

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

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы

 /Кононенко В.И./
(подпись) (Ф.И.О.)

«18» Июль 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов»

основной образовательной программы высшего образования -
программы ординатуры

Специальность
31.08.69

Направленность (профиль) программы Челюстно-лицевая хирургия

Блок ФТД.В.03

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

Ростов-на-Дону
2024г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов» разработана преподавателями кафедры стоматологии № 3 в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 6 от 09.01.2023года и профессионального стандарта «Врач челюстно-лицевой хирург», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 19 апреля 2021 г. № 262н)

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Кононенко В.И.	Д.м.н., доцент	Зав. кафедрой
2	Гаджиев Н.	-	Ассистент кафедры

Рабочая программа дисциплины (модуля) обсуждена и одобрена на заседании кафедры стоматологии № 3

Протокол от 14.06.24 г. № 11

Зав. кафедрой Кононенко В.И.
подпись Ф.И.О.

Директор библиотеки: «Согласовано»

«14» 06 2024 г. Кравченко И.А.
подпись Ф.И.О.

1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цели освоения дисциплины: освещение теоретических и практических аспектов лечения адентии с использованием имплантатов.

2. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов» относится к блоку ФТД.В.03 факультативные дисциплины программы ординатуры Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции		
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.			
УК-1.1. Участвует в реализации проекта в области медицины	Знать	- основные этапы и принципы управления проектами в медицине	
	Уметь	- определять проблемное поле проекта и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации	
	Владеть	- методами сбора и анализа данных для оценки эффективности проекта; - способами осуществления мониторинга и контроля над осуществлением проекта - навыками подготовки отчетов и презентаций по результатам реализации проекта	
УК-1.2. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- методы планирования и координации медицинских проектов	
	Уметь	- разрабатывать проект в области медицины; - разрабатывать проектную документацию и планы реализации медицинских проектов	
	Владеть	- способами определения критериев эффективности проекта в области медицины	

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции		
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов			
ОПК-4.1 Участвует в реализации проекта в области медицины	Знать	- сбор анамнеза заболевания, объективное исследование, местный статус, интерпретация дополнительных методов обследования	
	Уметь	- определять проблемное поле проекта и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации	

	Владеть	- способами осуществления мониторинга и контроля над осуществлением проекта - навыками подготовки отчетов и презентаций по результатам реализации проекта
ОПК-4.2. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- методы планирования и координации медицинских проектов
	Уметь	- разрабатывать проект в области медицины; - разрабатывать проектную документацию и планы реализации медицинских проектов
	Владеть	- способами определения критериев эффективности проекта в области медицины

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-5. Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5-1. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- показания и противопоказания методам лечения,
	Уметь	- назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) болезненных состояниях
	Владеть	- положением на рынке лекарственных препаратов
ОПК-5-2. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- механизм действия лекарственных препаратов
	Уметь	- контроль эффективности и безопасности проводимого метода лечения
	Владеть	- механизм действия лекарственных препаратов

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-8. Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-8-1. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	- факторы, влияющие на здоровье: природные, социальные, экономические, образа жизни
	Уметь	выстраивать этапы организации профилактической работы по формированию здорового образа жизни.
	Владеть	- мероприятия по профилактике заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-8-2. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по	Знать	- роль санации полости в профилактике одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области
	Уметь	- донести до населения методы профилактики заболеваний челюстно-лицевой области

профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Владеть	- контролировать мероприятия по методам санации полости рта (санация полости рта у детей по Агапову, регулярно – 2 раза в год посещение врача-стоматолога, гигиена полости рта и др.)
Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ПК-1. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи		
ПК-1-1. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать	- стандарты предоперационной подготовки больных к хирургическим методам лечения, показания и противопоказания для хирургических методов лечения больных с заболеваниями и повреждениями ЧЛО
	Уметь	- оценить состояние больного, формулировать диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать диагноз и определиться с тактикой ведения больного, определить должный объем консультативной помощи, определить тактику ведения пациента согласно современным национальным рекомендациям.
	Владеть	- тактикой ведения больных с сопутствующей патологией
ПК-1-2. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать	- возможные осложнения фармакологических и хирургических методов лечения, алгоритмы оказания помощи при осложнениях.
	Уметь	- проводить оперативное лечение больных с патологией ЧЛО, коррекцию лечения согласно результатам дополнительных методов обследования.
	Владеть	- техникой оказания неотложной помощи, навыками реанимационных мероприятий.

4. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по семестрам			
		1	2	3	4

Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.): 18	36	-	-	-	18
Лекционное занятие (Л)	6	-	-	-	6
Семинарское занятие (С3)	12	-	-	-	12
Практическое занятие (ПЗ)	-	-	-	-	
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	18	-	-	-	18
Вид промежуточной аттестации: Зачет (3), Зачет с оценкой (3О), Экзамен (Э)	-	-	-	-	3
Общий объём	в часах	36	-	-	36
	в зачетных единицах	1	-	-	1

5. Содержание дисциплины (модуля)

Таблица 3

№ раздела	Наименование разделов, тем дисциплин (модулей)	Код индикатора
1.	Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов	ПК-1.

6. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 4

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Контакт.раб.	Л	С3	ПЗ	СР		
Раздел 1	Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов	36	18	6	12	-	18	Реферат	ПК-1.
Тема 1.1	Диагностика и планирование лечения пациентов с использов. дентальных имплантатов. Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение	7	4	2	2	-	3	Реферат	ПК-1.

	дентальной имплантации. Показания и противопоказания								
Тема 1.2	Феномен и виды остеointеграции, факторы влияющие на оптимизацию этого процесса. Современные представления об остеопластических материалах.	5	2	-	2	-	3	Реферат	ПК-1.
Тема 1.3	Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях и техника их проведения.	7	4	2	2	-	3	Реферат	ПК-1.
Тема 1.4	Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации.	7	4	2	2	-	3	Реферат	ПК-1.
Тема 1.5	Винирная пластика и межкорткальная остеотомия. Латеризация нижнелуночкового нерва	5	2	-	2	-	3	Реферат	ПК-1.
Тема 1.6	Профилактика и лечение осложнений возникающих в раннем послеоперационном периоде и в отдаленных сроках дентальной имплантации.	5	2	-	2	-	3	Реферат	ПК-1.
Общий объём		36	18	6	12	-	18	Зачет	

7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение)

Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО РостГМУ) <https://omdo.rostgmu.ru/>. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 5

№ раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1	Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов	1.Причины атрофии кости и регионарного остеопороза 2.Что такое контактный, дистантный остеогенез, функциональный анкилоз? 3.Сформулируйте основные правила использования вращающихся инструментов, применяемых для подготовки костного ложа имплантатов 4.Объясните понятие атравматическая подготовка костной ткани 5.Каким способом достигается атравматичность при подготовке костного ложа имплантата. 6. Укажите основные правила асептики и антисептики при операции имплантации 7.Разъясните, в каких случаях оправдано назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии на пред- и послеоперационном этапах. Классификация неблагоприятных факторов, препятствующих имплантации.

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских/ практических занятиях.

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении Оценочные материалы по дисциплине (модулю).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1	Травматология челюстно-лицевой области /В. В. Афанасьев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с. Доступ из ЭБС «Консультант студента» - текст: электронный	1, ЭР
2	Черепно-лицевая хирургия в формате 3D: атлас /Бельченко В.Н., Притыко А.Г., Климчук А.В., [и др.]. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2010 – 224с. ЭР - Доступ из СИС «Med Base Geotar» - текст электронный	11, ЭР
Дополнительная литература		
1	Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учебное пособие /В. В. Афанасьев, А. А. Останин. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 240 с. - Доступ из ЭБС «Консультант студента» - текст: электронный	11, ЭР
2	Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /под ред. В. И. Балина, Н. М. Александрова. – изд. 4-е, доп. и испр. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2005. – 574 с.	1 экз.
3	Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно- лицевой хирургии: учебное пособие/ О.З. Топольницкий, В.Ю. Васильев. Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2011.-259с. Доступ из ЭБС «Консультант студента» - текст: электронный	6 экз.
4	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с. – Доступ из СИС «Med Base Geotar» - текст электронный	ЭР
5	Аnestезия и интенсивная терапия в стоматологии: руководство для врачей. С.Ф. Грицук 2012-240с.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 240с. СИС «Med Base Geotar» - текст электронный	1, ЭР

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 7

№ п/п	Электронные образовательные ресурсы	Доступ
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен

2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением.- Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Российское образование : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
4	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
5	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru (поисковая система Яндекс). Бесплатная регистрация	Открытый доступ
6	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
7	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
8	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
9	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [профессиональный ресурс для врачей и мед. сообщества, на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
10	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
11	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
12	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
13	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Контент открытого доступа
14	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
15	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
16	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации: офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
17	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (модуля)

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры стоматологии №3 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Образовательный процесс по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного, семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на раздел:

1. Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной литературой, её конспектирование, подготовку к семинарам, текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации зачету.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Помещения для реализации программы дисциплины (модуля) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины (модуля).

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины (модуля) перечень

материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющими обучающимся осваивать знания, предусмотренные профессиональной деятельностью, в т.ч. индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду РостГМУ.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Перечень программного обеспечения

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016).
2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-А/2015.463532 от 07.12.2015).
3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016)
4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-А/2015.148452 от 08.05.2016);
5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).
6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);
7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/РНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);
8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1 year Educational Renewal License (договор № 273-А/2023 от 25.07.2023).
9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГМУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.
10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends , Dyn-Cluster, 2 backends , CGatePro Unified 3000 users , Kaspersky AntiSpam 3050-users , Contact Center Agent for All , CGPro Contact Center 5 domains . (Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCED6 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020г.)
13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы:
- «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;
- «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)
14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-А/2024 от 11.03.2024г.)

15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)
16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

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

Кафедра стоматологии № 3

Оценочные материалы

Хирургический этап в лечении адентии с использованием имплантатов

Специальность 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-5: Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	ОПК-5. ИД-1. Знает и умеет назначать лечение адентии с использованием имплантатов. Показания и противопоказания к лечению адентии с использованием имплантатов. Осложнения на этапах лечения. ОПК-1. ИД-2. Может оценить результаты лечения, контролировать его эффективность и безопасность. Может формировать на основании результатов лечения план дальнейшего лечения. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.

ОПК-5

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Остеоинтеграция – это:

1. Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференциированной живой костью и поверхностью опорного имплантата выявляемая на уровне световой микроскопии.
2. Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит в формировании фиброзной капсулы вокруг него.
3. Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата.

