

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

Стоматологический факультет

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ИМПЛАНТОЛОГИЯ И
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ
ПОЛОСТИ РТА**

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Ростов-на-Дону

2023г.

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично профессиональных (ПК-1):

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
<p>Готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-1).</p>	<p>ИД-1. ПК-1 Проводит первичный осмотр пациентов. Устанавливает предварительный и окончательный диагноз. ИД-2. ПК-1. Выбирает метод обезболивания, анестетика. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях). Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез</p>

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Количество заданий
на 1 компетенцию
25 с эталонами ответов
14 вопросов
65 задач с эталонами ответов

ПК- 1. Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то как называется эта имплантация?

1. эндодонто-эндооссальная
2. эндооссальная
3. субпериостальная

Эталон ответа: 1. эндодонто-эндооссальная

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?

1. эндодонто-эндооссальная
2. эндооссальная
3. субпериостальная

Эталон ответа: 2. эндооссальная

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. эндодонто-эндооссальная
 2. эндооссальная
 3. субпериостальная
- Эталон ответа:* 3. субпериостальная
острого периодонтита

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больному предлагается проведение имплантации с помощью цилиндрического керамического имплантата. Как называется эта имплантация?

1. эндодонто-эндооссальная
 2. эндооссальная
 3. субпериостальная
- Эталон ответа:* 2. эндооссальная
острого периодонтита

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. меньше, чем внекостная часть зуба
 2. равны с внекостной частью зуба
 3. больше, чем внекостная часть зуба.
- Эталон ответа:* 3. больше, чем внекостная часть зуба

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Эндодонто-эндооссальный имплантат может иметь следующую форму:

1. штифта
 2. пластинки
 - 3 седловидную форму
- Эталон ответа:* 1. штифта

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Металлические пластиночные эндооссальные имплантаты чаще используются для:

1. одностадийной имплантации
 2. двухстадийной имплантации
 3. как для одно -, так и для двухстадийной имплантации
- Эталон ответа:* 1. одностадийной имплантации

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Цилиндрические металлические эндооссальные имплантаты могут использоваться только для:

- одностадийной имплантации
 - двухстадийной имплантации
 - 3. как для одно -, так и для двухстадийной имплантации
- Эталон ответа:* 3. как для одно -, так и для двухстадийной имплантации

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Во сколько этапов выполняется субпериостальная имплантации?

1. в один этап

2. в два этапа
 3. как в один, так и в два этапа.
- Эталон ответа:* 2. в два этапа

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. противопоказаний для операции нет
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции

Эталон ответа: 3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной болен тяжелой формой сахарного диабета, но настаивает на проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача на пожелания больного?

1. противопоказаний для операции нет
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

Эталон ответа: 2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. противопоказаний для операции нет
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции

Эталон ответа: 2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. противопоказаний для операции нет
2. имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции
3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции

Эталон ответа: 3. имеются относительные общие противопоказания для проведения операции

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

Эталон ответа: 3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 3. имеются относительные местные противопоказания к проведению операции

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Во фронтальном отделе челюсти используются ли пластиночные имплантаты?

- да
2. нет
3. по показаниям

Эталон ответа: 2. нет

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 3. не менее чем на 2-3 мм

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой должен быть промежуток между опорной частью имплантата и зубом-антагонистом?

- промежутка может и не быть
- не более 1 мм
3. не менее 3 мм

Эталон ответа: 3. не менее 3 мм.

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В каком случае наблюдается остеоидный тип сращения дентального имплантата с окружающей костью?

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

Эталон ответа: 2. при плотном контакте имплантата с кортикальной костью

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В каком случае наблюдается фиброзно-остеоидный тип сращения зубного имплантата с окружающей костью?

1. в любом случае
2. при плотном контакте имплантата с кортикальной костью

3. если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель

Эталон ответа: 3. если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель

Вопросы устного контроля

1. Показания к операции дентальной имплантации.
2. Противопоказания к операции дентальной имплантации.
3. Ошибки и осложнения дентальной имплантации.
4. Юридические аспекты взаимоотношений врача и пациента.
5. Основные методы стоматологического обследования перед дентальной имплантацией.
6. Дополнительные методы стоматологического обследования перед дентальной имплантацией.
7. Хирургический инструментарий, применяемый при установке дентальных имплантатов и при реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
8. Виды имплантатов и особенности различных имплантационных систем.
9. Одноэтапный подход в использовании дентальных имплантатов.
10. Двухэтапный подход в использовании дентальных имплантатов.
11. Современные представления об остеопластических материалах и использование их в дентальной имплантологии.
12. Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации. Винирная пластика и межкортикальная остеотомия.
13. Основные методики направленной тканевой регенерации.
14. Использование мембранной техники и титановых каркасов.

