

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии № 2


УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
/д.м.н., проф. Максюков С.Ю./
«17» июня 2025 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

Специальность
31.08.75 Стоматология ортопедическая

Направленность (профиль) программы Стоматология ортопедическая

**Блок 3
Базовая часть (Б3.Б.01)**

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2025 г.**

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

3.1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

3.2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3.3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов;
- ✓ проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание ортопедической стоматологической помощи пациентам;
- ✓ участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ создание в медицинских организациях стоматологического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ участие в организации оценки качества оказания стоматологической помощи пациентам;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

- ✓ готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной

власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК-):

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);
- ✓ готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи (ПК-7);
- ✓ готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая осуществляется

посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-стоматолога-ортопеда в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Целью ГИА является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

Задачи ГИА: проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС

ВО по специальности (31.08.75 Стоматология ортопедическая) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
	<p>Конструктивные элементы съемных протезов. Методика определения центральной окклюзии при частичном отсутствии зубов. Последовательность и правила изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками применительно к съемным протезам.</p> <p>Больная С., 30 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, затрудненное пережевывание пищи, западение щек. Ранее за ортопедической помощью не обращалась. Из анамнеза заболевания: начала удалять зубы в возрасте 15 лет, последний раз удаляла зубы 3 года назад. Зубы удалялись вследствие осложненного кариеса.</p> <p>Объективные данные: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без изменений. Равномерная атрофия альвеолярного отростка на верхней челюсти на $\frac{1}{4}$, торус покрыт истонченной слизистой оболочкой. Подвижность передних зубов нижней челюсти 2 степени верхние зубы устойчивы. Зубная формула: <u>4321 1234</u> 4321 1234.</p> <p>1.Поставить диагноз. 2.Выберете конструкцию протеза на ВЧ и НЧ. 3.Составить план лечения. 4.В каких направлениях подвижен зуб при 2 степени подвижности. 5.Определите степень атрофии альвеолярного отростка.</p>	УК – 1, ПК – 5, ПК – 7, ПК – 8, ПК – 9, ПК - 12

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Методика снятия оттисков и изготовление гипсовых моделей. Требования к оттискам.
2. Конструктивные элементы съемных протезов. Проверка восковой композиции съемного протеза. Методика и последовательность проверки постановки искусственных зубов, других элементов съемных протезов. Критерии клинической оценки.
3. Препарирование твердых тканей зубов. Обезболивание. Патология твердых тканей зубов. Классификация полостей.
4. Показания, противопоказания к применению металлических вкладок.
5. Виды вкладок. Правила препарирования.
6. Ортопедическое лечение при полном отсутствии коронки зуба.
7. Штифтовые конструкции и их элементы. Показания к применению. Методы обследования. Препарирование твердых тканей зуба. Особенности подготовки канала (каналов) корня (корней) зубов. Требования к состоянию корня и окружающим его тканям.
8. Клинико-лабораторные этапы ортопедического лечения культевыми штифтовыми вкладками. Показания, противопоказания к применению культевых штифтовых вкладок
9. Современные методы восстановления разрушенной коронковой части многокорневых зубов. Составные культевые штифтовые вкладки, культевые вкладки с внутрикультуревым каналом.
10. Применение стандартных штифтов для восстановления полного отсутствия коронковой части зуба. Клинические этапы восстановления разрушенной коронки зуба с применением стандартных внутрикорневых штифтов.
11. Протезирование дефектов зубов искусственными коронками.
12. Классификация. Общие показания и противопоказания к протезированию искусственными коронками. Правила препарирования твердых тканей зуба, меры безопасности.
13. Особенности препарирования зуба под штампованную металлическую коронку. Обезболивание при препарировании зубов. Осложнения при препарировании, меры профилактики.
14. Требования, предъявляемые к искусственным коронкам. Методика припасовки штампованных металлических коронок.
15. Критерии оценки качества искусственных коронок. Правила и последовательность фиксации искусственных коронок. Лабораторные приемы, используемые при изготовлении металлической штампованной коронки. Основные и вспомогательные материалы, применяемые при изготовлении металлической штампованной коронки.
16. Клинические и лабораторные приемы протезирования фарфоровыми и пластмассовыми коронками.
17. Клинические и лабораторные приемы протезирования цельнолитыми, металлокерамическими, металлопластмассовыми коронками.
18. Клинико-лабораторные этапы протезирования современными видами искусственных коронок.
19. Компьютерные и гальванопластические технологии изготовления искусственных коронок.
20. Алгоритмы изготовления искусственных коронок с применением компьютерного фрезерования и гальванопластики.
21. Частичная потеря зубов. Особенности клинического обследования. Классификация дефектов зубных рядов.
22. Обоснование применения мостовидных конструкций зубных протезов (показания и противопоказания к применению).
23. Требования к мостовидным протезам.

24. Особенности препарирования опорных зубов.
25. Методика получения оттисков и критерии их оценки.
26. Биомеханика мостовидных протезов.
27. Основные принципы конструирования мостовидных протезов.
28. Определение и методы фиксации центральной окклюзии при изготовлении мостовидных протезов.
29. Клинико-лабораторные этапы протезирования мостовидными протезами.
30. Протезирование паяным цельнометаллическим мостовидным протезом.
31. Припасовка искусственных коронок и получение оттисков. Повторное определение центральной окклюзии.
32. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитыми и металлокерамическими, металлокластмассовыми мостовидными протезами.
33. Принципы ортопедического лечения с помощью мостовидных протезов. Тактика защиты твердых тканей и пародонта опорных зубов. Способы изготовления временных коронок.
34. Ортопедическое лечение частичной потери зубов с применением адгезивных мостовидных протезов.
35. Клинико-лабораторные этапы изготовления безметалловых мостовидных протезов (керамических, композитных армированных).
36. Ошибки и осложнения при ортопедическом лечении частичной потери зубов мостовидными протезами.
37. Вероятные ошибки и осложнения, наблюдающиеся при ортопедическом лечении частичной потери зубов.
38. Частичное отсутствие зубов. Классификация дефектов зубных рядов. Особенности обследования и лабораторные методы исследования пациентов с частичным отсутствием зубов. Обоснование диагноза.
39. Методика снятия оттисков и изготовление гипсовых моделей. Требования к оттискам.
40. Конструктивные элементы съемных протезов. Методика определения центральной окклюзии при частичном отсутствии зубов. Последовательность и правила изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками применительно к съемным протезам.
41. Проверка восковой композиции съемного протеза. Методика и последовательность проверки постановки искусственных зубов, других элементов съемных протезов. Критерии клинической оценки.
42. Лабораторные этапы изготовления съемных пластиночных протезов.
43. Свойства применяемых основных и вспомогательных материалов, последовательность лабораторных этапов.
44. Методика припасовки и наложения съемного протеза при частичном отсутствии зубов.
45. Правила наложения и критерии оценки качества протезов.
46. Частичная потеря зубов. Коррекция протезов в процессе пользования ими.
47. Правила пользования съемными пластиночными протезами, принципы проведения коррекции протезов.
48. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных пластиночных протезов с металлическим базисом.
49. Сложность изготовления и несовершенство технологии не способствовали распространению металлических базисов.
50. Изготовление съемного пластиночного протеза с двухслойным базисом.
51. Эластические подкладочные материалы, технология применения. Протезирование пациентов съемными протезами с двухслойным базисом при наличии атрофии тканей протезного ложа.
52. Иммедиат-протезы, показания к применению.
53. Предварительная ортопедическая подготовка, клинико-лабораторные этапы изготовления иммедиат-протеза.
54. Непосредственное протезирование пациентов с частичной потерей зубов.
55. Ошибки и осложнения при протезировании съемными пластиночными протезами.

56. Бюгельные протезы. Показания к применению. Конструктивные элементы. Их назначение и расположение по отношению к тканям протезного ложа. Методика снятия слепка.
57. Бюгельные протезы - съемные протезы, опирающиеся на зубы, альвеолярные отростки, тело челюсти и небо. Передают нагрузку комбинированным путем через периодонт и ткани, не приспособленные к нагрузке.
58. Кламмерная система бюгельной конструкции.
59. Закономерности выбора кламмерной системы конструкции кламмеров. Элементы бюгельного протеза. Параллелометрия. Топография общей экваториальной линии. Понятие пути введения и выведения протеза.
60. Основные технологические приемы, вспомогательные и основные материалы, инструменты и оборудование, применяемые при изготовлении бюгельных протезов.
61. Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления полных и цельнолитых каркасов бюгельных протезов.
62. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных протезов с замковой системой фиксации.
63. Виды замковых элементов лабораторная последовательность.
64. Клинико-лабораторные этапы изготовления съемных протезов с балочной и магнитно-ретенционной системами фиксации.
65. Балочное соединение характеризуется тем, что коронки на опорных зубах соединены литыми круглыми или четырехгранными балками (штангами), которые с помощью съемного протеза воспринимают жевательное давление.
66. Ортопедическое лечение съемными протезами с телескопической системой фиксации. Съемные мостовидные протезы.
67. Клинико-лабораторные этапы изготовления покрывающих съемных протезов с применением внутрикорневых фиксирующих устройств.
68. Ошибки и осложнения при протезировании бюгельными протезами.
69. Клиника полной потери зубов. Анатомо-топографические особенности строения беззубых челюстей. Морфофункциональные изменения твердых и мягких тканей зубо-челюстной системы в результате потери всех зубов. Классификация беззубых челюстей.
70. Диагностика, план и задачи ортопедического лечения больных с полной потерей зубов. Особенности обследования и заполнения истории болезни при полной потере зубов. Подготовка полости рта больного к протезированию (общая специальная, психотерапевтическая).
71. Фиксация полных съемных протезов. Механические, биомеханические, физические, биофизические методы фиксации съемных протезов.
72. Особенности фиксации протезов на беззубых верхней и нижней челюстях.
73. Анатомические предпосылки к построению границ полных съемных протезов. Снятие анатомических оттисков.
74. Назначения и способы изготовления индивидуальных ложек. Методика припасовки индивидуальных ложек с использованием проб Гербста.
75. Методы получения функциональных оттисков у пациентов при полной потере зубов. Слепочные материалы, применяемые для получения функциональных оттисков.
76. Определение центрального соотношения челюстей, значение правильного выполнения этого этапа для повышения функциональной ценности протезов. Использование антропометрических ориентиров для определения центрального соотношения.
77. Биомеханика движений нижней челюсти. Закономерности артикуляции и окклюзии зубных рядов. Законы артикуляции Бонвиля, Ганау. Вне- и внутритотовая запись движений нижней челюсти. Артикуляционная пятёрка Ганау.
78. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Типы артикуляторов.
79. Конструирование зубных рядов в протезах при полной потере зубов. Выбор метода постановки зубов.

