификация полостей.
2. Цельнолитые металлические и комбинированные искусственные коронки.
3. Показания и противопоказания к применению цельнолитых и металлокерамических коронок.
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых и металлокерамических коронок.
5. Цельнокерамические искусственные коронки.
6. CAD-CAM-технологии.

7. Вкладки и полукоронки. Показания к их применению, методы изготовления.
8. Возмещение дефектов твердых тканей зубов искусственными коронками. Принципы препарирования полостей под вкладки и коронки.
11. Протезирование при значительном разрушении коронки зуба: штифтовые зубы, культевые коронки.
12. Требования к штифту и каналу корня зуба для изготовления штифтовых конструкций.
13. Прямой и косвенный методы изготовления культевых штифтовых вкладок.
14. Показания и противопоказания к применению пластмассовых коронок.
15. Принципы препарирования твердых тканей зубов под пластмассовые коронки.
16. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассовых коронок.
17. Цельнолитые металлические и комбинированные искусственные коронки.
18. Показания и противопоказания к применению цельнолитых и металлокерамических коронок.
19. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых и металлокерамических коронок.
20. Методика обследования пациентов с оценкой эстетических и функциональных нарушений.
21. Клинико-лабораторная последовательность изготовления паяного мостовидного протеза с комбинированной промежуточной частью (металл и пластмасса).
22. Техника изготовления пластмассового мостовидного протеза.
23. Мостовидные цельнолитые протезы, составные части, клинико-лабораторная последовательность изготовления.
24. Показания к применению несъемных протезов?
25. Показания для протезирования зубов мостовидными протезами?
26. Характеристика металлокерамических мостовидных протезов?
27. Виды цельнокерамических мостовидных протезов в зависимости от глубины проникновения в них света?
28. Преимущества цельнокерамических протезов по сравнению с металлокерамическими?
29. Строение и классификация имплантатов.
30. Показания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.
31. Противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.
32. Методы обследования больных в дентальной имплантологии.
33. Планирование лечения пациентов с дефектами зубных рядов с использованием имплантатов.
34. Подготовка полости рта к дентальной имплантации.
35. Относительные противопоказания к ортопедическому лечению с применением дентальной имплантации.
36. Мероприятия, проводимые для изготовления протеза на имплантатах.
37. Последовательность клинико-лабораторных этапов ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.

38. Восстановление целостности зубного ряда съёмными конструкциями протезов с опорой на дентальный имплантат.
39. Диагностика деформации зубных рядов.
40. Методы обследования, диагностики и лечения больных с патологией окклюзии.
41. Показания к окклюзионным шинам.
42. Виды окклюзионных нарушений.
43. Локализованная форма повышенного стирания.
44. Классификация повышенной стираемости зубов.
45. Профессиональные вредности в этиологии заболевания повышенной стираемости.
46. Клинические формы повышенной стираемости.
47. Субкомпенсированная форма повышенной стираемости зубов.
48. Причины повышения чувствительности зубов при повышенной стираемости?
49. Показания применению частичного съёмного протеза.
50. Противопоказания применению частичного съёмного протеза.
51. Виды кламмерных систем.
52. Клинико-лабораторные этапы изготовления частичного съёмного протеза.
53. Виды гипсовок.
54. Определение центральной окклюзии.
55. Показания к эластичным базисам, металлическим и металлизированным.
56. Отличия металлических и металлизированных базисов.
57. Бюгельные протезы, составные элементы.
58. Клинико-анатомическое обоснование расположения бюгельного протеза.
59. Системы крепления бюгельного протеза в зависимости от дефекта.
60. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления бюгельных протезов.
61. Бюгельные протезы с фиксацией на аттачмены.
62. От чего зависит успешное построение полных съёмных протезов?
63. Границу базиса полного съёмного протеза на нижней челюсти.
64. При каком типе слизистой оболочки по Суппле наиболее благоприятные условия для пользования полным съёмным протезом?
65. Старческая прогения.
67. Перечислить методы фиксации полного съёмного протеза.
68. Понятие клапанная зона.
69. Виды оттисковых материалов.
70. Понятие функциональный оттиск.
71. Методы получения функционального оттиска.
72. Постановка зубов по стеклу Васильева
73. Ориентиры постановки зубов при съёмном протезировании.
74. Фонетическая адаптация к полным съёмным протезам.
75. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
76. Этап полимеризации при съёмном протезировании.
77. Стомато-лицевая композиция.
78. Эстетическая стоматология.
79. Подбор цвета зубов.