Ситуационные задачи

Задание 1.

Пациент К., 43 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов.

Из анамнеза установлено, что на протяжении 3-х лет страдает хроническим левосторонним верхнечелюстным синуситом, в связи с чем неоднократно обращался к ЛОР-врачу в периоды обострений. 25,26,27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм. Определите возможность дентальной имплантации.

Эталон ответа:

Имплантация невозможна ввиду хронического воспалительного процесса в левой верхнечелюстной пазухе, а также недостаточной высоты альвеолярного отростка в данной зоне.

Задание 2.

Пациентка С., 51 год, направлена стоматологом-ортопедом для дентальной имплантации в области нижней челюсти справа и слева. При осмотре: отсутствуют моляры нижней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток достаточной ширины и высоты. 35,34; 45,44 зубы запломбированы, коронки их изменены в цвете. Находится на диспансерном наблюдении у ревматолога. Определите возможность и вид имплантации.

Эталон ответа:

Вторичная частичная адентия. Двусторонние концевидные беззубые дефекты нижней челюсти. Имплантация невозможна ввиду наличия общего заболевания

Задание 3.

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 3.5 зуба три недели тому назад пациентка А. обратилась с жалобой на появление малоблезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой воспалительный

инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 35. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм. Ваш диагноз. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Воспаление слизистой оболочки в области дентального имплантата. Иссечение воспаленной слизистой над имплантатом, удаление винта-заглушки, промывание и высушивание резьбового канала имплантата и введение формирователя десневой манжетки (ФДМ).

Задание 4.

Пациент П., 47 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на 35 зуб и дентальный имплантат. При осмотре: Лицо симметрично, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объеме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 35-37), перкуссия его болезненна, определяется незначительная подвижность в вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области 36-37 зубов отечна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойно-геморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2 см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрежение костной ткани шириной 1,5 мм; у 35 зуба - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4 мм. Ваш диагноз. Укажите причину заболевания и лечебную тактику.

Эталон ответа:

Периимплантит нижней челюсти слева. Допущена врачебная ошибка при протезировании: в протез включён только один опорный зуб, в результате чего произошла функциональная перегрузка как имплантата, так и 35 зуба. Показано удаление имплантата.

Задание 5.

Пациент Ш., 55 лет, обратился с жалобой на дискомфорт в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата в зоне 44 зуба. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся. При осмотре полости рта выявлены обильные зубные отложения, покрывающие все зубы. Межзубные сосочки отечны, застойно-синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании. В зоне 44 зуба - металлокерамическая коронка, перкуссия безболезненна, конструкция устойчива. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отечна, определяются выбухающие грануляции. На R-грамме: имплантат остеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2 мм у шейки имплантата. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

Воспаление слизистой в области имплантата. Неудовлетворительная гигиена полости рта.

Задание 6.

Пациентка Е, 42 лет, предъявляет жалобы на боли верхней челюсти слева, болезненное накусывание, гнойные выделения из левой половины носа. Со слов больной, 7 лет назад в области верхней челюсти слева был установлен дентальный имплантат и затем металлокерамический мостовидный протез. Около двух лет назад перенесла двусторонний верхнечелюстной синусит и фронтит, по

поводу чего проходила курс лечения в стационаре, но обострения повторялись. Направлена ЛОР-врачом на консультацию. При осмотре полости рта: на верхней челюсти слева имеется метаплаккерамический мостовидный протез с опорой на имплантат и 23-24 зубы. Перкуссия его болезненна, подвижности не определяется. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, пальпация альвеолярного отростка болезненна. На ортопантограмме в проекции 25 – 27 зубов определяется пластиночный имплантат, окружённый по периметру линией разрежения костной ткани шириной 1 - 1,5мм; верхняя костная граница отсутствует. Ваш диагноз.

Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

Хронический верхнечелюстной синусит слева. Периимплантит в области верхней челюсти слева. Первопричиной заболевания является воспалительный процесс в придаточных пазухах и повлекший за собой резорбцию кости над и вокруг имплантата.

Задание 7.

Пациент Н., 36 лет, через месяц после установки двухэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 15 зуба предъявляет жалобы на заложенность носа справа и гнойное отделяемое, нарушение работоспособности. В полости рта визуальна заглушка в зоне 15, подвижная при зондировании; окружающая слизистая оболочка гипертрофирована и гиперемирована. На денальной R-грамме определяется выведение внутрикостной части имплантата в верхнечелюстную пазуху на 3мм; контуры кости, окружающей тело имплантата, размыты.