80. Основные и вспомогательные материалы, применяемые при изготовлении съемных пластиночных протезов.
81. Расстановка искусственных зубов с использованием индивидуального артикулятора. Принципы конструирования зубных протезов в артикуляторах.
82. Проверка конструкции съемных пластиночных протезов. Ошибки, возникающие при определении центрального соотношения челюстей.
83. Правила припасовки и наложения съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов.
84. Правила проведения коррекции протезов. Перебазировка. Показания. Способы перебазировки.
85. Адаптация больного к зубным протезам. Реакция тканей протезного ложа на съемные протезы.
86. Протезы с металлическим и комбинированным двухслойным базисом.
87. Объемное моделирование базисов протезов при полной потере зубов.
88. Ошибки и осложнения при протезировании полной потери зубов.
89. Методы ортопедического лечения с применением имплантатов.
90. Показания и противопоказания к имплантации
91. Материалы для имплантации.
92. Характер взаимодействия материалов с окружающими тканями.
93. Виды интеграции имплантатов
94. Типы имплантации.
95. Показания и противопоказания к проведению различных видов операции дентальной имплантации
96. Клинические и лабораторные этапы протезирования имплантатах.
97. Показания и противопоказания к проведению различных видов операции дентальной имплантации
98. Ошибки и осложнения при протезировании на имплантатах.
99. Показания и противопоказания к проведению различных видов операции дентальной имплантации.
100. Болезни пародонта. Классификация. Методы исследования состояния пародонта и их диагностическая значимость. Методы исследования состояния пародонта и их диагностическая значимость
101. Очаговый пародонтит. Клиника, методы обследования, дифференциальная диагностика. Клиника, методы обследования, дифференциальная диагностика.
102. Генерализованный пародонтит. Клиника. Методы обследования, дифференциальная диагностика. Методы обследования, дифференциальная диагностика.
103. Дифференциальная диагностика первичной и вторичной травматической окклюзии.
104. Генерализованный пародонтит. Клиника. Методы обследования, дифференциальная диагностика.
105. Комплексная терапия пародонтитов. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта. Избирательное пришлифование зубов.
106. Ортопедические методы лечения заболеваний пародонта. Избирательное пришлифование зубов. Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта. Показания к удалению зубов при патологии пародонта.
107. Биомеханические принципы и основные виды шинирования зубов. Временное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта. Показания к удалению зубов при патологии пародонта.
108. Постоянное шинирование на этапах лечения заболеваний пародонта. Показания к удалению зубов при патологии пародонта.
109. Ортопедические методы лечения очагового пародонтита при сохранных рядах. Особенности лечения очагового пародонтита при частичной потере зубов.

110. Методика параллелометрии при изготовлении шинирующих аппаратов и протезов. Особенности применения постоянных шинирующих аппаратов и протезов при генерализованном пародонтите и пародонтозе.
111. Ортопедическое лечение пародонтита при частичной потере зубов бюгельными протезами с замковой, балочной и телескопической фиксацией
112. Ортодонтический этап в лечении заболеваний пародонта.
113. Брекет-системы, показания противопоказания при лечении пациентов с заболеваниями пародонта.
114. Непосредственное протезирование при заболеваниях пародонта
115. Ошибки и осложнения при ортопедическом лечении заболеваний пародонта.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача №1. Больная С., 30 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, затрудненное пережевывание пищи, западение щек. Ранее за ортопедической помощью не обращалась. Из анамнеза заболевания: начала удалять зубы в возрасте 15 лет, последний раз удаляла зубы 3 года назад. Зубы удалялись вследствие осложненного кариеса.

Объективные данные: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без изменений. Равномерная атрофия альвеолярного отростка на верхней челюсти на $\frac{1}{4}$, торус покрыт истонченной слизистой оболочкой. Подвижность передних зубов нижней челюсти 2 степени верхние зубы устойчивы. Зубная формула:4321|1234

4321|1234

1. Поставить диагноз.
2. Выберете конструкцию протеза на ВЧ и НЧ.
3. Составить план лечения.
4. В каких направлениях подвижен зуб при 2 степени подвижности.
5. Определите степень атрофии альвеолярного отростка.

Задача № 2. Больной А., 51. год, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, невозможность полноценного пережевывания пищи нарушение эстетики лица, боли при пережевывании пищи в области височно-нижнечелюстного сустава, иррадиирующие в висок.

Из анамнеза заболевания - зубы начал удалять по причине подвижности лет 12-15 назад. Последний зуб удален 2 месяца назад.

Объективные данные: лицо симметрично, снижена высота нижней трети лица, выраженные носогубные складки. Слизистая оболочка полости рта розовая, незначительно гиперемирована возле оставшихся зубов. Атрофия альвеолярного отростка более выражена в боковых отделах, в области моляров обеих челюстей. Складки слизистой оболочки близко подходят к вершинам

альвеолярных отростков нижней челюсти. Подвижность, 1 и 2 степени, корни всех зубов обнажены на 1/3, коронки 11,22,35,42 стерты на 1/2 высоты. Зубная формула: 000001|02300

000320|00005

1. Поставить диагноз.
2. Выберете конструкцию протеза ВЧ и НЧ.
3. Составить план лечения.
4. Назовите причины подвижности зубов.
5. Укажите к какому классу по Кеннеди и по Гаврилову относятся дефекты зубных рядов у данного пациента.

Задача №3. Больная Р., 35 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, затрудненное разжевывание пищи, косметический дефект.

25

Из анамнеза заболевания: зубы начала удалять 10 лет назад, зубы разрушились во время беременности, последнее удаление было 2,5 месяца назад. Больная пользовалась частичными съемными протезами: пластиночным на верхней челюсти и бюгельным протезом на нижней челюсти в течение 3 лет, но протезы пришли в негодность.

Объективные данные: слизистая оболочка бледно-розового цвета, без изменений, альвеолярный отросток на верхней и нижней челюстях хорошо выражен, зубы устойчивые. Зубная формула: 000300|100400

004321|023400

1. Поставить диагноз.
2. Выберете конструкцию протеза на ВЧ и НЧ.
3. Составить план лечения.
4. Назовите меры профилактики поражения зубов во время беременности.
5. Назовите сроки пользования бюгельным и пластиночным протезами.

Задача №4. Мужчина жалуется на жжение в области слизистой оболочки твердого неба при пользовании частичным съемным пластиночным протезом, изготовленным неделю назад. Диагностирован аллергический контактный стоматит. Определите тактику лечения, когда известно, что условий для изготовления дугового протеза нет, а пациент впервые пользуется съемной конструкцией:

1. Кипячение ранее изготовленного протеза в дистиллированной воде в течение 10 мин
2. Наложение изготовленного протеза с частым полосканием водой и приемом гипосенсибилизирующих средств
3. Изготовление нового протеза с добавлением в пластмассовое тесто меньшего количества мономера
4. Изготовление нового протеза с добавлением в пластмассовое тесто меньшего количества полимера

5. Изготовление нового съемного протеза с металлическим базисом

Задача №5. Женщина в возрасте 36 лет обратилась к врачу с целью протезирования. После исследования было принято решение изготовить штампованную металлическую коронку на 17 зуб. Во время приготовления раствора для оттиска гипсом следует использовать:

- Раствор поваренной соли 1%
- Раствор поваренной соли 3%
- Раствор поваренной соли 2%
- Раствор поваренной соли 5%
- Раствор поваренной соли 7%

Задача №6. Пациенту в возрасте 18 лет планируют изготовление металлопластмассовой коронки на 24 зуб. Какой из оттисковых материалов лучше применить для получения оттиска с верхней челюсти:

- Воск
- "Дентофоль"
- "Ортокор"
- "Стомафлекс"
- "Протакрил"

Задача №7. Пациенту в возрасте 57 лет изготавливают съемный пластиночный протез для верхней челюсти. На клинических и лабораторных этапах его изготовления используют зуботехнический воск. К какой группе материалов он относится:

- Оттисковых
- Моделирующие
- Формовочных
- Изолирующих
- Полировальных

Задача №8. Пациенту планируют изготовить съемный протез. На этапе изготовления протеза используют вспомогательный материал Изокол. К какой группе материалов он относится:

- Формовочных
- Оттисковых
- Моделирующих
- Изолирующий
- Полировальных

Задача №9. Пациенту проводят ортопедическое лечение с замещением дефектов зубных рядов верхней и нижней челюстей цельнолитыми комбинированными мостовидными протезами. Сопутствующее заболевание - гипертоническая

болезнь. Который гемостатический препарат не следует использовать при ретракции:

Пероксид водорода.