Эталон ответа: 1. Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференциированной живой костью и поверхностью опорного имплантата выявляемая на уровне световой микроскопии.

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К биоинертным материалам относятся:

1. Нержавеющая сталь.
2. Хромокобальтовые сплавы.
3. Титан, цирконий.

Эталон ответа: 3. Титан, цирконий.

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К биотолерантным материалам относятся:

1. Нержавеющая сталь.
2. Титан и его сплавы.
3. Цирконий.

Эталон ответа: 1. Нержавеющая сталь.

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К местному противопоказанию для проведения дентальной имплантации относится:

1. Локализованный пародонтит.
2. Множественный кариес.
3. Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты

прикуса.

Эталон ответа: 3. Патологическая стираемость твердых тканей зубов со снижением высоты прикуса.

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Контактный остеогенез – это:

1. Процесс регенерации костной ткани вокруг имплантата.
2. Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата.
3. Восстановление участков кости после травмы.

Эталон ответа: 2. Процесс регенерации костной ткани непосредственно на поверхности имплантата.

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Препарирование ложа под винтовые или цилиндрические имплантаты следует производить специально предназначенными для этого сверлами со следующей скоростью вращения, об/мин:

1. 200-300.
2. 500-800.
3. 1000-1500. +

Эталон ответа: 3. 1000-1500.

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

7. Чем определяется усилие затягивание винта, фиксирующего супраструктуру к имплантату?

1. Тактильными ощущениями врача.
2. Степенью подвижности супраструктуры.
3. Инструкциями по применению элементов системы имплантатов.

Эталон ответа: 3. Инструкциями по применению элементов системы имплантатов.

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

О чем свидетельствует эффект «проваливания» при формировании ложа имплантата на верхней челюсти?

1. О перфорации верхнечелюстной пазухи.
2. О перфорации полости носа.
3. О выходе инструмента за пределы костной ткани.

Эталон ответа: 3. О выходе инструмента за пределы костной ткани.

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Что может привести к парестезии нижней губы после имплантации на нижней челюсти?

1. Травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата.
2. Сдавление нервного ствола установленным имплантатом.
3. И то и другое.

Эталон ответа: 3. И то и другое.

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Аллогенный материал это –

1. Специально обработанная трупная кость.
2. Остеопластический материал синтетического происхождения.
3. Материал животного происхождения.

Эталон ответа: 1. Специально обработанная трупная кость.

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Противопоказаний к операции нет.
 2. Имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции.
 3. Имеются относительные местные противопоказания для проведения операции.
- Эталон ответа:* 2. Имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции.

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?

1. Эндодонто-эндооссальная.
 2. Эндооссальная.
 3. Субпериостальная.
- Эталон ответа:* 2. Эндооссальная.

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Эндодонто-эндооссальная.
 2. Эндооссальная.
 3. Субпериостальная.
- Эталон ответа:* 1. Эндодонто-эндооссальная.

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Эндодонто-эндооссальная.
 2. Эндооссальная.
 3. Субпериостальная.
- Эталон ответа:* 3. Субпериостальная.

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Эндодонто-эндооссальная.
 2. Эндооссальная.
 3. Субпериостальная.
- Эталон ответа:* 2. Эндооссальная.

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Меньше, чем внекостная часть зуба.
 2. Равны с внекостной частью зуба.
 3. Больше, чем внекостная часть зуба.
- Эталон ответа:* 3. Больше, чем внекостная часть зуба.

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Эндоонто-эндооссальный имплантат может иметь следующую форму:

1. Штифта.
2. Пластиинки.
3. Седловидную форму.

Эталон ответа: 1. Штифта.

Металлические пластиночные эндооссальные имплантаты чаще используются для:

1. Одностадийной имплантации.
2. Двухстадийной имплантации.
3. Как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.

Эталон ответа: 1. Одностадийной имплантации.

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Цилиндрические металлические эндооссальные имплантаты могут использоваться только для:

1. Одностадийной имплантации.
2. Двухстадийной имплантации.
3. Как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.

Эталон ответа: 3. Как для одно -, так и для двухстадийной имплантации.

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Во сколько этапов выполняется субпериостальная имплантации?

1. В один этап.
2. В два этапа.
3. Как в один, так и в два этапа.

Эталон ответа: 2. В два этапа.

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Противопоказаний для операции нет.
2. Имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции
3. Имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

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

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Противопоказаний для операции нет.
2. Имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции.
3. Имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

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

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. Противопоказаний для операции нет.
2. Имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции.

3. Имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.
Эталон ответа: 2. Имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции.

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Больная, находящаяся на третьем месяце беременности, обратилась к врачу с просьбой проведения дентальной имплантации. Какое должно быть высказано правильное мнение врача по этому поводу?
1. Противопоказаний для операции нет.
2. Имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции.
3. Имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.
Эталон ответа: 3. Имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
У больного имеется злокачественная опухоль околоушной железы, но он настаивает на проведении ему дентальной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?
1. Противопоказаний к операции нет.
2. Имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции.
3. Имеются относительные местные противопоказания для проведения операции.
Эталон ответа: 2. Имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции.