Ваш диагноз. Укажите причину заболевания. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Ответ: Травматический (имплантационный) верхнечелюстной синусит справа. Причиной синусита явилась перфорация дна пазухи при денальной имплантации и наличие инородного тела в пазухе в виде апикальной части имплантата, осложнившееся присоединением вторичной инфекции. Удаление имплантата с последующим противовоспалительным лечением синусита.

Задание 8.

Пациентка М., 35 лет, обратилась с жалобой на онемение кожи подбородка слева после установки одноэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 35 зуба 2 дня тому назад. На R-грамме нижней челюсти слева в боковой проекции определяется внутрикостная часть имплантата, концевым отделом перекрывающая нижнечелюстной канал в области 35 зуба. Ваш диагноз. Укажите причину заболевания. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Травматический неврит нижнеальвеолярного нерва слева. Причиной явилась установка имплантата в нижнечелюстной канал и травма нижнеальвеолярного нерва. Удаление имплантата.

Задание 9.

Пациенту Л., 3 месяца назад был установлен двухэтапный винтовой имплантат в области отсутствующего 24 зуба. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во время контрольного осмотра обнаружены грануляции над винтом-заглушкой. Жалоб не предъявляет. На денальной R-грамме определяется незначительная резорбция костной ткани у шейки имплантата.

Ваш диагноз. Укажите причины данного явления. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Воспалительный процесс слизистой в области имплантата. Причинами данного

Явления могут быть либо попадание крови в резьбовой канал, либо раскручивание винта-заглушки. Удаление винта-заглушки, промывание резьбового канала, его высушивание и введение формирователя десневой манжетки. Необходимо также произвести тщательный коретаж грануляций и заполнение костного дефекта костнопластическим материалом.

Задание 10.

Пациент К., 46 лет, обратился с жалобами на подвижность мостовидного протеза на нижней челюсти справа, который был установлен 6 лет тому назад. Протезированию предшествовала дентальная имплантация. Из вредных привычек отмечает частое употребление жевательной резинки. В полости рта на нижней челюсти справа имеется мостовидный протез с опорой на 44, 45 зубы и имплантат, установленный в зоне отсутствующих 46-48 зубов. Подвижность протеза определяется в его дистальном отделе. Пальпация альвеолярного отростка безболезненна, слизистая оболочка без признаков воспаления. На R-грамме нижней челюсти в боковой проекции определяется остеоинтегрированное тело пластиночного имплантата с чётко выраженной линией перелома на уровне шейки.

Ваш диагноз. Укажите причины, приведшие к создавшейся ситуации.

Эталон ответа:

Травматический перелом шейки имплантата. Частое и длительное применение жевательной резинки привело к функциональной перегрузке и возникновению усталостного момента металла в области шейки имплантата.

Задание 11.

Пациент Д., 32 лет, направлен ортопедом - стоматологом на удаление 45 зуба в связи с хроническим периодонтитом. Жалоб на боли не предъявляет. Местный статус: коронка 45 зуба разрушена, перкуссия безболезненна, слизистая розового цвета. Ширина альвеолярного отростка в области 45 зуба составляет 5,5 мм. 44 зуб интактный, 46 зуб покрыт металлокерамической коронкой. На дентальной R-грамме периапикальных изменений не определяется. Предложите пациенту варианты стоматологической реабилитации. Выберите оптимальный способ лечения и обоснуйте его.

Эталон ответа:

- мостовидный протез с опорой на 44 и 46 зубы;
- непосредственная имплантация двухэтапного винтового имплантата в лунку 45 зуба.
Оптимальен 2-ой вариант.

Задание 12.

У пациента П, 45 лет, протяжённость дефекта зубного ряда нижней челюсти справа составляет 20 мм, ширина альвеолярного отростка в области отсутствующего 45 зуба - 5,5 мм, 46 зуба - 6.3 мм. Расстояние от альвеолярного гребня до нижнечелюстного канала - 13 мм. Составьте план имплантационного лечения.

Эталон ответа:

Установка 2-х винтовых двухэтапных имплантатов.

Задание 13.

У пациентки М., 42 лет, отсутствуют 34, 35 и 36 зубы. Протяжённость дефекта составляет 22 мм. Ширина альвеолярного отростка в проекции 34 зуба - 5 мм, 35 зуба - 5,5 мм и 36 зуба - 6.3 мм. На ортопантограмме расстояние от гребня альвеолярного отростка до нижнечелюстного канала в зоне 35-36 зубов составляет 15 мм.

Составьте план имплантационного лечения.

Эталон ответа:

Установка 3-х винтовых двухэтапных имплантатов

Задание 14.

У пациентки Г., 29 лет, отсутствует 25 зуб. Соседние 24 и 26 зубы интактные. Ширина альвеолярного гребня составляет 5 мм; расстояние до дна верхнечелюстной пазухи - 7 мм. Составьте план лечения. Предложите варианты дополнительных вмешательств при имплантологическом лечении.