Норадреналина гидратрарат

Алюминия хлорид

Железа сульфат

Тетрагидрозолин

Задача №10. Пациентке возрасте 42 года планируют изготовление имедиат-протеза (непосредственного протеза) на нижнюю челюсть для замещения фронтальной группы зубов с III степенью подвижности. Выберите оттискной материал:

"Дентафоль"

Гипс

"Стэн"

"Репин"

"Стомальгин"

Задача №11. Человек в возрасте 34 года жалуется на дефект твердых тканей 21, 22 зубов. Планируют изготовления металлокерамических коронок на 21, 22 зубы без их депульпирования. Какой вид обезболивания следует применить при препарировании зубов:

Обезболивание охлаждением

Аудиоанальгезия

Аппликационная анестезия

Общее обезболивание (наркоз)

Инъекционная анестезия

Задача №12. Юноша призывающего возраста проходит обследование в клинике ортопедической стоматологии. Жевательную эффективность у него планируют определить методом Рубиновой. Какого веса орех следует дать обследуемому:

0,7 г

0,3 г

0,5 г

0,6 г

0,8 г

Задача №13. Больному изготавливается бюгельный протез. При изучении модели челюсти параллелометру планируется определить подпоясное пространство и глубину опорных зубов. Каких размеров измерительные стержни используют с этой целью:

0,35; 0,60; 0,85

0,30; 0,55; 0,80

0,20; 0,45; 0,70

0,15; 0,40; 0,65
0,25; 0,50; 0,75

Задача №14. Больному Г., 43 лет, изготавливаются полные штампованные коронки на 26, 27 зубы. Какой материал нужно использовать для изготовления штампов:

- нержавеющую сталь;
- сплав КХС;
- серебряно-палладиевый сплав;
- припой;
- Легкоплавкий сплав

Задача №15. В клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования обратился пациент М., 62 г. При объективном обследовании установлен диагноз: частичный дефект зубных рядов н / щ I кл. за Кеннеди. На слизистой оболочке щек обнаружены бляшки серовато-белого оттенка, которые расположены симметрично в виде треугольника, основанием обращенного к углу рта. При посқабливании не снимаются и не болезненны. Какова тактика врача-ортопеда должна быть в данном случае

- Консультация врача-стоматолога-терапевта.
- Изготовление частичных съемных пластиночных протезов.
- Изготовление консольных протезов
- Проведения имплантации и изготовление мостовидных протезов.
- Изготовление бюгельного протеза.

Задача №16. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка С., 69 г. с целью протезирования. При объективном обследовании - частичное отсутствие зубов на н / щ I кл. за Кеннеди. На слизистой оболочке дна полости рта - очаги ороговения с морщинистою поверхностью и неровными границами, которые переходят на центральную поверхность языка. Сохранены 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44 подвижные II в. подвижности. Какова тактика врача-ортопеда в данном случае

- Консультация врача-стоматолога-терапевта.
- Шинирование 31,32,33, 34, 41, 42, 43, 44.
- Шинирование 31,32,33, 34, 41, 42, 43, 44 с последующим протезирование частичного отсутствия зубов.
- Изготовление частичных съемных пластиночных протезов.
- Изготовление частичных съемных пластиночных протезов.

Задача №17. В клинику ортопедической стоматологии М., 36 г. с целью протезирования частичного отсутствия зубов на в / ч дело. При изучении моделей в артикуляторе учили соотношение сагиттальной и трансверзальной окклюзионных

кривых. Чем обусловлена трансверзальная окклюзионная кривая

Различному уровню расположения щечных и небных бугорков симметричных моляров вследствие наклона зубов в сторону щеки.

Разным уровнем расположения щечных и небных бугорков симметричных моляров вследствие наклона зубов медиально.

Разным уровнем расположения щечных и небных бугорков симметричных моляров вследствие наклона зубов в небную сторону.

Однаковым уровнем расположения щечных и небных бугорков симметричных моляров.

Разным уровнем расположения щечных и небных бугорков симметричных премоляров.

Задача №18. К стоматологу ортопеду обратился больной 48 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза выяснено, что он работает на химическом производстве в кислотном цехе. Какие протезы желательно установить такому пациенту

Съемные пластиночные протезы

Цельнолитые несъемные протезы

Металлокерамические протезы

Бюгельные протезы

Съемные протезы с цельнолитым базисом

Задача №19. Женщина в возрасте 44 года обратилась по поводу протезирования зубов. Зубная формула: 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 31, 41, 42. Зубы интактные, неподвижные, коронки высокие. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Прикус ортогнатический. Планируется изготовление частичного пластиночного протеза для нижней челюсти с кламерами за Кемени. Какой вид кламмера предложил этот автор:

Литой удерживающий

Гнутый проволочный

Зуболуночковый

Литой опорно-удерживающий

Пластмассовый

Задача №20. Женщина в возрасте 58 лет обратилась к врачу с жалобами на частые поломки съемных пластиночных протезов. Из анамнеза известно, что пациентка страдает бруксизмом. Из какого материала целесообразно изготовить базис протеза для предотвращения разламывания протеза:

Металла (кобальтово-хромового сплава)

"Фторакс"

"Редонт"

"Етакрилу"
"Ортосил-М"

Задача №21. Пациент М. обратился с жалобами на изжогу в области слизистой оболочки твердого неба при использовании частичных съемных пластиночных протезом, изготовленным неделю назад. Проведя комплексное обследование, поставлен диагноз: аллергический контактный стоматит. Определите тактику лечения, когда известно, что условий для изготовления дугового протеза нет, а пациент впервые пользуется съемной конструкцией:

изготовление нового протеза с металлическим базисом
наложения изготовленного протеза с частым полосканием водой и приемом гипосенсибилизирующих средств
изготовление нового протеза с добавлением в пластмассовое тесто меньшего количества мономера
изготовление нового протеза с добавлением в пластмассовое тесто меньшего количества полимера
кипячения ранее изготовленного протеза в дистиллированной воде в течение 10 мин

Задача №22. Пациент Р., 42 г. обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. При объективном обследовании установлено частичное отсутствие зубов н / щ слева Ш кл. за Кеннеди. Для восстановления правильных окклюзионных соотношений проводилось изучение боковых движений н / щ. Какой угол должен быть наибольшим, а какой наименьшим

Угол Беннетта маленький, готический самый
Угол трансверзального резцовой пути маленький, сагittalного суставного пути крупнейший
Угол Беннетта и готический угол должны быть равны
Соотношение углов боковых движений н / щ не имеет значения
Угол Беннетта самый, готический угол наименьший

Задача №23. Пациент в возрасте 50 лет обратился к врачу с целью протезирования. Зубная формула: 18, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 37, 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Состояние опорных зубов удовлетворительное. Какой тип крепления обеспечивает наилучшие условия фиксации:

Плоскостное
Точечное
Трансверзальное
Сагиттальное
Линейное

Задача №24. Пациент в возрасте 52 года обратился в клинику ортопедической

стоматологии по поводу отсутствия зубов на верхней челюсти и затрудненное пережевывание пищи. Пациенту рекомендуется изготовление частичного пластинчатого протеза на верхнюю челюсть с удерживающими кламмерами на 14, 23 зубах. Какой вид стабилизации протеза обеспечит такое размещение кламмеров:

- Сагиттально-трансверзальный
- Сагиттальный
- Диагональный
- Трансверзальный
- Диагонально-сагиттальный

Задача №25. Пациент К., 47 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Объективно: 37,36,35,44,45 зубы отсутствуют, 46, 47 - 3 подвижностью I степени. Какой из методов обследования необходимо провести для выбора рациональной конструкции частично съемного протеза данному больному:

- Метод Агапова
- Гнатодинамометрию
- Метод Оксмана
- Мастикациографию
- Одонтопародонтограмму

Задача №26. Пациентка 45 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие боковых зубов нижней челюсти с обеих сторон. Объективно: у больного отсутствуют 46, 45, 35, 36, зубы. Поставьте диагноз:

- Дефект зубного ряда II класса по Бетельман
- Дефект зубного ряда I класса по Кеннеди
- Дефект зубного ряда IV класса по Кеннеди
- Дефект зубного ряда II класс по Кеннеди
- Дефект зубного ряда III класс по Кеннеди

Задача №27. Пациентка 57 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие зубов в фронтальном участке. Объективно: у больного отсутствуют 13,12,11.21,22,23, зубы. Поставьте диагноз:

- Дефект зубного ряда II класса по Бетельман
- Дефект зубного ряда I класса по Кеннеди
- Дефект зубного ряда IV класса по Кеннеди
- Дефект зубного ряда II класс по Кеннеди
- Дефект зубного ряда III класс по Кеннеди

Задача №28. Пациентка в возрасте 45 лет жалуется на ухудшение фиксации и частые поломки частичных съемных пластиночных протезов на нижней челюсти,

которым пользуется в течение 5 лет. Объективно: ячеистая часть беззубых участков значительно атрофирована, протез балансирует. Какая наиболее вероятная причина ухудшения фиксации и частых поломок протеза пациентки:

- Прием твердой пищи
- Удаление искусственных зубов
- Неправильное хранение протеза
- Пользования протезом во время сна
- Атрофия альвеолярного отростка

Задача №29. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Н., 60 лет, с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, нарушение речи, эстетический дефект. На верхней челюсти имеется 13 зуб. Дефекты нижней челюсти замещены мостовидными протезами. Какой диагноз для верхней челюсти:

- частичное отсутствие зубов, II класс по Кеннеди;
- частичное отсутствие зубов, II класс по Бетельман;
- частичное отсутствие зубов, IV класс по Кеннеди;
- частичное отсутствие зубов, II класс по Кеннеди;
- частичное отсутствие зубов, IV класс по Гавриловым

Задача №29. У пациента в возрасте 45 лет двусторонний конечный дефект зубного ряда верхней челюсти, ограничен клыками. Как должна проходить дистальный край базиса пластиночных протезов для обеспечения стабильности его функционирования:

- Не доходить до линии "A" на 1 см
- Лежать близко к максимальной границе как в полном протезе
- Не перекрывать бугры верхней челюсти
- Перекрывать линию "A" на 0,5 см
- Размещаться произвольно

Задача №30. У пациентки в возрасте 56 лет выявлено аллергической реакции на краситель при пользовании съемных пластиночных протезов. Какую тактику должен выбрать врач в этом случае:

- Провести отбеливание базиса протеза
- Изготовить новый протез с бесцветной пластмассы
- Изготовить протез с другой базисной пластмассы акрилового ряда
- Провести металлизацию базиса протеза
- Изготовить протез с металлическим базисом

Задача №31. Хв. 62 г. изготавливаются частичные съемные пластиночные протезы. Объективно: отсутствуют премоляры и моляры на верхней и нижней челюсти. Диагноз: дефект зубных рядов верхней и нижней челюсти I класс по Кеннеди.