80. Подбор формы зубов.
81. Принципы ортопедического лечения при патологиях пародонта.
82. Показания к избирательному пришлифовыванию зубов.
83. Противопоказания к избирательному пришлифовыванию зубов.
84. Методики избирательного пришлифовывания зубов.
85. Показания к ортодонтическому лечению при заболеваниях пародонта.
86. Классификация ортодонтических аппаратов применяемых при лечении заболевания пародонта.
87. Первичная и вторичная травматическая окклюзия.
88. Задачи временного шинирования при заболеваниях пародонта.
89. Показания к временному шинированию при заболеваниях пародонта.
90. Требования к временной шине при заболеваниях пародонта.
91. Виды временных шин.
92. Полимерная (адгезивная) шина
93. Осложнения временного шинирования и причины, способствующие их возникновению.
94. Этиология и патогенез очагового пародонтита.
95. Анализ одонтопародонтограммы.
96. Противопоказания к изготовлению постоянных шин.
97. Виды стабилизации.
98. Профилактика осложнений при постоянном шинировании.
99. Виды съемных цельнолитых конструкции шин-протезов.
100. Этапы изготовления шин-протезов, применяемых для лечения заболеваний пародонта.
101. Бюгельная система фиксации шин протезов.
102. Балочная система фиксации шин протезов.
103. Противопоказания к непосредственному протезированию.
104. Этапы изготовления имедиат протеза.
105. Методы изготовления имедиат протеза.
106. Строение ВНЧС. Сравнительная характеристика строения ВНЧС человека и животного.
107. Основные компоненты жевательно-речевого аппарата и их функциональные связи.
108. Биомеханика движений нижней челюсти.
109. Амплитуда свободных движений нижней челюсти, характер открывания рта.
110. Определение нижней трети лица в покое и в положении центральной окклюзии.
111. Привычные вывихи в суставе.
112. Этиология и патогенез привычных вывихов в суставе.
113. Подвывих и вывих головки сустава.
114. Лечение вывихов ВНЧС.
115. Мышечно-суставная дисфункция.
116. Методы изготовления окклюзионных шин. Особенности их применения.  
Осложнения
117. при применении накусочных пластинок и окклюзионных шин.

118. Методы определения центрального соотношения челюстей.
119. Классификация сложных челюстно-лицевых аппаратов.
120. Методы ортопедического лечения при тугоподвижных обломках.
121. Принципы ортопедического лечения больных с неогнестрельными переломами верхней и нижней челюсти.
122. Этиология и патогенез контрактуры ВНЧС.
123. Классификация контрактур ВНЧС.
124. Методы лечения контрактуры контрактур ВНЧС.
125. Классификация приобретенных дефектов неба по Курляндскому.
126. Конструктивные особенности и способы фиксации протезов при приобретенных дефектах неба. Клинико-лабораторные этапы изготовления obturating протезов при приобретенных дефектах неба.
127. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика врожденных дефектов твердого и мягкого неба. Классификация.
128. Клинико-лабораторные этапы изготовления плавающего obturator по часовой, защитной небной пластины при операции пластики неба.
129. Этапы изготовления операционного шаблона при имплантации.
130. Особенности ортопедического лечения с опорой на внутрикостные имплантаты.
131. Последовательность ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
132. Ошибки на клинических этапах при изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов.
133. Причины расцементирования металлокерамических протезов.
134. Причины гиперемии слизистой оболочки при пользовании съемными протезами.
135. Аллергические реакции, типы, стадии развития, механизм развития.
136. Этиология, патогенез, клиника аллергических состояний полости рта.
137. Этиология, патогенез, клиника гальваноза полости рта.
138. Дифференциальная диагностика непереносимости металлических зубных протезов.
139. Тактика стоматолога-ортопеда при гальванозе полости рта. Методы профилактики.
140. Этиология, клиника и диагностика хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта: молочница, папилломатоз, ангулярный хейлит, лейкоплакия, лейкокератоз неба, фиброматоз десен, красный плоский лишай.
141. Дифференциальная диагностика хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта.
142. Назовите дополнительные методы исследования, применяемые при диагностике этих заболеваний.
143. Назовите методы лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, в чем особенности ортопедического лечения при данных заболеваниях.
144. Неправильное планирование ортопедического лечения;
145. Ошибки на лабораторных этапах при зубном протезировании с опорой на дентальные имплантаты.



146. Каковы последствия неправильного планирования ортопедического лечения при зубном протезировании с опорой на дентальные имплантаты?

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Получение оттисков верхней и нижней челюсти.
2. Отливка моделей челюстей.
3. Определение и фиксация центральной окклюзии.