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
У больного при обследовании установлен диагноз гальваноза, но он высказывает свою настойчивую просьбу о проведении ему дентальной имплантации металлическим имплантатом. Какое должно быть мнение врача на проведение этой операции у больного?
1. Противопоказаний к операции нет.
2. Имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции.
3. Имеются относительные местные противопоказания для проведения операции.
Эталон ответа: 2. Имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции.

Ситуационные задачи:

Задание 1.
Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВи, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечается дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3

дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1,0 см, с четкими границами.

1. Ваш диагноз.

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

Эталон ответа:

1. Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Радикулярная киста нижней челюсти в области 3.1, 4.1.

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

Задание 2.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции.

При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена.

Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы.

Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от своих по цвету.

При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

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

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации?

3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования? Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения.

Эталон ответа:

1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (отсутствие 12, 11, 21).

2. Методы лечения:

а). Восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 13, 22, 23 зубы.

б). Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах.

3. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения.

Задание 3.

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено:

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все трети моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибулооральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.

3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

1. Диагноз: несостоятельность имплант-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6

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

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

Задание 4.

В стоматологическую поликлинику обратился на консультацию больной пациент С. 30 лет с жалобами на отсутствие фронтальных зубов. Из анамнеза выявлено, что 12,11,21,22 зубы были потеряны в результате автодорожной аварии полгода назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, прикус ортогнатический. О О О О П 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 П П П П

1. Поставьте предварительно диагноз.

2. Укажите дополнительные методы диагностики.

3. Определите возможные методы имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.

2. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

3. Внутрикостная имплантация.

Задание 5.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтиита. В течение 2-х лет пользуется частично-съемным протезом на верхней челюсти. П О О О П

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 Π Π

1. Поставьте предварительно диагноз.
 2. Этапы планирования.
 3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
 2. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволяют осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.
 3. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 6.

В стоматологическую клинику обратился больной Д, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 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 О П С О О О

1. Составьте план лечения.
 2. Укажите дополнительные методы диагностики.
 3. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?
 4. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Санация полости рта, лечение 44. Имплантование. Протезирование.
 2. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
 3. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: нижнечелюстного канала.
 4. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространённой, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 7.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съемным протезом на верхней челюсти. П О О О П 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 П П

- Поставьте предварительно диагноз.
 - Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
 2. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от

гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 8.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Совместная консультация с врачом-стоматологом ортопедом.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 9.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Совместная консультация с врачом-ортопедом.
3. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 10.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых

изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К П К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.

2. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндодонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.

3. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 11.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холodu. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 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 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопатомограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбировочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз

2. Выберите метод хирургического лечения в области 24.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперестезия.

2. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 2.5.

Задание 12.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П О 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 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантация. Протезирование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 13.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Совместная консультация с врачом-ортопедом.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 14.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К П К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.

2. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндоонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.
3. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах.

Задание 15.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холodu. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 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 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопатомограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбировочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?
3. Выберите метод хирургического лечения в области 24.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперестезия.
2. Плотность костной ткани определяют с помощью эхостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.
3. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 2.5.

Задание 16.

Больной 40 лет, обратился с жалобами на стреляющие боли в 26 зубе, отдающие в ухо, висок в ночное время. Также беспокоит безболезненное образование на нижней губе справа, появившееся после травмы. Из анамнеза: 26 лечен по поводу глубокого кариеса, 2 месяца назад пломба выпала, появились боли на температурные раздражители. Накануне появились приступы боли в ночное время, которые снимал анальгетиками. После прикусывания слизистой оболочки нижней губы месяц назад рана на губе зажила самостоятельно, на месте травмы появилось образование, возвышающееся под слизистой оболочкой. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Рот открывает в полном объеме. На слизистой оболочке нижней губы справа имеется образование округлой формы синюшного цвета, эластической консистенции, безболезненное при пальпации, около 1,5 см в диаметре. Прикус ортогнатический. На жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта в одной точке, резкая боль при зондировании, на холодное, ЭОД 25 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Составьте план лечения.
3. Проведите дифференциальную диагностику новообразования.
4. Выберете рациональный способ протезирования.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического фиброзного пульпита 26 зуба. Ретенционная киста в области слизистой оболочки нижней губы справа. Частичная вторичная адентия правой верхней челюсти II класс по Кеннеди и нижней челюсти III класс по Кеннеди.
2. Санация полости рта, лечение 26. удаление образования в пределах здоровых тканей, гистологическое исследование. Протезирование.
3. Дифференцировать с гемангиомой, лимфангиомой, опухолями малых слюнных желез. Анамнестические данные о прикусывании нижней губы, сроки образования, локализация, цвет, округлая форма, отсутствие болезненности характерны для ретенционной кисты. Сосудистые опухоли не всегда имеют четкие контуры, не связаны с травматическими повреждениями. Кавернозные гемангиомы меняют свои размеры при наклоне головы.
4. Металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 43 и 46, 13 и 16 зубы. При отсутствии противопоказаний возможно ортопедическое лечение на имплантатах.

Задание 17.