Какая группа дефектов зубных рядов при определении центральной окклюзии по Бетельман у данного пациента

Вторая группа

Первая

Третья группа

Четвертая группа

Пятая группа

Задача №32. Хв.62 г. изготавливаются частичные съемные пластиночные протезы. Объективно: отсутствуют только премоляры и моляры верхней и нижней челюсти. Каким будет направление камерной линии в этом клиническом случае

Трансверзальном

Сагиттальный

Диагональный

Точечный

Плоскостной

Задача №33. Хв.70 г. изготавливаются частичные съемные пластиночные протезы. Объективно: отсутствуют премоляры и моляры на верхней и нижней челюстях. На этапе проверки конструкции протезов выявлено отсутствие контакта между искусственными зубами справа и слева. Разогретой восковой пластинкой пере зафиксировано центральную окклюзию. Какой следующий клинический этап

Повторная проверка конструкции протезов

Сдача пластиночных протезов

Определение и фиксация центральной окклюзии

Коррекция протезов

Снятие анатомических оттисков

Задача №34. Больная 3., 50 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии для протезирования. После объективного обследования выбранная конструкция частичных съемных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти. При проверке конструкции протезов обнаружили, что вместо центральной окклюзии определена передняя. На каком этапе определения центральной окклюзии допущена эта ошибка:

склеивания валиков

определения высоты центральной окклюзии

оформление преддверной поверхности верхнего валика

построения протетической плоскости

Фиксации центрального положения челюстей

Задача №35. Больная 42 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с

целью протезирования. Объективно: зубная формула 18 13 12 11 21 22 23 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 Прикус глубокий, клинические коронки низкие, экватор не выражен. Больная страдает эпилептиформными приступами. Какой вид протезирования показано данной больной

Частичный съемный пластинчатый протез с металлическим базисом.

Мостовидные протезы.

Частичный съемный пластинчатый пластмассовый протез с удерживающими кламмерами.

Частичный съемный пластинчатый протез с опорно - удерживающими кламмерами.

Бюгельный протез.

Задача №36. Больная 55 лет обратился в клинику с жалобами на отсутствие боковых зубов нижней челюсти справа. Объективно: у больного отсутствуют 48,47,46, 45, 35, 36, зубы. Поставьте диагноз:

Дефект зубного ряда II класса по Бетельман

Дефект зубного ряда I класса по Кеннеди

Дефект зубного ряда IV класса по Кеннеди

Дефект зубного ряда II класс по Кеннеди

Дефект зубного ряда III класс по Кеннеди

Задача №37. Больная А., 45 лет, обратилась с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти и эстетический недостаток, который ее очень смущает. Объективно: зубная формула - 12, 11, 21, 22, 23. Зубы интактные, коронки низкие. Планируется изготовить съемный пластиночный протез с кламерной фиксацией. Какие кламера лучше применить:

петлеобразные

Двуплечих проводные

Десневые

Дентоальвеолярные

Проводные одноплечие

Задача №38. Больная Л., 44 лет, обратилась по поводу протезирования зубов. Планируется изготовление частичного съемных пластиночных протезов на нижнюю челюсть с кламмерами по Кемени. Какой вид кламмера предложил автор:

цельнолитой

альвеолярный

опорно-удерживающего

дентоальвеолярный

проводочный

Задача №39. Больная Л., 45 лет, жалуется на металлический привкус во рту, ощущение кислого, нарушение вкуса, изжогу в языке, гипосаливация. Объективно: на верхней челюсти на 15, 16 зубах коронки из драгоценного металла желтого цвета. На нижней челюсти - пластиночный протез с кламмерной фиксацией на 34,45 зубах. Слизистая оболочка ротовой полости без видимых патологических изменений. Боковые поверхности языка гиперемированы, несколько отечны. Какой диагноз у данной больной:

Глоссалгия

Гальваноз

Токсический стоматит

Аллергический стоматит

Кандидоз

Задача №40. Больная М., 42 года жалуется на затрудненное пережевывание пищи, боль и подвижность зубов нижней челюсти. Объективно: 16, 13, 12, 11, 22, 23, 26, 27, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45. Мостовидные металлопластиковые акриловые протезы фиксированные на 16, 13, 23, 26, 27 зубах. 41, 31 зубы - III степень подвижности, 42 и 32 - II степень. Веерообразные различия зубов н / щ во фронтальном участке. Планируется изготовление иммедиат-протеза на нижнюю челюсть. Какие мероприятия целесообразно выполнить на II клиническом этапе изготовления

Припасовки пластмассового базиса в полости рта, снятия оттиска.

Припасовки индивидуальной ложки, снятия оттиска.

Определение и фиксация центральной окклюзии на восковых шаблонах с прикусной валиками.

Снятие рабочего и вспомогательного оттисков.

Проверка восковой репродукции протеза в полости рта.

Задача №41. Больная М., 52 лет, жалуется на отсутствие зубов, эстетический дефект. Объективно: на верхней челюсти имеются 23 и 13 зубы, значительная атрофия альвеолярного отростка, коронки зубов низкие. Что следует применить:

мостовидный протез

частичный съемный протез

восстановительные коронки на 23 и 13 зубы и частичный съемный протез

удалить 23 и 13 зубы и изготовить полный съемный протез

бюгельный протез

Задача №42. Больная С., 45 лет, жалуется на ухудшение фиксации и частые поломки частичного съемных пластиночных протезов на нижнюю челюсть, которым пользуется 5 лет. Объективно: ячеистая часть в беззубых участках значительно атрофирована, протез балансирует. Какая наиболее вероятная причина ухудшения фиксации и частых поломок протеза:

неправильное хранение протеза
пользования протезом во время сна
употребление твердой пищи
атрофия воротниковой части
стирания искусственных зубов

Задача №43. Больная, 62 лет жалуется на затрудненное употребление пищи в связи с травмированием слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти в течение 2-х дней. Объективно: на уровне переходной складки 34 из языковой стороны декубитальная язва, размером 2x3 мм, с гладкими краями розового цвета. Какой диагноз наиболее вероятен

Травматический стоматит
Аллергический стоматит
Токсико-химический стоматит
Туберкулезная язва
Сифилитическая язва

Задача №44. Больной 45 лет, по специальности преподаватель, обратился за советом к ортопеду-стоматологу, с целью выбора рационального протезирования. Об-но: зубы 12, 11, 21, 22 имеют 3 степень подвижности. Которая ортопедическая помошь целесообразная

Непосредственного протезирования
Раннее протезирование
Несъемный протез
Удаленное протезирование
Бюгельный протез

Задача №45. Больной 48 лет 3 месяца пользуется частичными съемными протезами. На основе жалоб пациента, данных объективного обследования и дополнительных методов исследования, поставлен диагноз - аллергический стоматит вызвано красителями акриловой пластмассы протеза. Как устранить аллергическое действие красителей

Изготовить протезы из бесцветной пластмассы
Изготовить двухслойные базисы
Сформировать пластмассу методом литья
Изготовить литые металлические базисы протезов
Изготовить штампованные металлические базисы

Задача №46. Больной 53 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на плохую фиксацию ЧСП. Из анамнеза видно, что протезы были сделаны 5 лет назад. Возбуждено фиксация в последние полгода. Какая тактика

Изготовить новый протез

Провести перебазирование ЧСП

Провести хирургическую коррекцию протезного ложа

Изготовить мягкую прокладку под протез

Есть верного ответа

Задача №47. Больной Г., 40 лет, жалуется на затрудненное употребление еды в связи с травмированием слизистой оболочки воротниковой части нижней челюсти в течение 2 дней. Объективно: на уровне переходной складки 44, 45 зубов (языковой поверхности) декубитальных язв размером 2x5 мм, с гладкими краями, розового цвета. Какой диагноз у больного:

травматический стоматит

токсико-химический стоматит

аллергический стоматит

туберкулезная язва

сифилитическая язва

Задача №48. Больной Д., 73 лет, жалуется на невозможность пережевывания пищи. Ранее изготовленный частичный съемный протез не соответствовал условиям ротовой полости в связи с удалением 3 зубов во фронтальном участке. Объективно: остался лишь 21 зуб с подвижностью 2 ст. Небо плоское, воротниковой отросток, верхнечелюстные бугры значительно атрофированы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, атрофирована. Какова тактика врача в данном случае:

проводить направку старого протеза на верхнюю челюсть путем добавления из искусственных зубов;

углубить неба и преддверие ротовой полости хирургическим вмешательством
изготовить коронку на 21 зуб, частичный съемный протез на верхнюю челюсть;
удалить 21 зуб, изготовить полный съемный протез на верхнюю челюсть;

Изготовить частичный съемный протез с дентаальвеолярными кламмерами

Задача №49. Больной Д., 73 лет, жалуется на невозможность пережевывания пищи. Ранее изготовленный частичный съемный протез не соответствовал условиям ротовой полости в связи с удалением 3 зубов во фронтальном участке. Объективно: остался лишь 21 зуб с подвижностью 2 ст. Небо плоское, воротниковой отросток, верхнечелюстные бугры значительно атрофированы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, атрофирована. Какова тактика врача в данном случае:

проводить направку старого протеза на верхнюю челюсть путем добавления из искусственных зубов

углубить неба и преддверие ротовой полости хирургическим вмешательством

изготовить коронку на 21 зуб, частичный съемный протез на верхнюю челюсть
Удалить 21 зуб, изготовить полный съемный протез на верхнюю челюсть
изготовить частичный съемный протез с дентоальвеолярными кламмерами

Задача №50. Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на плохую фиксацию частичных пластиночных протезов на верхней челюсти, на его балансировки во время еды. При осмотре зубного протеза недостатков со стороны постановки зубов не выявлено. Какова причина этого явления:

неправильно определена центральная окклюзия

расширенные границы базиса

использование больным твердой пищи

Не была изолирована с помощью фольги или лейкопластиря зона небного шва
было получено некачественный отпечаток

Задача №51. Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль при использовании частичным пластиночным протезом. При осмотре: слизистая оболочка переходной складки в зоне верхних моляров слева резко гиперемирована. Протез был зафиксирован 2 дня назад. Какова причина этого явления:

неправильно подобранный материал для базиса

плохая гигиена полости рта

Расширена граница базиса

наличие остаточного мономера

неправильное пользование протезом

1. Пациент М., 67 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов. Тактика стоматолога-ортопеда при обращении больного с полной потерей зубов? 2. Пациент В., 60 лет, обратился в клинику с целью протезирования. Выявлено: нарушение жевания, речи, внешнего эстетического вида, выраженность подбородочных и носогубных складок, полное отсутствие зубов, прогеническое соотношение челюстей. а. Какие методы обследования применялись? б. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? с. Чем обусловлена выраженность носогубных и подбородочных складок? д. Чем обусловлено прогеническое соотношение челюстей?

2. При обследовании полости рта у больного Д. было отмечено наличие подвижных тяжей слизистой оболочки, расположенных продольно альвеолярного гребня и легко смещающихся, при незначительном прикосновении. Проведите оценку состояния слизистой оболочки протезного ложа на основе классификации Суппле.

3. Пациент Х. 68 лет, месяц назад был протезирован полными съемными протезами на обеих челюстях. В настоящее время обратился с жалобами на появление боли под базисом в области зуба 25. При осмотре слизистой оболочки определяется выступающий корень зуба 25 отечная, гиперемированная слизистая оболочка. Укажите допущенную ошибку при обследовании пациента и составлении плана лечения.

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

челюсти по классификации Курляндского и Келлера.

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

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

7. При обследовании полости рта у пациента М. было отмечено полное отсутствие альвеолярного отростка верхней челюсти, значительная атрофия бугров верхней челюсти, плоское небо и низко расположенные клапанные зоны. Укажите тип беззубой верхней челюсти по Шредеру.

8. У пациентки А. при объективном обследовании полости рта была отмечена следующая картина: равномерная резкая атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти, подвижная слизистая оболочка прикреплена почти на уровне гребня альвеолярного отростка. Укажите тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера.

9. Пациент Е., 63 лет обратился в клинику с целью протезирования. При обследовании полости рта выявлено полное отсутствие зубов на обеих челюстях. При осмотре альвеолярного отростка нижней челюсти установлено, что альвеолярный отросток полностью атрофирован, уздечки нижней губы и языка сближены, боковые уздечки прикрепляются посередине тела челюсти. Переходная складка не определяется почти на всем протяжении, она лишь несколько выражена в области моляров. Отмечается наличие дробящегося гребня слизистой оболочки в области жевательных групп зубов слева и справа. На верхней челюсти имеется полный съемный протез, изготовленный год назад. Укажите тип беззубой нижней челюсти по Курляндскому. К какому типу по Суппли может быть отнесена слизистая оболочка.

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

11. Пациент Н. 60 лет. Жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: умеренная степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти. Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по В.Ю.Курляндскому.

12. Пациенту М., 74 лет, три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании и разжевывании пищи протез смещается. Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения. 14. Пациентка Ю., 67 лет. Жалобы на плохую фиксацию протеза на верхней челюсти. Пользуется протезами сутки. При осмотре полости рта установлено, что протез верхней челюсти балансирует по переходной складке альвеолярного отростка в области зубов 16, 15, 14. Имеются участки гиперемии с нарушением целостности эпителиального слоя. Укажите причину возникновения данной патологии. Ваша тактика ведения пациентки.

13. Пациентка С., 58 лет. Жалобы на плохую фиксацию полного съемного протеза на нижней челюсти. Протезировалась год назад. Объективно: IV тип атрофии альвеолярного отростка по Курляндскому, высокий тонус мышц дна полости рта. Слизистая, покрывающая альвеолярный отросток атрофирована, истончена. В области зубов 15, 25 имеются тяжи,

плотные, неподатливые, идущие почти непосредственно от вершины гребня к переходной складке, ширина их 3-4 мм. Определите тип слизистой оболочки (Суппли). Укажите тактику врача.

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

14. Пациентка К., 62 года, диагноз полная вторичная адентия обеих челюстей, 1 класс по Шредеру на верхней челюсти и 3 класс по Келлеру на нижней челюсти. Слизистая оболочка на верхней челюсти податливая, плотная, на нижней челюсти О определяется подвижный гребень в боковом отделе справа. Укажите оттискные материалы, которые могут использоваться для анатомического оттиска на верхней и нижней челюстях.

15. При подборе врачом стандартной металлической ложки на беззубую верхнюю челюсть оказалось, что ложка перекрывает верхнечелюстные бугры на 1/2. Можно ли получать анатомический оттиск такой ложкой? Тактика врача.

16. При изготовлении индивидуальных ложек на верхней и нижней челюстях зубной техник удлинил границы ложек с вестибулярной поверхности на 2 мм по отношению к переходной складке. Каковы возможные последствия чрезмерно длинных границ индивидуальных ложек. Тактика врача.

17. Врач для уменьшения сроков изготовления полных протезов изготовил индивидуальные ложки непосредственно в полости рта пациента из базисного воска. Укажите недостатки подобной ложки. >=0 Пациентка М., 73 лет. Диагноз: полная потеря зубов верхней челюсти. На верхней челюсти атрофия III тип по Шредеру. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в переднем отделе образует складки, которые при надавливании расправляются. В чем особенности получения функционального оттиска?

18. У пациента О., 62 лет при присасывании индивидуальной ложки на нижней челюсти были применены следующие функциональные пробы: прикосновение кончика языка при полуоткрытом рте до щеки; вытягивание языка по направлению к кончику носа; глотание; вытягивание губ трубочкой; проведение языком по красной кайме верхней и нижней губ; широкое открывание рта. Назовите ошибки в последовательности проведения функциональных проб.

19. У пациента А., 66 лет после присасывания индивидуальной ложки на верхнюю челюсть с помощью функциональных проб было отмечено, что при надавливании на ручку ложки вверх и вперед, ложка легко смещается. В чем заключается предполагаемая причина плохой фиксации ложки. Укажите тактику врача.

2024. Пациент Н., 60 лет, жалобы на частые переломы базиса полного съемного протеза верхней челюсти. При осмотре полости рта установлено: резкая степень атрофии альвеолярного отростка, альвеолярные бугры не выражены, небо средней глубины с выраженным торусом. Ранее изготовленный протез верхней челюсти имеет следы неоднократных починок. Протезы балансируют на челюсти. Укажите тактику врача. Назовите причину перелома. Укажите тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по Курляндскому В.Ю.

21. Пациентка К., 62 года, диагноз полная вторичная адентия обеих челюстей, 1 класс по Шредеру на верхней челюсти и 3 класс по Келлеру на нижней челюсти. Слизистая оболочка на верхней челюсти податливая, плотная, на нижней челюсти О определяется подвижный гребень в боковом отделе справа. Укажите оттискные материалы, которые могут использоваться функционального оттиска на верхней и нижней челюстях.

22. После снятия врачом функционального оттиска, зубной техник отлил рабочую модель без предварительной окантовки. Укажите техническую ошибку и возможные ее негативные последствия.

23. Во время изготовления рабочей модели для изготовления полного съемного протеза зубной техник использовал гипс 1 степени твердости. Какие негативные последствия возможны

при изготовлении полного съемного протеза на такой рабочей модели?

24. 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.

25. Стоматолог-ортопед перед определением центрального соотношения челюстей 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 0,5 мм, в боковом О 1,0 мм. Какие ошибки допущены зубным техником, можно ли определять на изготовленных валиках центральное соотношение челюстей?

26. После припасовки воскового базиса на верхней челюсти край прикусного валика выступает из-под верхней губы пациента на 4 мм, протетическая плоскость во фронтальном участке параллельна зрачковой линии, в боковом участке О линии, соединяющей козелок уха и угол рта, в профиль отмечается выступание верхней губы значительно вперед. Какие ошибки допущены врачом при припасовке валика, методы их устранения.

27. Пациент Н., полностью потерявший все зубы повторно поступил в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на «постукивание» искусственных зубов, дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава и усталость мышц, поднимающих нижнюю челюсть. В чем возможные причины этих жалоб? Какова тактика врача при этом?

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

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

30. Врач при определении высоты нижнего отдела лица использовал антропометрический метод, сравнивая трети лица. Оцените действия врача.

31. Пациенту В., 63 лет, после обследования полости рта был поставлен диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти и вторичная частичная адентия нижней челюсти 1 класс по Кеннеди. Какие особенности определения и фиксации центрального соотношения в данной ситуации?

32. При проверке конструкции протезов было отмечено, что линия между центральными резцами верхнего и нижнего зубного рядов находится не в одной плоскости. Укажите ошибку, допущенную зубным техником или врачом.