Эталон ответа:

Оптимальным методом лечения в данной ситуации является имплантологический метод, требующий дополнительного хирургического вмешательства в виде операции поднятия дна верхнечелюстной пазухи (синуслифтинг), которую можно провести открытым или закрытым способом одновременно с имплантацией двухэтапного винтового имплантата в области 25 зуба.

Задание 15.

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. Поставьте диагноз.

Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Эталон ответа:

Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Съемный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.

Задание 16.

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 мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

Задание 17.

Пациент 60 лет жалуется на кровоточивость из зубодесневых карманов, которые повторяются периодически. Страдает пародонтитом. Зубы чистит нерегулярно.

При осмотре: кожные покровы бледные. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны. Неприятный запах изо рта. Слизистая оболочка полости рта бледная, умеренно увлажнена, язык обложен. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Имеет место вторичная адентия с потерией жевательной эффективности более 60%. Имеются глубокие з/д карманы, болезненность и кровоточивость межзубной и маргинальной десны.

Ваш диагноз, обоснуйте его.

Укажите противопоказания к имплантации.

Эталон ответа:

1. Пародонтит. Диагноз основывается на локализации воспалительного процесса ячеистого отростка челюсти. Причиной развития пародонтита могло быть воспалительный процесс в з/д карманах с горизонтальной атрофией ячеистого отростка в области лунок. При данной клинической ситуации противопоказано лечение с применением имплантатов.

Задание 18.

Пациент 65 лет жалуется на полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре: соматических заболеваний нет. Практически здоров. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Гигиена полости рта удовлетворительная. Имеет место вторичная значительная атрофия ячеистых отростков верхней и нижней челюсти. Поставьте диагноз, обоснуйте его. Укажите возможный вид имплантации.

Эталон ответа:

Диагноз Полная вторичная адентия со значительной атрофией ячеистого отростка. Субпериостальная имплантация.

Задание 19.

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи.

В анамнезе – ОРВ-и, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течение жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может.

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение

дикции при разговоре.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Эталон ответа:

Съемный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.

Задание 20.

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. Ваш диагноз. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.

Эталон ответа:

Диагноз: Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти. Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах.

Задание 21.

Пациент 65 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, 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. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

Задание 22.

Пациент 45 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. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Эталон ответа:

Для реабилитации пациента необходимо уточнить состояние конструкции, для чего необходимо снять коронку с супраструктуры с помощью ультразвука или путем распиливания, с последующим анализом состояния имплантата и супраструктуры. При их целостности проводится замена винта с правильным усилием затягивания и фиксацией коронки после коррекции окклюзии, если она была снята без разрушения. При разрушении коронки она изготавливается заново с учетом конкретной ситуации. При разрушении имплантата он удаляется с последующим повторным имплантологическим лечением. Хирургическое и ортопедическое лечение должно проводиться после пародонтологической санации полости рта и области имплантации.

Задание 23.

Пациент 45 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. Проведите дополнительные методы обследования.

Эталон ответа:

Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.

Задание 24.

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу хирургу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов.

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. 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 ортопантомограмме – 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. Ваш диагноз. Укажите план лечения.

Эталон ответа:

Полное отсутствие зубов нижней челюсти. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в области 2.1., 2.2. Хронический периодонтит в области 2.5. Удаление зуба 2.5. Съёмный протез на нижнюю челюсть на атачменах с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел нижней челюсти. Или установка 8 винтовых имплантатов на нижнюю челюсть после проведения костной пластики аутокостью, с последующим изготовлением мостовидного протеза на нижнюю челюсть. На верхней челюсти установка винтовых 5 имплантатов в области 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 2.5 с изготовлением мостовидного протеза.

Задание 25.

Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу хирургу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов. 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. 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 ортопантомограмме – 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 чем могут возникнуть сложности при решении изготовить съёмный протез на нижнюю челюсть с опорой на имплантаты?

Эталон ответа:

Проблемы с адаптацией протеза на нижнюю челюсть, т.к. ранее изготовленным протезом пациент не пользовался, т.к. не смог привыкнуть к нему.

Задание 26.

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось. При осмотре: 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 9 мм. Ваш диагноз. План лечения.

Эталон ответа:

Частичное отсутствие зубов верхней челюсти в области 1.6 и 1.7 зубов. Операция закрытый синус – лифтинг справа с установкой 2-х винтовых имплантатов длиной 13 мм диаметром 4,5 мм, двухэтапная методика.

Задание 27.

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 45 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось. При осмотре: 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. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.

Эталон ответа: Компьютерная томография верхней челюсти и верхнечелюстных пазух.

Задание 28.

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. 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.

Ваш диагноз. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?