В стоматологическую поликлинику обратился на консультацию пациент С. 30 лет с жалобами на отсутствие фронтальных зубов. Из анамнеза выявлено, что 12,11,21,22 зубы были потеряны в результате автодорожной аварии полгода назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, прикус ортогнатический. О О О П 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 П П П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Укажите дополнительные методы диагностики.
3. Определите возможные методы имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Необходимо определить: вид адентии, состояние оставшихся зубов, протяжённость дефектов зубных рядов, состояние гигиены полости рта, прикус, межальвеолярную высоту в области дефектов зубных рядов, состояние слизистой оболочки полости рта, глубину преддверия полости рта, линию улыбки.
3. Внутрикостная имплантация.

Задание 18.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съемным протезом на верхней челюсти. П О О О П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Этапы планирования.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.

Задание 19.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 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 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантация. Протезирование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию.

Задание 20.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
 2. Составьте план обследования.
 3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
 4. Укажите дополнительные методы диагностики.
- Эталон ответа:*
1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
 2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
 3. Совместная консультация с врачом-стоматологом ортопедом.
 4. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 21.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К П К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде

«языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.

2. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндолонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.

3. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 22.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съемным протезом на верхней челюсти. П О О О П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.

2. Этапы планирования.

3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.

2. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволяют осуществить рациональное протезирование разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.

3. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 23.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 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 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?

4. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.

2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантование. Протезирование.
3. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: нижнечелюстного канала.
4. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространённой, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 24.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортognатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
 2. Составьте план обследования.
 3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
- Эталон ответа:*
1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
 2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.;
 3. Совместная консультация с врачом-стоматологом ортопедом.

Задание 25.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К П К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения

данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 26.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 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 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопатомограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбировочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения.
3. Выберите метод хирургического лечения в области 24.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперэстезия.
2. План лечения: Снять мостовидный протез Противовоспалительное лечение пародонтального кармана.
3. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 2.5.

Задание 27.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент И. 35 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортognатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Совместная консультация с врачом-ортопедом

Задание 28.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года

назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Как закрыть перфоративное отверстие?

3. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.

2. Перфоративное отверстие закрыть следующим образом: Обеспечить хороший доступ с помощью инструментального и химического расширения. Коагуляция грануляционной ткани. Антисептическая обработка, гемостаз. Закрытие перфорационного отверстия стеклоиномерным цементом или амальгамой. Обработка и пломбирование основного канала.

3. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 29.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 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 П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопатомограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбировочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз

2. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?

3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперэстезия.

2. Плотность костной ткани определяют с помощью эхостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.
3. План лечения: Снять мостовидный протез Противовоспалительное лечение пародонтального кармана.

Задание 30.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П О 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 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Импланттирование. Протезирование.
3. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространённой, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 31.

В стоматологическую поликлинику обратился на консультацию пациент С. 30 лет с жалобами на отсутствие фронтальных зубов. Из анамнеза выявлено, что 12,11,21,22 зубы были потеряны в результате автодорожной аварии полгода назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, прикус ортогнатический. О О О О П 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 П П П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Укажите основные методы диагностики.
3. Определите возможные методы имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Внутрикостная имплантация.

Задание 32.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтиита. В течение 2-х лет пользуется частично-съемным протезом на верхней челюсти. П О О О П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволяют осуществить рациональное протезирование разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.
3. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 33.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 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 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантация. Протезирование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 34.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 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 П П

1. Составьте план обследования.
2. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. 2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
2. Совместная консультация с врачом-стоматологом ортопедом.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 35.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К П К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна.

На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Составьте план лечения.

2. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндодонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.

2. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 36.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съемным протезом на верхней челюсти. П О О О П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.

4. Этапы планирования.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.

2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.

3. Врач-стоматолог ортопед.

4. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволяют осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.

Задание 37.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П О 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 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Укажите дополнительные методы диагностики.

4. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.

2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантование. Протезирование.

3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: нижнечелюстного канала.

Задание 38.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортognатический. О П П 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 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 39.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П К К П К О 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 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 40.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 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 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопатомограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбировочным материалом до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?

2. Составьте план лечения.

3. Назначьте общее и местное лечение.

Эталон ответа:

1. Плотность костной ткани определяют с помощью эхостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.

2. Снять мостовидный протез Противовоспалительное лечение пародонтального кармана.

3. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в область отсутствующего 25.

Задание 41.

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

В анамнезе – ОРВи, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

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

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6.

Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечается дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1,0 см, с четкими границами.

1. Поставьте диагноз.

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

Эталон ответа:

1. Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Частичное отсутствие зубов нижней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в боковых отделах. Радикулярная киста нижней челюсти в области 3.1,4.1.
2. Съемный протез на балке с опорой на дентальные имплантаты установленные в передний отдел верхней челюсти. Это позволит обеспечить полноценную фиксацию протеза и уменьшить его базис т.к. у пациента выраженный рвотный рефлекс.

Задание 42.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета.

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

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

1. Поставьте диагноз.

2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.

3. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования?

Эталон ответа:

1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (отсутствие 12, 11, 21). Посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов.

2. Методы лечения:

а). Восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 13, 22, 23 зубы. б). Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией 3 имплантатов и последующим несъемным протезированием на имплантатах.

3. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения.

Задание 43.

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. Отсутствуют все трети моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата

как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

1. Диагноз: несостоительность имплант-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6.
1. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантомографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.
3. Причиной развития данного осложнения может являться неправильное усилие при закручивании винта, фиксирующего супраструктуру, что привело к его выкручиванию и ослаблению фиксации супраструктуры и возможному разрушению узла сопряжения имплантата и супраструктуры, деформации винта. Также к разрушению конструкции может приводить перегрузка при жевании вследствие некорректной выверки окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.