33. Пациенту 74 года. Три дня назад наложили полный съемный протез на верхнюю челюсть. При откусывании пищи, протез смещается. Назовите возможные причины этого недостатка и способы его устранения.

34. При проверке конструкции полных съемных протезов с анатомическими жевательными искусственными зубами на верхней и нижней челюстях не отмечаются сагиттальные и трансверзальные окклюзионные кривые. Какая ошибка была допущена при постановке зубов?

35. При обследовании пациента выявлен подвижный альвеолярный гребень на нижней

челюсти в боковых отделах. Какую окклюзионную схему предпочтительно выбрать для постановки искусственных зубов?

36. При постановке искусственных зубов в полном протезе зубным техником была использована методика Васильева. При этом все зубы верхней и нижней челюсти поставлены строго по гребню альвеолярного отростка. Какая ошибка допущена зубным техником? Методика устранения.

37. Во время проверки восковой конструкции протезов при внешнем осмотре у пациента М. отмечается сглаженность носогубных складок и подбородочной складок, стук во время смыкания зубов. В состоянии физиологического покоя отсутствует просвет между фронтальными зубами. При полуоткрытом рте передняя группа зубов верхней челюсти выступает из-под верхней губы на 3-4 мм. Какая допущена ошибка? На каком этапе изготовления протезов? Методика устранения ошибки.

38. У пациента В., при проверке конструкции протезов в полости рта установлено прогнатическое соотношение зубных рядов, преимущественно бугорковое смыкание боковых зубов, сагиттальная щель между фронтальными зубами, повышение прикуса на высоту бугорков боковых зубов. Когда была допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.

29. Каковы признаки снижения нижнего отдела лица во время проверки восковой композиции протезов и тактика врача в этом случае.

40. У пациента на этапе проверки конструкции протезов установлено бугорковое смыкание на правой стороне, повышение высоты окклюзии, смещение центра нижнего зубного ряда вправо, просвет между боковыми зубами слева. На каком этапе изготовления протезов допущена ошибка и в чем она заключается? Методика устранения.

41. У пациента при проверке конструкции протезов в полости рта установлено, что имеется контакт только во фронтальном участке и просвет между боковыми зубами. Нижняя треть лица не увеличена. При проверке плотности смыкания боковых зубов шпателем появляется щель. Какая допущена ошибка? Тактика врача по ее устраниению.

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

43. При присасывании и наложении полных съемных протезов наблюдается уменьшение нижней трети лица, выраженность носогубных складок, углы рта опущены. При проведении разговорной пробы отмечается расстояние между зубами верхней и нижней челюстью равной 8-9 мм. Какая допущена ошибка при протезировании? На каком этапе изготовления протезов? Как устранить ошибку у данного пациента?

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

45. Во время присасывания и наложения протезов отмечено, что они имеют толстый базис. Нижняя треть лица увеличена. В состоянии физиологическом покое отсутствует расстояние между зубами. Зубы верхней челюсти выступают из под верхней губы на 3-4 мм, зубы нижней челюсти на 2-3 мм выше красной каймы нижней губы. При проведении разговорной пробы слышен «стук» зубов. Какая допущена ошибка при изготовлении протеза? Что должен сделать врач для устранения ошибки?

46. Пациент обратился в клинику с жалобами на неудовлетворительную фиксацию протеза нижней челюсти. При осмотре полости рта обнаружено расстояние в 2 мм между вестибулярным краем протеза и переходной складкой справа. В чем причина плохой фиксации протеза? Какая тактика врача?

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

48. Пациент обратился в клинику с жалобами на неудовлетворительную фиксацию полного съемного протеза на нижней челюсти. Протез изготовлен 5 лет назад. При осмотре полости рта обнаружено расстояние в 2 мм между вестибулярным краем протеза и переходной складкой. 1. В чем причина плохой фиксации протеза? 2. Какая тактика врача?

49. Пациента обратился в клинику на следующий день после починки полных съемных протезов с жалобами на боли, усиливающиеся при жевании, в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При обследовании установлено, что имеется участок гиперемированной и отечной слизистой оболочки в области переходной складки на уровне зубов 16, 17. Укажите диагноз. В чем будет заключаться тактика врача?

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

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

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

53. Пациент 45-ти лет. Жалобы: на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей зубов от химических, термических, механических раздражителей в области фронтальных зубов. Из анамнеза установлено, что пациент работает в цехе по производству кислот. Объективно: конфигурация лица не изменена. При осмотре полости рта фронтальные зубы верхней челюсти стёрты на 1/3 высоты коронки, прикус по прямому типу. Зубные ряды на верхней и нижней челюстях интактны. Укажите причину патологической стертости зубов. Поставьте диагноз.

54. Пациент 40-ка лет обратился с жалобами на эстетический недостаток. При обследовании полости рта установлено: зубы 12, 11, 21, 22 стёрты на половину высоты коронки. Зондирование стертых поверхностей коронок зубов несколько болезненно, зуб 11 изменен в цвете. На рентгенограмме в области верхушки зуба 11 определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы с четкими контурами около 2мм в диаметре. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.

55. Пациентка 35 лет обратилась в клинику с жалобами на эстетический недостаток, гиперестезию твердых тканей зубов от химических, термических, механических раздражителей в области всех зубов. Из анамнеза: пациентка отмечает ночное скрежетание зубами на протяжении более 10 лет. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм, движения в суставе безболезненные, но при открывании рта слышен хруст. Зубы верхней и нижней челюстей стёрты на 1/2 высоты коронки, зубные ряды интактны. Поставьте диагноз. Оцените клиническую ситуацию.

56. Пациентка 65 лет, обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов, затрудненное

пережевывание пищи. Со слов пациентки боковые зубы удалены около 6 лет назад, ортопедическое лечение не проводилось. Объективно: отмечается снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм, движения в суставе безболезненные, свободные, лицо симметричное. 0 0 0 3 П П 3 3 3 3 0 0 П П 0 Зубная формула: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 0 0 0 0 П 3 3 3 3 3 П 0 0 0 0 Фронтальные зубы верхней и нижней челюстей стерты на 1/3 высоты коронок, зубы 26, 27 О зубоальвеолярное удлинение. Признаков патологии периодонта нет. Укажите причину патологической стертости зубов. Поставьте диагноз.

57. Во время припасовки пластмассовой каппы, при лечении локализованной формы патологической стираемости фронтального отдела верхнего зубного ряда, у пациента в полости рта выявляется вертикальная щель между жевательными зубами около 5-6мм. Определите тактику врача?

58. Пациент 37-ми лет при обращении предъявлял жалобы на стертость зубов, на болезненность от различного рода раздражителей. При обследовании установлено, что зубы 12, 11, 21, 22 стерты на 1/2 высоты коронок, зубные ряды верхней и нижней челюсти интактны. Пациенту были изготовлены каппы и проводилось динамическое наблюдение. Повторно обратился через 3 месяца. После снятия каппы, при осмотре полости рта определяется вертикальная щель между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти более 4 мм во время смыкания челюстей в положении центральной окклюзии. Оцените клиническую ситуацию. Врачебная тактика?

59. Через 2 недели после наложения и фиксации пластмассовой каппы в области фронтальных зубов верхней челюсти пациент обратился с жалобами на выраженную кровоточивость десневого края. При обследовании полости рта выявляется гиперемия и отёчность слизистой оболочки в области каппы, отмечается выраженная кровоточивость при зондировании десневого края. Край пластмассовой каппы нависает, в области опорных зубов на 1,5 мм расположен субгингивально. Какая была допущена ошибка? Дальнейшая тактика?

60. Пациентка А., 38 лет обратилась в клинику с жалобами на болезненность от химических и температурных раздражителей в области зубов 25, 26, 27. Со слов пациентки около 1 года назад на нижней челюсти слева был изготовлен металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 35 и 37. Сразу после фиксации мостовидного протеза пациентка ощущала дискомфорт при смыкании зубов и преждевременные контакты на мостовидном протезе, которые со временем исчезли. Объективно: зубы 25, 26, 27 стерты на 1/3 высоты коронки, определяется деформация окклюзионной плоскости. Укажите причину локализованной стираемости, поставьте диагноз. Врачебная тактика.

61. Пациент 50-ти лет, предъявляет жалобы на боли в области ВНЧС, усталость мышц, повышенную чувствительность твердых тканей зубов и недостаточную лицевую эстетику. Из анамнеза: на протяжении 10 лет работала в цехе по производству кислот. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено: зубные ряды интактны, коронки всех зубов стерты на 1/3-1/2 высоты, при зондировании отмечается болезненность. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

62. Пациент 45-ти лет обратился в клинику с жалобами на хроническую травму слизистой оболочки щек и языка. Объективно: нижняя треть лица значительно снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носогубные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено, что коронки зубов верхней и нижней челюстей стерты на половину высоты, зубы 17, 16, 26, 27 покрыты штампованными искусственными коронками, жевательная поверхность которых прорета и имеет дефекты. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

63. Через несколько дней после наложения пластмассовой каппы пациент обратился с жалобами на боли в области ВНЧС и усталость жевательной мускулатуры. При внешнем осмотре выявлено значительное увеличение высоты нижней трети лица, губы смыкаются с напряжением, верхние зубы стерты более чем на половину высоты коронок. При осмотре полости рта - нижний ряд покрыт пластмассовой каппой непропорциональной верхним зубам

высоты. Оцените клиническую ситуацию. Ваша тактика.