Эталон ответа:

Периимплантит в области зуба 3.6. Причиной развития данного осложнения может являться несоблюдение принципов atraumaticного препарирования костного ложа, неадекватное закрытие операционной раны, неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.

Задание 29.

Пациент 49 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. 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. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

Эталон ответа:

Для лечения пациента необходимо удалить имплантат. Дальнейшее протезирование возможно через 6 месяцев.

Задание 30.

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. Ваш диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту в случае лечения адентии с использованием имплантатов.

Эталон ответа:

Хронический периодонтит 1.1 и 1.2. Ортопантомография и компьютерная томография верхней челюсти.

Задание 31.

Пациентка 35 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. Ваш диагноз. План лечения.

Эталон ответа:

Операция удаления 1.2 и 1.1 зубов с цистэктомией, с закрытием дефекта костной ткани остеопластическим материалом. Установка 2-х винтовых имплантатов в области 1.1 и 1.2 зубов после восстановления костной ткани.

Задание 32.

Пациент Б., 41 год, обратился с жалобами на дефекты зубного ряда нижней челюсти. В анамнезе травма нижней челюсти 5 лет назад, в результате которой пациент потерял 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 зубы с участком костной ткани подбородочного отдела альвеолярной части нижней челюсти. При осмотре полости рта в области дефекта подбородочного отдела определяется снижение высоты альвеолярной части нижней челюсти при достаточной ширине. Визуально ширина альвеолярной части нижней челюсти более 5 мм.

На представленной пациентом ортопантограмме определяется два включенных дефекта зубного ряда нижней челюсти: в области подбородочного отдела с вертикальной атрофией костной ткани и в области бокового отдела слева. Параметры альвеолярной части нижней челюсти в области включенного дефекта бокового отдела слева вполне достаточны для установки дентальных имплантатов. На ортопантограмме в подбородочном отделе альвеолярной части нижней челюсти определяется дефект костной ткани с дефицитом высоты, который составил 6 мм до окклюзионной линии. Через какой промежуток времени после костной пластики показана дентальная имплантация.

Эталон ответа:

Через 6 месяцев.

Задание 33.

Пациент Р., 33 года, обратился с жалобами на отсутствие моляров на нижней челюсти слева. При осмотре полости рта определяется концевой дефект зубного ряда нижней челюсти слева в области 3.6, 3.7, 3.8 зубов седловидной формы с атрофией альвеолярной части нижней челюсти по высоте, определяется плоский широкий альвеолярный гребень. Имеется мостовидный протез с опорой на 3.2, 3.4, 3.5 и консоль 3.6. На ортопантограмме определяется концевой дефект альвеолярной части нижней челюсти слева в области моляров со снижением высоты. Через какой промежуток времени после дентальной имплантации показана установка формирователя десны?

Эталон ответа:

Через 4 месяца.

Задание 34.

Пациентка М., 39 лет, обратилась с целью протезирования на дентальных имплантатах. На представленной ортопантограмме определяется 2 дефекта зубного ряда нижней челюсти: включенный справа и концевой слева; и 4 дефекта на верхней челюсти: 3 включенных и 1 концевой справа. На нижней челюсти отсутствуют 3.6, 3.7, 3.8, 4.5, 4.6, 4.7 зубы, на верхней челюсти - 1.5, 1.7, 1.8, 2.4, 2.6, 2.8 зубы. Снижение высоты альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти по данным ортопантограммы в области дефектов не выявляется. При осмотре полости рта - дефицит костной ткани по ширине в области включенного дефекта альвеолярной части нижней челюсти справа. При изучении КТ выявлена горизонтальная атрофия костной ткани альвеолярной части нижней челюсти справа при достаточной для дентальной имплантации высоте. По данным КТ ширина альвеолярной части нижней челюсти справа в области дефекта составила 2,7 мм, высота 13 мм. Через какой промежуток времени после установки формирователя десны возможно ортопедическое лечение?

Эталон ответа:

Через 1 месяц.

Задание 35.

Пациент К., 49 лет, обратился для консультации по поводу установки дентального имплантата на верхней челюсти слева в области отсутствующих 25-27 зубов.

25,26,27 зубы удалены в связи с осложнениями кариеса. На ортопантограмме определяется пневматический тип верхнечелюстной пазухи, расстояние от гребня альвеолярного отростка в зоне 26-27 до дна пазухи составляет 5 мм. Определите возможность дентальной имплантации.

Эталон ответа:

Имплантация невозможна в связи с недостаточной высоты альвеолярного отростка в данной зоне.

Задание 36.

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

Альвеолярный отросток достаточной ширины и высоты. 35,34; 45,44 зубы запломбированы, коронки их изменены в цвете. Поставьте диагноз. Проведите необходимое обследование.