Задание 44.

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

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

1. Определите возможность дентальной имплантации.

Эталон ответа:

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

Задание 45.

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

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

1. Ваш диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Определите возможность и вид имплантации.

Эталон ответа:

1. Вторичная частичная адентия. Двусторонние концевидные беззубые дефекты нижней челюсти.
2. Рентгенографическое обследование (ортопантомография и состояние 35,34 и 45,44 зубов).
3. Дентальная имплантация возможна ввиду отсутствия противопоказаний. Оптимально введение в концевые дефекты нижней челюсти пластиночных имплантатов и изготовление мостовидных протезов с опорой на премоляры и имплантаты.

Задание 46.

После установки двухэтапного винтового имплантата в зоне 35 зуба три недели тому назад пациентка А. обратилась с жалобой на появление малоболезненного выбухания над имплантатом. При осмотре обнаружен небольшой воспалительный инфильтрат размером около 5 мм над имплантатом, установленным в зоне 35. При его зондировании получено незначительное гнойное отделяемое. На рентгенограмме определяется краевая резорбция костной ткани у шейки имплантата около 1 мм.

1. Ваш диагноз.

2. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа: 1. Мукозит в области дентального имплантата.

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

Задание 47.

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

1. Поставьте диагноз.

2. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Перимплантит нижней челюсти слева.

2. Показано удаление имплантата.

Задание 48.

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

1. Ваш диагноз.

2. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

1. Мукозит в области имплантата.

2. Неудовлетворительная гигиена полости рта.

Задание 49.

Пациентка Е, 42 лет, предъявляет жалобы на боли верхней челюсти слева, болезненное накусывание, гнойные выделения из левой половины носа. Со слов больной, 7 лет назад в области верхней челюсти слева был установлен дентальный имплантат и затем металлокерамический мостовидный протез. Около двух лет назад перенесла двусторонний верхнечелюстной синусит и фронтит, по поводу чего проходила курс лечения в стационаре, но обострения повторялись. Направлена ЛОР-врачом на консультацию. При осмотре полости рта: на верхней челюсти слева имеется метаплакерамический мостовидный протез с опорой на имплантат и 23-24 зубы. Перкуссия его болезненна, подвижности не определяется. Слизистая оболочка ярко-розового цвета, пальпация альвеолярного отростка болезненна. На ортопантомограмме в проекции 25 – 27 зубов определяется пластиночный имплантат, окружённый по периметру линией разрежения костной ткани шириной 1 - 1,5мм; верхняя костная граница отсутствует.

1. Ваш диагноз.

2. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

1. Хронический верхнечелюстной синусит слева. Перииимплантит в области верхней челюсти слева.

2. Первопричиной заболевания является воспалительный процесс в придаточных пазухах и повлекший за собой резорбцию кости над и вокруг имплантата.

Задание 50.

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

1. Ваш диагноз.

2. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Травматический (имплантационный) верхнечелюстной синусит справа.

2. Удаление имплантата с последующим противовоспалительным лечением синусита.

Задание 51.

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

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите причину заболевания.

Эталон ответа:

1. Травматический неврит нижнеальвеолярного нерва слева.

2. Причиной явилась установка имплантата в нижнечелюстной канал и травма нижнеальвеолярного нерва.

Задание 52.

Пациенту Л., 3 месяца назад был установлен двухэтапный винтовой имплантат

В области отсутствующего 24 зуба. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во время контрольного осмотра обнаружены грануляции над винтом-заглушкой. Жалоб не предъявляет. На дентальной R-грамме определяется незначительная резорбция костной ткани у шейки имплантата.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Мукозит в области имплантата.
2. Удаление винта-заглушки, промывание резьбового канала, его высушивание и введение Формирователя десневой манжетки. материалом.

Задание 53.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины, приведшие к создавшейся ситуации.

Эталон ответа:

1. Травматический перелом шейки имплантата.
2. Частое и длительное применение жевательной резинки привело к функциональной перегрузке и возникновению усталостного момента металла в области шейки имплантата заполнением промежуточных пространств блоками костнопластического материала.

Задание 54.

Пациент Д., 32 лет, направлен ортопедом - стоматологом на удаление 45 зуба в связи с хроническим периодонтитом. Жалоб на боли не предъявляет. Местный статус: Коронка 45 зуба разрушена, перкуссия безболезненна, слизистая розового цвета. Ширина альвеолярного отростка в области 45 зуба составляет 5,5 мм. 44 зуб интактный, 46 зуб покрыт металлокерамической коронкой. На дентальной R-грамме Периапикальных изменений не определяется.

1. Предложите пациенту варианты стоматологической реабилитации.

Эталон ответа: 1. Мостовидный протез с опорой на 44 и 46 зубы. Непосредственная имплантация двухэтапного винтового имплантата в лунку 45 зуба.

Задание 55.

У пациента П, 39 лет, протяжённость дефекта зубного ряда нижней челюсти справа составляет 20 мм, ширина альвеолярного отростка в области отсутствующего 45 зуба - 5,5 мм, 46 зуба - 6.3 мм. Расстояние от альвеолярного гребня до нижнечелюстного канала - 13 мм.