64. Пациент 55 лет обратилась с жалобами на эстетический недостаток, затрудненное пережевывание пищи. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, уголки рта опущены, подбородочная и носо-губные складки резко выражены. При осмотре полости рта установлено: все зубы стерты на 1/3 высоты коронок, зубы 13, 11, 23 изменены в цвете, прикус по прямому типу, на рентгенограмме 11 зуба в области верхушки корня определяется очаг деструкции твердых тканей окружной формы с четкими контурами около 2 мм в диаметре. На верхней челюсти сохранены 15, 14, 13, 11, 23, 24, 25 зубы, на нижней 0 35, 34, 33, 41 и 45 зубы. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задачи по дентальной имплантологии:

1. Больной А., 39 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия нижней челюсти в области отсутствия зубов. Зубная формула:

~~070543211234567~~

~~070503211234000~~. Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала 16 мм. Сопутствующих общих заболеваний нет. При такой клинической ситуации

- а) имплантация невозможна
- б) имплантация возможна в более пожилом возрасте
- в) имплантация возможна**
- г) имплантация невозможна в связи с небольшой величиной альвеолярного гребня
- д) целесообразно только ортопедическое лечение

2. Больной Б., 78 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, 3 класс по Кеннеди. Умеренная атрофия альвеолярного гребня в области отсутствия зубов. Зубная

~~34000~~

формула: Расстояние от вершины гребня до нижнечелюстного канала и верхнечелюстного синуса 10-12 мм. Атрофия альвеолярной кости у оставшихся зубов на 1/4 высоты корней. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь 2 стадии. При данной клинической ситуации

- а) имплантация показана
- б) имплантация целесообразна в связи с возрастом больного
- в) имплантация не показана в связи с возрастом больного
- г) имплантация нецелесообразна в связи с возможностью изготовления несъемных конструкций и наличием противопоказаний по общим заболеваниям**
- д) имплантация показана в связи с благоприятными анатомо-топографическими условиями

3. Больной Б., 49 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при

~~000543211230500~~

накусывании, щелканье в суставах. Зубная формула: ~~000003210204060~~ Подвижность оставшихся зубов 2 степени. Какие методы обследования следует применить для определения возможности зубной имплантации в данном случае?

- а) клинико-рентгенологические методы
- б) традиционные методы
- в) клинико-рентгенологические методы, электромиография, реопародонтография, лабораторные методы**
- г) клинические методы обследования, лабораторные методы, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, пробы по Нечипоренко
- д) только клинические методы обследования

4. Больная Г., 25 лет. Жалобы на недостаточное пережевывание пищи, боли в зубах при

~~000543211034067~~

накусывании, сильное смыкание зубных рядов. Зубная формула: ~~076540011234507~~ Имеется

стираемость твердых тканей зубов. Наиболее целесообразными методами обследования при планировании зубной имплантации в данной ситуации являются

- а) клинический осмотр, пальпация, перкуссия, ортопантомография, электромиография, томография суставов, изучение гипсовых моделей челюстей, биометрические методы исследования
- б) клинико-рентгенологическое обследование, реопародонтография, ультразвуковое исследование, консультация специалистов общего профиля
- в) клинический осмотр, пальпация, перкуссия, изучение гипсовых моделей челюстей, параллелометрия, биометрические методы обследования
- г) традиционные методы
- д) клинико-рентгенологическое обследование

5. Больная П., 28 лет. Диагноз: дефект зубного ряда нижней челюсти, 2 класс по Кеннеди, пародонтит, начальная стадия, отложение зубного камня на фронтальных зубах нижней челюсти, удаление зубов на нижней челюсти слева 2 недели назад (в области предполагаемой имплантации). Выберите наиболее рациональный метод подготовительного лечения перед зубной имплантацией.

- а) лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением
- б) лечение у пародонтолога с последующей имплантацией и ортопедическим лечением через 1 месяц
- в) лечение у пародонтолога, операция имплантации через 6 месяцев с последующим ортопедическим лечением
- г) **лечение у пародонтолога, изготовление временного съемного протеза на нижнюю челюсть и пользование им в течение 6 месяцев, с последующей имплантацией и изготовлением несъемных протезов**
- д) любой из перечисленных вариантов

6. Больной Ж., 50 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюсти, дentoальвеолярное удлинение жевательных зубов на верхней челюсти справа, патологическая стираемость со снижением высоты нижнего отдела лица на 4 мм. Зубная формула:

~~006543211204507~~

~~076003211234007~~ Наиболее целесообразным планом лечения в представленной клинической ситуации является

- а) имплантация и ортопедическое лечение
- б) **нормализация окклюзионной плоскости, восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, адаптация к новой высоте в течение 3-6 месяцев и затем, имплантация и заключительное протезирование**
- в) восстановление высоты нижнего отдела лица на временных протезах, затем имплантация и заключительное протезирование
- г) имплантация и заключительное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица
- д) любой из вышеперечисленных вариантов

7. Больная Ж., 20 лет. Диагноз: полная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда верхней челюсти, генерализованный пародонтит на фоне сахарного диабета. Зубная формула:

~~076003211234007~~

Остеопороз челюстных костей. Показана ли внутрикостная имплантация в данном примере?

- а) **имплантация невозможна**
- б) имплантация возможна с помощью субпериостального имплантата
- в) имплантация возможна в отдаленные сроки
- г) имплантация может быть проведена по настоятельной просьбе больной

д) имплантация может быть проведена опытным врачом

8. Больной И., 29 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди, расстояние от вершины гребня до синуса 20 мм, ширина гребня 8 мм. Какой вид имплантата показан в данном примере?

- а) внутрикостный пластиночный**
- б) полный субпериостальный
- в) частичный субпериостальный
- г) эндодонто-эндоссальный
- д) игольчатый

9. Больной К., 48 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, 2 класс по Кеннеди. Выраженная атрофия альвеолярного гребня в области предполагаемой имплантации. Расстояние от вершины гребня до синуса 4-5 мм, ширина гребня 7-8 мм. Какой вид имплантата наиболее целесообразен в данной ситуации?

- а) полный субпериостальный
- б) частичный субпериостальный**
- в) эндо-субпериостальный
- г) винтовой
- д) пластиночный

10. Больной Л., 50 лет. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти, отсутствие центрального резца, расстояние от вершины гребня до синуса 16 мм, ширина гребня 9 мм. Данному пациенту показан

- а) внутрикостный пластиночный имплантат
- б) цилиндрический титановый имплантат**
- в) полный субпериостальный имплантат
- г) частичный субпериостальный имплантат
- д) эндодонто-эндоссальный имплантат

11. Больная П., 55 лет. Диагноз: полная адентия нижней челюсти, дефект зубного ряда **076003212300671** верхней челюсти. Зубная формула: **|||||** Зубы имеют подвижность 1-2 степени. Умеренная атрофия гребня нижней челюсти во фронтальном отделе и резкая атрофия в боковых отделах. Вид имплантации и протезирования в данном случае

- а) пластиночные имплантаты на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти
- б) субпериостальный имплантат на нижней челюсти с последующим изготовлением несъемных конструкций на обе челюсти
- в) внутрикостная имплантация на нижней челюсти во фронтальном отделе с последующим изготовлением несъемных конструкций на верхнюю челюсть и съемного протеза на нижнюю**
- г) имплантация нецелесообразна
- д) любой из перечисленных способов

12. Больной Н., 25 лет. Диагноз: полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, резкая атрофия гребня на обеих челюстях. Расстояние до придаточных пазух и нижнеальвеолярного нерва 2-4 мм, ширина гребня 6-8 мм. В данном случае могут быть применены

- а) пластиночные имплантаты на обе челюсти
- б) полные субпериостальные имплантаты на обе челюсти**
- в) эндо-субпериостальные имплантаты на верхнюю и нижнюю челюсти

- г) цилиндрические
- д) любой из вышеперечисленных способов

13. Больной М., 45 лет. Диагноз: дефекты зубных рядов на нижней челюсти, 2 класс по 076043211200000

Кеннеди. На верхней челюсти 3 класс. Зубная формула: 076043211234000 Зубы устойчивы. Умеренная атрофия гребня верхней и нижней челюсти. Высота 12-14 мм и ширина 5-7 мм. Имплантация на верхней и нижней челюстях в представленной ситуации

- а) нецелесообразна
- б) показана только на верхней челюсти
- в) показана только на нижней челюсти
- г) показана на обеих челюстях**

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
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

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 увереные 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 увереные 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	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

ЛИТЕРАТУРА

Литературу можно посмотреть здесь:
<http://chitgma.ru/podgotovka-kadrov/ordinatura/gosudarstvennaya-itogovaya-attestatsiya>

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенными в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Экзаменационный билет № 2

Вопрос 1.

Съемное бюгельное протезирование практически не имеет противопоказаний, но является невозможным при следующих состояниях:

- Патологические процессы в области периапикальных тканей зубов, предназначенных для фиксации кламмеров.
- Выраженная атрофия альвеолярных отростков.

- Недостаточность фиссуры для окклюзионных накладок на опорных зубах.
 - Наличие низких опорных зубов.
 - Глубокий зубной прикус.
 - Отсутствие нормальной податливости слизистой оболочки в месте отсутствующих зубов.
 - Неглубокое размещение дна ротовой полости.
 - Высокое прикрепление уздечки языка.
 - Сахарный диабет.
 - Отсутствие опорных зубов.
 - Непереносимость съемной зубной конструкции.
 - Острые воспалительные процессы в ротовой полости.

Бюгельные протезы имеют временные противопоказания:

- Острые заболевания полости рта и всего организма.
- Состояние беременности.
- Наркомания.
- Период после лучевой терапии.
- Противопоказания могут быть также местными, общими и др.
- Местными противопоказаниями являются:
 - Отсутствие гигиенического ухода за полостью рта.
 - Болезни костной ткани челюстей.
 - Острые воспалительные процессы в ротовой полости.
- Общие противопоказания:
 - Тяжелая форма сахарного диабета.
 - Онкологические заболевания.
 - Болезни органов дыхания в стадии обострения.
 - Заболевания сердечно – сосудистой системы в стадии обострения.
 - Расстройства психики.