Эталон ответа:

Вторичная частичная адентия. Двусторонние концевидные беззубые дефекты нижней челюсти. Рентгенографическое обследование (ортопантомография и состояние 35,34 и 45,44 зубов).

Задание 37.

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 3.6 зуба 4 недели тому назад пациентка В. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой воспалительный инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 3.5. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм.

Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Иссечение воспаленной слизистой над имплантатом, удаление винта-заглушки, промывание и высушивание резьбового канала имплантата и введение формирователя десневой манжетки.

Задание 38.

Пациент П., 47 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на 35 зуб и дентальный имплантат. При осмотре: Лицо симметричное, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объеме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 35-37), перкуссия его болезненна, определяется незначительная подвижность в вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области 36-37 зубов отёчна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойно-геморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрежение костной ткани шириной 1,5мм; у 35 з у б а - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4мм.

Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Периимлантит нижней челюсти слева.

Задание 39.

Пациент Ш., 55 лет, обратился с жалобой на дискомфорт в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата в зоне 44 зуба. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся. При осмотре полости рта выявлены обильные зубные отложения, покрывающие все зубы. Межзубные сосочки отёчны, застойно-синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании. В зоне 44 зуба - металлокерамическая коронка, перкуссия безболезненна, конструкция устойчива.

Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отёчна, определяются выбухающие грануляции. На R-грамме: имплантат остеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2мм у шейки имплантата. Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

Неудовлетворительная гигиена полости рта.

Задание 40.

Пациентка К, 44 лет, предъявляет жалобы на боли верхней челюсти слева, болезненное накусывание, гнойные выделения из левой половины носа. Со слов больной, 7 лет назад в области верхней челюсти слева был установлен дентальный имплантат и затем металлокерамический мостовидный протез. Около двух лет назад перенесла двусторонний верхнечелюстной синусит и фронтит, по поводу чего проходила курс лечения в стационаре, но обострения повторялись. Направлена ЛОР-врачом на консультацию. При осмотре полости рта: на верхней челюсти слева имеется метаплекерамический мостовидный протез с опорой на имплантат и 23-24 зубы. Перкуссия его болезненна, подвижности не определяется. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, пальпация альвеолярного отростка болезненна. На ортопантомограмме в проекции 25 – 27 зубов определяется пластиночный имплантат, окружённый по периметру линией разрежения костной ткани шириной 1 - 1,5мм; верхняя костная граница отсутствует.

Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Хронический верхнечелюстной синусит слева. Периимплантит в области верхней челюсти слева.

Задание 41.

Пациент С., 42 лет, через месяц после установки двухэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 15 зуба предъявляет жалобы на заложенность носа справа и гнойное отделяемое, нарушение работоспособности. В полости рта визуальна заглушка в зоне 15, подвижная при зондировании; окружающая слизистая оболочка гипертрофирована и гиперемирована. На дентальной R-грамме определяется выведение внутрикостной части имплантата в верхнечелюстную пазуху на 3мм, контуры кости, окружающей тело имплантата, размыты.

Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Удаление имплантата с последующим противовоспалительным лечением синусита.

Задание 42.

Пациентка Д., 45 лет, обратилась с жалобой на онемение кожи подбородка слева после установки одноэтапного винтового имплантата в области отсутствующего 34 зуба 2 дня тому назад. На R-грамме нижней челюсти слева в боковой проекции определяется внутрикостная часть имплантата, концевым отделом перекрывающая нижнечелюстной канал в области 35 зуба. Ваш диагноз. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

Травматический неврит нижнеальвеолярного нерва слева. Удаление имплантата.

Задание 43.

Пациенту Т., 2,5 месяца назад был установлен двухэтапный винтовой имплантат в область отсутствующего 25 зуба. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во время контрольного осмотра обнаружены грануляции над винтом-заглушкой. Жалоб не предъявляет. На дентальной R-грамме определяется незначительная резорбция костной ткани у шейки имплантата. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Воспалительный процесс слизистой в области имплантата.

Задание 44.

Пациент Д., 56 лет, обратился с жалобами на подвижность мостовидного протеза на нижней челюсти справа, который был установлен 6 лет тому назад. Протезированию предшествовала дентальная имплантация. Из вредных привычек отмечает частое употребление жевательной резинки. В полости рта на нижней челюсти справа имеется мостовидный протез с опорой на 44, 45 зубы и имплантат, установленный в зоне отсутствующих 46 -48 зубов. Подвижность протеза определяется в его дистальном отделе. Пальпация альвеолярного отростка безболезненна, слизистая оболочка без признаков воспаления. На R-грамме нижней челюсти в боковой проекции определяется остеоинтегрированное тело пластиночного имплантата с четко выраженной линией перелома на уровне шейки. Укажите причины, приведшие к создавшейся ситуации.