1. Составьте план имплантационного лечения.
2. Выберите размеры имплантатов.

Эталон ответа:

1. Установка 2-х винтовых двухэтапных имплантатов.

2. Размеры: длина 11,5; диаметр 3,75 и 4,2 мм.

Задание 56.

У пациентки М., 42 лет, отсутствуют 34, 35 и 36 зубы. Протяжённость дефекта составляет 22 мм. Ширина альвеолярного отростка в проекции 34 зуба - 5 мм, 35 зуба - 5,5 мм и 36 зуба - 6,3 мм. На ортопантомограмме расстояние от гребня альвеолярного отростка до нижнечелюстного канала в зоне 35-36 зубов составляет 15 мм.

1. Составьте план имплантационного лечения. Определите размеры имплантатов.

Эталон ответа:

1. Установка 3-х винтовых двухэтапных имплантатов: в области 34 зуба - диаметром 3,3 мм, 35 зуба - 3,75 мм, 36 зуба - 4,2 или 4,75 мм; высота всех имплантатов может варьировать от 11,5 до 13 мм.

Задание 57.

Пациент Д., 33-х лет, обратился за помощью в связи с отсутствием 11 зуба. Зуб утрачен в результате травмы. Рядом стоящие 12 и 21 зубы интактны. Ширина альвеолярного гребня в области 11 зуба составляет 4 мм, высота 13 мм.

1. Составьте план лечения. Определите дополнительные вмешательства для имплантационного лечения.

Эталон ответа:

1. Целесообразна дентальная имплантация. Необходима аугментация.

Задание 58.

У пациента Л., 40 лет, отсутствует 14 зуб. 13 зуб интактный, в 15 зубе пломба, изменён В цвете. Ширина альвеолярного отростка в зоне 14 зуба составляет 4,5 мм; высота - 15 мм.

1. Предложите варианты стоматологической реабилитации.

2. Определите тип дентальной имплантации, если пациент имеет ограниченные финансовые и временные возможности.

Эталон ответа:

1. Как вариант мостовидный протез с опорой на 13 и 15 зубы.

2. Имплантация двухэтапного имплантата в области 14 зуба с одномоментной аугментацией.

Задание 59.

У пациентки Г., 29 лет, отсутствует 25 зуб. Соседние 24 и 26 зубы интактные. Ширина альвеолярного гребня составляет 5 мм; расстояние до дна верхнечелюстной пазухи - 7 мм.

1. Составьте план лечения. Предложите варианты дополнительных вмешательств при имплантологическом лечении.

Эталон ответа:

1. Оптимальным методом лечения в данной ситуации является имплантологический метод, требующий дополнительного хирургического вмешательства в виде синус лифтинга.

Задание 60.

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

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

2 Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

1. Диагноз: несостоительность имплант-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6

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

Задание 61.

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6.

На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Эталон ответа:

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

Задание 62.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здоровая. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не

пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету.

Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантомограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

1. Ваш диагноз.

2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. Частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти. Посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов.

2. Восстановление зубного ряда верхней челюсти путем изготовления несъемного мостовидного протеза с опорой на 13, 22, 23 зубы. Устранение дефекта верхней челюсти методами костной пластики или направленной тканевой регенерации с последующей или одномоментной дентальной имплантацией

Задание 63.

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

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

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы обследования.

Эталон ответа:

1. Несостоятельность имплант-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6.

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

Задание 64.

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

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третья моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна

относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

1. Ваш диагноз.

2. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?

Эталон ответа:

1. Несостоятельность имплант-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6

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

Задание 65.

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

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

1. Ваш диагноз.

2. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Эталон ответа:

1. Несостоятельность имплант-ортопедической конструкции в области отсутствующего 4.6.

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

Вопросы для собеседования

1. Показания и противопоказания к операции дентальной имплантации. Существует ряд заболеваний, при которых имплантация, как и любая другая плановая операция, противопоказана:

- 1) хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- 2) нарушения коагуляции и гемостаза;
- 3) ВИЧ и любая другая серопозитивная инфекция;
- 4) психические заболевания.

Существуют также заболевания, физиологические и функциональные состояния, при которых только на определенном отрезке времени выполнение любой операции может

нанести вред здоровью пациента, или в данный период состояние организма не позволит достичь положительных результатов оперативного вмешательства:

- 1) острые воспалительные заболевания и острые вирусные инфекции;
- 2) хронические инфекционные заболевания (туберкулез, актиномикоз и т.д.);
- 3) обострение хронических заболеваний;
- 4) высокая степень риска бактериемии (больные с протезами клапанов сердца и перенесшие бактериальный эндокардит, ревматизм);
- 5) недавно перенесенные инфаркт или инсульт;
- 6) беременность и лактация;
- 7) лечение препаратами, ухудшающими регенерацию тканей (гормональная и химиотерапия, прием иммунодепрессантов и т.д.).

К противопоказаниям дентальной имплантации относят остеопатии, а также заболевания центральной нервной системы; патологические процессы, отрицательно влияющие на остеогенез; болезни, лечение которых приводит к нарушениям метаболизма костной ткани; при которых значительно снижена сопротивляемость организма инфекциям, некоторые заболевания и состояния органов и тканей челюстно-лицевой области, которые не позволяют достичь желаемого результата имплантации.