Показания к бюгельному протезированию:

- Наличие односторонних или двухсторонних концевых дефектов зубных рядов.

- Включенные дефекты зубного ряда.
- Отсутствие возможности установки несъемной конструкции.
- Расшатанность зубов, связанная с заболеванием пародонта.
- Отсутствие одного зуба.
- Замещение фронтальных зубов.
- Повышенная стертость зубов.

Конструктивными элементами бюгельных протезов являются: фиксирующие элементы, седловидная часть (тело, базис) и искусственные зубы (пластмассовые, фарфоровые), дуга (бюгель). В бюгельном протезе функцию дуги часто выполняет многозвеневой кламмер или литая небная пластинка. Все металлические части бюгельного протеза: дуга, её ответвления, опорно-удерживающие кламмеры, седловидные отростки, ограничители базиса – определяются общим названием «каркас протеза».

Фиксирующие элементы в бюгельных и съемных мостовидных протезах выполняют удерживающую и опорную функцию, предотвращая смещение в вертикальном и горизонтальном направлениях. Фиксирующими элементами бюгельных и съемных мостовидных протезов могут быть: опорно-удерживающие кламмеры, рельсовые системы (по Румпелю), замковые, балочные и телескопические системы.

Опорно-удерживающие кламмеры, равно как замковые, балочные и рельсовые соединения, применимы при высоких клинических коронках опорных зубов. При низких клинических коронках зубов методом выбора может являться применение телескопических коронок.

Седловидная часть является единственной частью базиса. С его помощью вертикальные и горизонтальные силы, возникающие при жевании, передаются на слизистую оболочку протезного ложа. На седловидной части располагаются искусственные зубы.

Дуга является связующим звеном между отдельными элементами бюгельного протеза (седловидных частей и фиксирующих элементов). Соединяющая дуга должна быть жесткой и не деформироваться при действии жевательного давления. На нижней челюсти дугу располагают с оральной стороны на середине расстояния от dna полости рта до шеек зубов; от слизистой оболочки она должна отстоять на 1 – 2 мм. Величина зазора зависит от анатомии (форма ската, наклон зубов), податливости слизистой оболочки, подвижности опорных зубов. При большом зазоре создаются дискомфорт и условия для травмы.

Для соединения базисов на верхней челюсти применяют дуги или литые небные пластиинки. В зависимости от топографии дефектов зубного ряда дугу располагают в переднем, чаще в среднем и/или заднем отделах твердого неба, от слизистой оболочки она отстоит на 1,0 - 1,2 мм (учитывается степень податливости слизистой оболочки).

Небные пластиинки имеют значительно большую ширину, чем дуги. Они могут покрывать до половины площади твердого неба, но толщина их незначительна - 0,3 - 0,35 мм, и на поверхности обязательно воспроизводят рельеф слизистой оболочки неба - складки неба.

Искусственные зубы предназначаются для возмещения утраченных зубов. Их изготавливают из пластмассы, фарфора. Фарфоровые и пластмассовые зубы не исключают, а дополняют друг друга и являются материалами выбора при ортопедическом лечении. Применение фарфоровых зубов в съемных протезах особенно показано, когда оставшиеся зубы на челюсти покрыты металлокерамическими коронками.

Вопрос 2.

В собирательное понятие "болезни пародонта" входят заболевания, при которых поражается комплекс тканей пародонта.

Пародонтит поражает лиц с 11-12-летнего возраста (8-10 %), наиболее интенсивного развития достигает в возрасте старше 20-30 лет (60-65 %). По данным ВОЗ, заболевания пародонта занимают второе место после кариеса, а после 40 лет встречаются даже чаще, чем кариес.

Болезни пародонта по своему происхождению, механизму развития, клиническому течению довольно разнообразны. Одни заболевания протекают преимущественно с проявлением хронического или острого и подострого воспаления, другим присущи дистрофические изменения. В пародонте могут одновременно развиваться глубокие воспалительные, деструктивные и дистрофические процессы, а также заболевания, которые носят опухолевый или опухолеподобный характер.

Классификация болезней пародонта чрезвычайно важна для практической пародонтологии. Определяют форму, тяжесть патологических изменений и место нозологической единицы в классификации.

Стремление учесть этиологический фактор (местный или общий) привело к выделению травматической, диабетической и ряда других "пародонтопатий" (классификации Е.Е. Платонова, ARPA). Во всех классификациях болезней пародонта игнорировалось воспаление как самостоятельная и наиболее распространенная форма патологии. В настоящее время возможно четкое разграничение первично воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта, самостоятельных форм, а не осложнений "пародонтоза". Это потребовало отказаться от изучения болезней пародонта с позиций исключительно "пародонтоза".

После многолетних и разносторонних исследований (клинико-рентгенологических, гистологических, морфологических, иммунологических и др.) Т.И. Лемецкая в 1980-х годах опубликовала классификацию болезней пародонта, которая была принята с изменениями на XVI Всесоюзном пленуме Научного общества стоматологов (1983) и рекомендована для использования в лечебной, научной и педагогической работе. Принцип построения этой классификации соответствует патологическим процессам: воспаление, дистрофия, пародонтолиз, новообразование.

Дополнительные методы исследования при заболеваниях пародонта

Рентгенологическое исследование

В норме у взрослых людей вершины межзубных перегородок в области резцов и клыков имеют форму конуса; в области премоляров и моляров - усеченной пирамиды. У пациентов с интактным пародонтом четко прослеживается непрерывная замыкающая компактная пластина на вершине и по боковым поверхностям межзубных перегородок, более интенсивно выраженная на нижней челюсти, чем на верхней. Рисунок кости обусловлен костными балками в губчатом веществе и кортикальном слое, между которыми располагается костный мозг.

Функциональные методы исследования

Реопародонтография - метод исследования функции кровообращения, основанный на регистрации изменений сопротивления живых тканей проходящему через них электрическому току высокой частоты.

Для оценки функционального состояния сосудов пародонта записывают реограмму пальца кисти и измеряют артериальное давление. Сравнение результатов дает представление о тонусе и эластичности сосудов пародонта. При анализе реопародонтограммы учитывают в первую очередь форму кривой (острая, круглая и др.), затем инцизуру и выраженные дополнительные волны.

Полярография - метод исследования для определения состояния окислительно-восстановительных процессов и выраженности гипоксии в пародонте. При этом определяют содержание кислорода (pO_2) в тканях пародонта в норме и при патологии.

Эхостеометрия - метод исследования плотности костной ткани. Метод основан на изменении звукопроводимости костной ткани, зависящей от ее плотности. При этом регистрируют время (микросекунды) прохождения ультразвукового импульса по кости нижней челюсти, так как ее тело имеет достаточную длину для размещения датчиков. С развитием остеопороза показатели эхостеометрии снижаются.

Гнатодинаметрия измеряет силу давления на зубы-антагонисты при максимальном произвольном сжатии челюстей, которая зависит от плотности и упругости челюстной кости. Максимальная сила окклюзии колеблется в больших пределах (34-68 кг).

Биомикроскопия десны позволяет оценить ангиоархитектонику и функциональное состояние сосудов, поток крови в них. Исследуют три зоны - десневой край, прикрепленную десну и переходную складку при увеличении в 100-200 раз. В норме во всех зонах отсутствует извитость капилляров. Ток крови непрерывный и пульсирует в артериях и венах. В 3-й зоне имеются плазменные капилляры, в которых находится только плазма крови и нет эритроцитов. Диаметр сосудов у пожилых лиц гораздо меньше, чем у молодых, поэтому кровоснабжение десны у них снижено.

Определение подвижности зубов (пародонтометрия)

Подвижность зубов определяют с помощью пинцета или зонда, приложив к зубу незначительное усилие в вестибулярном, оральном, медиальном, дистальном и вертикальном направлениях. Степень подвижности зубов связана с тяжестью и глубиной разрушения связочного аппарата зуба и характером течения воспалительного процесса в пародонте. Наиболее выражена подвижность зубов при вертикальной форме резорбции альвеолярной кости и обострении воспалительного процесса. Подвижность характеризуется направлением и степенью отклонения зуба от нормального положения.

На практике следует различать четыре степени подвижности:

- I степень - подвижность в каком-либо одном направлении - вестибулярном, оральном, медиальном или дистальном;
- II степень - в вестибулооральном или медиодистальном;

- III степень - одновременно в вестибулооральном и медиодистальном направлениях;

- IV степень - во всех направлениях, включая вертикальное.

Данные о подвижности зуба заносят в одонтопародонтограмму и определяют степень функциональной недостаточности пародонта. С научной целью применяют специальные приборы, позволяющие определять подвижность с точностью до сотых.

Для сравнительного анализа данных о функциональных возможностях опорного аппарата зубов достаточно эффективно совместно с одонтопародонтограммой использовать периодонтметрию.

Периодонтметрия - это метод опосредованной оценки состояния опорных тканей зуба, т.е. функциональных возможностей пародонта, проводится с помощью прибора "Периотест 3218".

"Периотест" вычисляет способность тканей пародонта вернуть зуб в исходное положение после действия на него определенной внешней нагрузки (функциональной или патологической).

Таким образом, данные исследования помогают в решении вопросов, связанных с возможностью использования исследуемого зуба в целях протезирования, в выборе конструкции протеза, а при динамическом наблюдении позволяют оценить результаты лечения и правильность проведенных ортопедических мероприятий.

Проведя комплексные исследования функциональных возможностей зубов после удаления под- и наддесневых зубных отложений с использованием рентгеновских снимков, изучением одонтопародонтограмм, вычислением подвижности зубов, определением глубины пародонтальных карманов и проведением периодонтметрических исследований можно определить тяжесть пародонтита.