Эталон ответа:

Частое и длительное применение жевательной резинки привело к функциональной перегрузке и возникновению усталости металла в области шейки имплантата.

Задание 45.

Пациент Д., 42 лет, направлен ортопедом - стоматологом на удаление 45 зуба в связи с хроническим периодонтитом. Жалоб на боли не предъявляет. Местный статус: коронка 45 зуба разрушена, перкуссия безболезненна, слизистая розового цвета. Ширина ячеистого отростка в области 45 зуба составляет 5,5 мм. 44 зуб интактный, 46 зуб покрыт металлокерамической коронкой. На дентальной R-грамме периапикальных изменений не определяется. Ваш вариант реабилитации. Выберите оптимальный способ лечения и обоснуйте его.

Эталон ответа:

Непосредственная имплантация двухэтапного винтового имплантата в лунку 45 зуба.

Задание 46.

Пациент 59 лет жалуется на кровоточивость из зубодесневых карманов, которые повторяются периодически. Страдает пародонтитом. Зубы чистит нерегулярно. При осмотре: кожные покровы бледные. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны. Неприятный запах изо рта. Слизистая оболочка полости рта бледная, умеренно увлажнена, язык обложен. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Имеет место вторичная адентия с потерией жевательной эффективности более 60%. Имеются глубокие з/д карманы, болезненность и кровоточивость межзубной и маргинальной десны. Укажите противопоказания к имплантации.

Эталон ответа:

Пародонтит.

Задание 47.

Пациент 55 лет жалуется на полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре: соматических заболеваний нет. Практически здоров. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Гигиена полости рта

удовлетворительная. Имеет место вторичная значительная атрофия ячеистых отростков верхней и нижней челюсти. Укажите возможный вид имплантации.

Эталон ответа:

Субпериостальная имплантация.

Задание 48.

Пациент 65 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, а в потом изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. 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. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

К разрушению конструкции могло приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

Задание 49.

На приём к хирургу стоматологу обратилась женщина 45 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось. При осмотре: 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 ортопантомограмме – пневматический тип строения верхнечелюстных пазух, прозрачность пазух не нарушена. Высота костной ткани 9 мм. План лечения

Эталон ответа:

Закрытый синус – лифтинг справа с установкой 2-х винтовых имплантатов

Задание 50.

Пациент 49 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. 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. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?

Эталон ответа:

Причиной развития данного осложнения может являться несоблюдение принципов atraumaticного препарирования костного ложа, а также, неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.

Задание 51.

Пациент 49 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. 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. После удаления имплантата, когда возможно дальнейшее протезирование?

Эталон ответа:

Дальнейшее протезирование возможно через 6 месяцев.

Задание 52.

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. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту в случае лечения адентии с использованием имплантатов.

Эталон ответа:

Ортопантомография и компьютерная томография верхней челюсти.

Задание 53.

Пациентка 29 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. Ваш вариант имплантологического лечения.

Эталон ответа:

Операция удаления 1.2 и 1.1 зубов. Установка 2-х винтовых имплантатов в области 1.1 и 1.2 зубов после восстановления костной ткани.

Задание 54.

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 45 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось. При осмотре: 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 4 мм. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести. Возможный вариант лечения с использованием имплантатов.

Эталон ответа:

Компьютерная томография верхней челюсти и верхнечелюстных пазух. Синус лифтинг.

Задание 55.

Пациент 45 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие, 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. Является ли сопутствующее заболевание противопоказанием к лечению адентии с использованием имплантатов? Дополнительные методы исследования.

Эталон ответа:

- не является;
- дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.

Задание 56.

У пациента П., 45 лет, протяжённость дефекта зубного ряда нижней челюсти справа составляет 20 мм, ширина альвеолярного отростка в области отсутствующего 45 зуба - 5,5 мм, 46 зуба - 6.3 мм. Расстояние от альвеолярного гребня до нижнечелюстного канала - 13 мм. Составьте план имплантационного лечения. Страдает сахарным диабетом. Какой вид лечения адентии с использованием имплантатов Вы предложите?

Эталон ответа:

Вид лечения адентии с использованием имплантатов в данной конкретной ситуации противопоказан.

Задание 57.

У пациентки М., 42 лет, отсутствуют 34, 35 и 36 зубы. Протяжённость дефекта составляет 22 мм. Ширина альвеолярного отростка в проекции 34 зуба - 5 мм, 35 зуба - 5,5 мм и 36 зуба - 6.3 мм. На ортопантограмме расстояние от гребня альвеолярного отростка до нижнечелюстного канала в зоне 35-36 зубов составляет 2 мм. Составьте оптимальный план имплантационного лечения.