2. Ошибки и осложнения дентальной имплантации. Ошибки, приводящие к осложнениям, типичны в практике врача-хирурга и ортопеда. В. Н. Копейкин, М. З. Миргазизов, А. Ю. Малый (2002) считают, что ошибки при планировании лечения могут быть связаны с выбором метода дентальной имплантации, типа и вида дентального имплантата, места имплантации, времени протезирования. Во время проведения операции могут наблюдаться отрицательные реакции на анестетик - повышение артериального давления и другие общие реакции, зависящие от соматического состояния пациента, а также кровотечение из нижнечелюстной артерии или слизистой оболочки гайморовой пазухи, перфорация компактной пластики альвеолярного отростка, аспирация дентального имплантата, заглушки или формирователя десны, абат-мента, имплантовода и даже динамометрического ключа.

В послеоперационном периоде могут быть следующие осложнения: тупая распирающая боль в области операции, отек тканей лица, воспалительная реакция окружающих тканей, расхождение швов, нарушение чувствительности, носовое кровотечение, нестабильность дентального имплантата, обнажение кости альвеолярного отростка.

3. Остеоинтеграция, виды. Контактная, при которой новые клетки образуются на поверхности вживляемой опоры. Данный вид начинается со стадии остеоиндукции. После него начинается образование кости и преобразование ее структуры. Дистантная, подразумевающая процесс регенерации вокруг искусственного корня. Этот вид отличается от контактного образованием костного вещества на поверхности кости, окружающей штифт. Остеогенез с интеграцией.

4. Задачи планирования лечения с использованием имплантатов:

- определение оптимального варианта протезирования;
- определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволяют осуществить рациональное протезирование;
- разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.

5. Особенности и общие принципы хирургического лечения с использованием дентальных имплантатов. Основополагающим принципом имплантации является атравматичная техника проведения операции. Щадящее отношение к тканям имеет такое же значение в создании условий для их заживления и в профилактике осложнений, как и соблюдение правил асептики. От того, насколько атравматично была выполнена операция,

зависит заживление окружающих имплантат тканей, а значит, успех и самой операции, и лечения в целом.

6. Обеспечение оперативного доступа к альвеолярному отростку. Рассечение слизистой оболочки и надкостницы обычно производится по гребню альвеолярного отростка. При этом отслаиваются два слизисто-надкостничных лоскута, и таким образом обеспечивается оперативный доступ к альвеолярному отростку челюсти. Разрез можно производить и в области преддверия полости рта с отслойкой одного надкостничного лоскута, но только в том случае, когда толщина слизистой оболочки не превышает 2 мм и при отсутствии выраженного, сформировавшегося после удаления зубов рубца в области гребня альвеолярного отростка, а также при достаточной глубине преддверия. Также при выкраивании слизисто-надкостничного лоскута можно производить разрез с оральной стороны. Может также применяться методика, получившая название “бескровной”. Оперативный доступ при этом осуществляется через иссеченный участок слизистой оболочки и надкостницы в области гребня альвеолярного отростка. Бескровная методика чаще применяется при использовании одноэтапных имплантатов, но в последнее время получила распространение и при двухэтапной имплантации.

7. Остеопластические материалы и использование их в дентальной имплантологии. Остеопластические материалы являются основой для формирования собственной ткани пациента. Эти материалы служат биосовместимой матрицей для построения костной ткани в период ее регенерации и в идеале должен полностью замениться собственной тканью пациента.

8. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации. Синус-лифтинг – это операция по увеличению объема костной ткани в области дна гайморовой пазухи с целью последующей установки имплантата на верхней челюсти. В классическом варианте включает в себя отслаивание слизистой оболочки гайморовой пазухи и подсадку остеопластического материала в образовавшуюся полость.

9. Латеризация нижнелуночного нерва. При имплантации зубов часто требуется перенос нижнечелюстного нерва. Данная процедура необходима в случае, если у пациента наблюдается «высокое» расположение нерва при атрофии костной ткани. Обычно он расположен в толще нижней челюсти в области жевательных зубов. Даже небольшая травма при имплантации может привести к атрофии нервных волокон, и как следствие болезненности и онемении щек, 2/3 языка, десен и зубов, нижней губы и даже части подбородка. Проведение латерализации позволяет перенести нижнечелюстной нерв в канале таким образом, чтобы было достаточно места для проведения имплантации. Методика не новая, впервые данная процедура была описана в работе американских специалистов еще в 1987 году. Среди авторов данной публикации известный пародонтолог Гэри Гринштейн и американский стоматолог-ортопед Джон Кавалларо.

10. Винирная пластика и межкортикальная остеотомия. Среди методик хирургического расширения атрофированного альвеолярного гребня особое место занимает межкортикальная остеотомия, основанная на вестибулярном перемещении наружной кортикальной пластинки в участке адентии. Хирургическое вмешательство начинают с выкраивания комбинированного (в каудальной части — полнослоиного, в краиальной — расщепленного) лоскута на наружной стороне корректируемого участка, где планируется дентальная имплантация; затем посредством межкортикальной остеотомии выполняют вестибулярное перемещение наружной костной стенки для увеличения ширины гребня.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

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

Критерии оценивания тестового контроля:

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

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

Критерии оценивания собеседования:

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

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

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, 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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