Эталон ответа:

Как вариант лечения - путем латеризации нижнелуночкового нерва и установка 3-х винтовых двухэтапных имплантатов.

Задание 58.

У пациентки В., 39 лет, отсутствует 25 зуб. Соседние 24 и 26 зубы интактные. Ширина альвеолярного гребня составляет 5 мм; расстояние до дна верхнечелюстной пазухи - 7 мм.

Предложите варианты дополнительных вмешательств при имплантологическом лечении.

Эталон ответа:

Имплантологический метод, требующий дополнительного хирургического вмешательства в виде операции поднятия дна верхнечелюстной пазухи (синуслифтинг).

Задание 59.

Пациент 60 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось полгода назад. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. В анамнезе имеет место «скрежетание» зубов во время сна. 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 мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом. Какую ошибку допустил врач, проведя лечение адентии с использованием имплантатов

Эталон ответа:

Скрежет зубами является противопоказанием к лечению адентии с использованием имплантатов.

Задание 60.

Пациент Р., 43 лет, обратился с жалобами на отсутствие моляров на нижней челюсти слева. При осмотре полости рта определяется концевой дефект зубного ряда нижней челюсти слева в области 3.6, 3.7, 3.8 зубов седловидной формы с атрофией альвеолярной части нижней челюсти по высоте, определяется плоский широкий альвеолярный гребень. Страдает парадонтитом. Имеется места кровоточивость десен. На ортопантограмме определяется концевой дефект альвеолярной части нижней челюсти слева в области моляров со снижением высоты, усеченность межкорневых перегородок. Какой вид лечения с использованием имплантатов Вы предложите пациенту?

Эталон ответа:

Парадонтит является противопоказанием к применению имплантатов.

Задание 61.

Пациент Р., 43 лет, обратился с жалобами на отсутствие моляров на нижней челюсти слева. При осмотре полости рта определяется концевой дефект зубного ряда нижней челюсти слева в области 3.6, 3.7, 3.8 зубов седловидной формы с атрофией альвеолярной части нижней челюсти по высоте, определяется плоский широкий альвеолярный гребень. Страдает парадонтитом. Имеется места кровоточивость десен. На ортопантограмме определяется концевой дефект альвеолярной части нижней челюсти слева в области моляров со снижением высоты, усеченность межкорневых перегородок. Какой вид лечения с использованием имплантатов Вы предложите?

Эталон ответа:

Парадонтит является противопоказанием к лечению адентии с использованием имплантатов.

Задание 62.

Пациентка М., 50 лет, обратилась с целью протезирования на дентальных имплантатах. Полгода назад перенесла вирусный гепатит. На представленной ортопантограмме определяется 2 дефекта зубного ряда нижней челюсти: включенный справа и концевой

слева; и 4 дефекта на верхней челюсти: 3 включенных и 1 концевой справа. На нижней челюсти отсутствуют 3.6, 3.7, 3.8, 4.5, 4.6, 4.7 зубы, на верхней челюсти - 1.5, 1.7, 1.8, 2.4, 2.6, 2.8 зубы. Какой вид лечения адентии с использованием имплантатов Вы предложите пациентке?

Эталон ответа:

Недавно перенесенный вирусный гепатит – прямое противопоказание к лечению адентии с применением имплантатов.

Задание 63.

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 3.5 зуба три недели тому назад пациентка С. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой воспалительный инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 3.5. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Воспаление слизистой оболочки в области дентального имплантата.

Задание 64.

Пациент П., 57 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на 35 зуб и дентальный имплантат. При осмотре: Лицо симметрично, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объеме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 35-37), перкуссия его болезненна, определяется незначительная подвижность в вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области 36-37 зубов отечна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм с гнойно-геморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2 см, установленный в проекции 36-37 зубов, по периметру которого имеется разрезание костной ткани шириной 1,5 мм; у 35 зуба - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4 мм.

Укажите причину заболевания и лечебную тактику.

Эталон ответа:

Допущена врачебная ошибка при протезировании: в протез включён только один опорный зуб, в результате чего произошла функциональная перегрузка как имплантата, так и 35 зуба. Показано удаление имплантата.

Задание 65.

Пациент Т., 34 лет, обратился с жалобой на дискомфорт в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата в зоне 44 зуба. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся. При осмотре полости рта выявлены обильные зубные отложения, покрывающие все зубы. Межзубные сосочки отечны, застойно-синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании. В зоне 44 зуба - металлокерамическая коронка, перкуссия безболезненна, конструкция устойчива.

Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отечна, определяются выбухающие грануляции. На R-грамме: имплантат остеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2 мм у шейки имплантата. Поставьте диагноз.

Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

Воспаление слизистой в области имплантата.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность в ответах

отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы
---------	-------------

	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует