

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ
Ректор _____ С.Б. Мельцев
29 февраля 2024 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ»

Специальность 31.08.77 Ортодонтия

Квалификация врач-ортодонт

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Санкт-Петербург
2024 г.

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.77 Ортодонтия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ 27.08.2014, приказ №1128.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии от 15.02.2024 г., протокол №6, рассмотрен на заседании Ученого совета Института от 29.02.2024 г., протокол №4.

Заведующий кафедрой



(подпись)

А. К. Иорданишвили

Разработчики:

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии

Сокирко Е. Л.

Рецензент:

Окунев М. А., Главный врач Санкт-петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №29» (СПб ГБУЗ «СП№29»), кандидат медицинских наук

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Код компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	тестовые задания	1-29
		контрольные вопросы	1-20, 64-66
		рефераты	18-29
		ситуационные задачи	1-25
ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	тестовые задания	30-47
		контрольные вопросы	12-35
		рефераты	1-20
		ситуационные задачи	1-25
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортодонтической помощи	тестовые задания	20-50
		контрольные вопросы	21-80
		рефераты	30-45
		ситуационные задачи	1-25

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация);

				перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
--	--	--	--	---

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.

Оценка	Описание
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата, эссе достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата, эссе достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата, эссе достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате, эссе не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ (В Т.Ч. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ)

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тестовые задания

1. Какие анатомические структуры следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации на нижней челюсти:

- 1) верхнечелюстной синус
- 2) резцовое отверстие
- 3) скуловой отросток
- 4) подбородочные отверстия

2. Функцией остеобластов является:

- 1) образование костной ткани
- 2) резорбция кости
- 3) функция иммунитета
- 4) функция кроветворения

3. Функцией остеокластов является:

- 1) образование костной ткани
- 2) резорбция кости
- 3) функция иммунитета
- 4) функция кроветворения

4. ПОД ОСТЕОИНТЕГРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ

- 1) внедрение костного отломка в мягкие ткани
- 2) процесс репаративного остеогенеза
- 3) образование хрящевой ткани между поверхностью имплантата и костью
- 4) структурное и функциональное соединение костной ткани челюсти с поверхностью несущего нагрузку имплантата.

5. ПРОЦЕСС ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА, СОГЛАСНО ТЕОРИИ РЕТРАКЦИИ КРОВЯНОГО СГУСТКА, СОСТОИТ ИЗ

- 1) двух последовательных этапов
- 2) четырех последовательных этапов
- 3) трех последовательных этапов
- 4) пяти последовательных этапов

6. В ФАЗЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТИ ПРОИСХОДИТ

- 1) образование первичного матрикса на поверхности имплантата
- 2) дифференциация костеобразующих клеток из предшественников, осуществляющаяся на поверхности «прекостного» матрикса при регулирующем воздействии факторов роста, поступающих из резорбирующегося матрикса материнской кости
- 3) построением юной трабекулярной костной ткани в участках активной остеокластической резорбции недифференцированного костного вещества
- 4) замещение незрелых костных структур более зрелыми и адаптация к условиям нагрузок

7. 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
- 4) неадекватная минерализация органического костного матрикса при сохраняющейся в норме скелетной массе

8. ДОПУСТИМОЙ СКОРОСТЬЮ РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ВИНТОВОГО ИМПЛАНТАТА В КАЖДЫЙ ПОСЛЕДУЮЩИЙ ГОД ПОСЛЕ ПЕРВОГО ГОДА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 3 мм
- 2) 1 мм
- 3) 0,2 мм
- 4) 0,5 мм

9. Остеоинтеграция – это:

1. Прямая структурная и функциональная связь между высокодифференцированной живой костью и поверхностью опорного имплантата, выявляемая на уровне световой микроскопии.
2. Реакция организма на внедрение инородного тела, состоит формирования фиброзной капсулы вокруг него.
3. Процесс образования соединительной ткани на поверхности имплантата.
4. Реакция кости на инородное тело, которое инкапсулируется посредством костного рубца.
5. Снижение общего объема костной ткани.

10. На современном этапе наиболее отвечающим всем требованиям для изготовления имплантатов материалом является:

- 1) КХ сплав,
- 2) титан и его сплавы,
- 3) сплавы благородных металлов,
- 4) керамика,
- 5) ситаллы

11. При осмотре полости рта пациента с целью дентальной имплантации наиболее значимую роль играет:

- 1) состояние уздечки верхней губы,
- 2) состояние челюстной кости,
- 3) состояние кожных покровов,
- 4) состояние уздечки языка,
- 5) состояние др. органов полости рта.

12. Наиболее информативный R-снимок в дентальной имплантологии:

- 1) в переднее-лицевой проекции (фас),
- 2) прицельный R-снимок,
- 3) в полуаксиальной проекции,
- 4) ортопантограмма,
- 5) КТ

13. Толщину альвеолярного гребня в полости рта исследуют с помощью:

- 1) пинцета,
- 2) иглы с резиновым кружочком,
- 3) иглодержателя,
- 4) специального циркуля,
- 5) зажима.

14. Толщину слизистой оболочки в зоне имплантации исследуют с помощью:

- 1) пинцета,
- 2) иглы с резиновым кружочком,
- 3) иглодержателя,
- 4) специального циркуля,
- 5) зажима.

15. Абсолютными противопоказаниями к проведению имплантации являются все нижеперечисленные, кроме:

- 1) злокачественные опухоли ЧЛЮ
- 2) ринит,
- 3) головокружение, тошнота, рвота,
- 4) страх

16. Показанием проведения имплантации:

- 1) заболевания эндокринной системы
- 2) злокачественные опухоли ЧЛЮ
- 3) отсутствие зуба в зубном ряду
- 4) аутоиммунные заболевания

17. Феномен остеоинтеграции был открыт:

- 1) J. Majillo,
- 2) Ch. Weiss,
- 3) Л. Линков,
- 4) Э. Варес,
- 5) П.И. Бранемарк.

18. Первичная стабильность установленного имплантата достигается за счет:

- 1) «плотной посадки» имплантата в кость,
- 2) физико-химических свойств имплантационного материала,
- 3) соблюдения правил асептики и антисептики во время операции,
- 4) правильного выбора методики имплантации,
- 5) индивидуальных особенностей организма

19. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) пункцию верхнечелюстной пазухи
- 2) антимикробную профилактику
- 3) лечение невралгии
- 4) бужирование протоков слюнных желез

20. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) пальпация слюнных желез
- 2) пункцию верхнечелюстной пазухи
- 3) лечение невралгии
- 4) премедикацию

21. К ИМПЛАНТАТАМ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОРМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) винтовые имплантаты
- 2) цилиндрические имплантаты
- 3) пластиночные имплантаты

4) дисковые имплантаты

22. ПЛАСТИНЧАТЫЙ ИМПЛАНТ ВПЕРВЫЕ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) J. Scialom;
- 2) R. Branemark;
- 3) A. Strock;
- 4) L. Linkow;

23. ИГОЛЬЧАТЫЙ ИМПЛАНТ ВПЕРВЫЕ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) J. Scialom;
- 2) R. Branemark;
- 3) A. Strock;
- 4) L. Linkow;

24. ВИНТОВОЙ ИМПЛАНТ ВПЕРВЫЕ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН:

- 1) J. Scialom;
- 2) R. Branemark;
- 3) A. Strock;
- 4) L. Linkow;

25. ТЕХНОЛОГИЯ ПЛАЗМЕННОГО НАПЫЛЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОЙ ЧАСТИ ИМПЛАНТА БЫЛА ПРЕДЛОЖЕНА:

- 1) для увеличения площади остеоинтеграции;
- 2) для уменьшения площади остеоинтеграции;
- 3) для увеличения подвижности импланта;
- 4) для увеличения резорбции тканей

26. К БИОИНЕРТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) нержавеющей сталь
- 2) хромокобальтовые сплавы
- 3) титан, цирконий
- 4) гидроксиапатит

27. К БИОТОЛЕРАНТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) нержавеющей сталь
- 2) титан и его сплавы
- 3) цирконий
- 4) тантал

28. МИНИМАЛЬНЫМ РАССТОЯНИЕМ ДО СТЕНКИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 2 мм
- 2) 4 мм
- 3) 0,5 мм
- 4) 1 мм

29. Методика непосредственной (иммедиат) имплантации заключается в:

- 1) установке имплантата в свежую лунку удаленного зуба,
- 2) установке исключительного одного вида имплантатов,
- 3) установке имплантата спустя 3 недели после удаления зуба,

- 4) установке имплантата после окончательного заживления костной раны в результате удаления зубов,
- 5) установке имплантата в области имеющегося дефекта.

30. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аномалии прикуса
- 2) пародонтит
- 3) беременность
- 4) заболевания крови и кроветворных органов

31. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЛОЖА ПОД ВИНТОВЫЕ ИЛИ ЦИЛИНДРИЧЕСКИЕ ИМПЛАНТАТЫ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ СПЕЦИАЛЬНО ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМИ ДЛЯ ЭТОГО СВЕР-ЛАМИ СО СЛЕДУЮЩЕЙ СКОРОСТЬЮ ВРАЩЕНИЯ, ОБ/МИН

- 1) 200-300
- 2) 500-800
- 3) 1000-1500
- 4) 3000-5000

32. УСИЛИЕ ЗАТЯГИВАНИЕ ВИНТА, ФИКСИРУЮЩЕГО СУПРАСТРУКТУРУ К ИМПЛАНТАТУ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) тактильными ощущениями врача
- 2) степенью подвижности супраструктуры
- 3) инструкциями по применению элементов системы имплантатов
- 4) показаниями динамометрического ключа

33. ЭФФЕКТ «ПРОВАЛИВАНИЯ» ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛОЖА ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о перфорации верхнечелюстной пазухи
- 2) о переломе бора
- 3) о повреждении щечно-мезиального корня большого коренного зуба
- 4) о повреждении корня клыка

34. К ПАРЕСТЕЗИИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- 1) травма нижнего луночкового нерва при формировании ложа для имплантата
- 2) несвоевременное установление формирователя десны
- 3) раннее проведение ортопедического этапа
- 4) переимплантит

35. ПРИ УСТАНОВКЕ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ОН ПОГРУЖАЕТСЯ В КОСТЬ

- 1) на уровне альвеолярного гребня
- 2) на 1-1,5 мм ниже уровня кости
- 3) на 1мм выше уровня кости
- 4) на 0,5-1 мм ниже уровня кости

36. ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ИМПЛАНТАТА РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ШВАМИ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) 1 см
- 2) 1,5 мм
- 3) 0,5 см

4) 1,5-2 мм

37. УСТАНОВКА ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ

- 1) 1-2 месяца после установки имплантата
- 2) 3-4 месяца после установки имплантата
- 3) 4-5 месяцев после установки имплантата
- 4) 5-6 месяцев после установки имплантата

38. УСТАНОВКА ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ

- 1) 1-2 месяца после установки имплантата
- 2) 3-4 месяца после установки имплантата
- 3) 4-5 месяцев после установки имплантата
- 4) 5-6 месяцев после установки имплантата

39. 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
- 4) со скоростью, рекомендованной производителем

40. Согласно определению Европейской федерации пародонтологов, пери- имплантит – это:

- 1) прогрессирующая резорбция окружающей имплантат костной ткани, вызванная и сопровождающаяся воспалительным процессом в мягких тканях, окружающих имплантат.
- 2) воспалительный процесс в мягких тканях, окружающих имплантат
- 3) очаговый остеомиелит, развивающийся в окружающей имплантат костной ткани
- 4) образование грануляционной ткани между костью и поверхностью имплантата

41. АБАТМЕНТ ЭТО

- 1) супраструктура
- 2) переходный модуль
- 3) аналог имплантата
- 4) фиксирующий винт

42. Для изготовления зубного протеза на имплантатах практикуется снятие оттисков:

- 1) 2-х этапной техникой базисным и корригирующим слоем
- 2) гипсом с индивидуальной жесткой ложкой
- 3) индивидуальной жесткой ложкой силиконовой массой открытым или закрытым способом
- 4) альгинатной слепочной массой стандартной жесткой ложкой

43. При полной адентии два импланта с шаровидными абатменами, установленные в области 33,43 обеспечат:

- 1) Фиксацию и стабилизацию протеза;
- 2) Удобство при пользовании протезом;
- 3) Сохранность объема и высоты костной ткани;
- 4) Все вышеперечисленное верно;
- 5) нет правильных ответов.

44. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах наибольшая точность соединения достигается с помощью:

- 1) Индивидуального литья;
- 2) Лазерной сварки;
- 3) Иско-эрозионной обработки;
- 4) Все вышеперечисленное верно;
- 5) Все вышеперечисленное не верно

45. переходной складкой называют:

- 1) границу между податливой и активно податливой слизистой
- 2) границу между податливой и пассивно подвижной слизистой
- 3) границу между подвижной и неподвижной слизистой

46. К факторам, учитываемым при возмещении потери одного зуба с помощью имплантата, относятся

- 1) межзубное расстояние
- 2) объем альвеолярного отростка
- 3) толщина слизистой оболочки
- 4) ширина зоны фиксированной десны

47. Распределение жевательной нагрузки на имплантат определяется

- 1) расположением опор
- 2) жесткостью материала имплантата
- 3) устойчивостью зубов

48. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит

- 1) для распределения нагрузки
- 2) для лучшей ретенции
- 3) для стимуляции костеобразования
- 4) для упрочнения конструкции

49. При протезировании с опорой на имплантаты завышение высоты нижнего отдела лица:

- 1) допустимо во всех случаях;
- 2) недопустимо во всех случаях;
- 3) недопустимо только при полном отсутствии зубов;
- 4) допустимо при опоре на имплантаты и естественные зубы;
- 5) допустимо при использовании имплантата в качестве промежуточной опоры

50. К минимальному нагреву кости ведет:

- 1) непрерывное сверление без охлаждения;
- 2) непрерывное сверление с охлаждением;
- 3) прерывистое сверление без охлаждения;
- 4) прерывистое сверление с охлаждением;
- 5) нагрев кости не зависит от метода сверления.

3.1.2. Контрольные вопросы:

1. История становления и развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Современное состояние и перспективы развития отечественной имплантологии.
3. Нормативно-правовые аспекты имплантации.
4. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.

5. Достижения современной имплантологии.
6. Перспективы и тенденции развития имплантологии как науки.
7. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
8. Проблема выбора – имплантат или мостовидный протез, аргументы за и против.
9. Анатомические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
10. Физиологические предпосылки строения костной ткани ЧЛ области.
11. Остеоинтеграция. Механизм остеоинтеграции и факторы, влияющие на оптимизацию этого процесса.
12. Классификация атрофий челюстей и фенотипов костной ткани.
13. Виды дефектов и деформаций альвеолярной части челюстей.
14. Морфологические особенности заживления контактной зоны кость – имплантат.
15. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
16. Методики обхождения анатомических препятствий на нижней челюсти. Особенности проведения.
17. Показания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
18. Противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
19. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов.
20. Методы предоперационной подготовки пациентов к дентальной имплантации.
21. Медикаментозное сопровождение имплантации и связанных с ней реконструктивных вмешательств.
22. Профессиональная гигиена полости рта при использовании дентальных имплантатов, обоснование и особенности ее проведения.
23. Индивидуальная гигиена полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях, обоснование и особенности ее проведения.
24. Обоснование проведения профессиональной гигиены полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
25. Виды имплантатов и особенности различных имплантационных систем.
26. Показания и противопоказания к применению различных имплантационных систем.
27. Понятие хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
28. Хирургические методики дентальной имплантации.
29. Особенности проведения хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
30. Подготовка к хирургическому этапу проведения операции дентальной имплантации.
31. Хирургический инструментарий, применяемый при установке дентальных имплантатов и связанное с ней медикаментозное сопровождение.
32. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления.
33. Осложнения на этапе установки дентальных имплантатов. Лечение и профилактика.
34. Осложнения в раннем послеоперационном периоде. Лечение и профилактика.
35. Осложнения в отдаленных сроках дентальной имплантации. Профилактика и лечение.
36. Современные представления об остеопластических материалах и использование их в дентальной имплантологии.
37. Костнопластические материалы. Применение их при дентальной имплантации.
38. Применение биокомпозиционных материалов в стоматологической имплантологии.
39. Применение биокомпозиционных материалов в реконструктивной хирургии полости рта.
40. Использование мембранной техники и титановых каркасов.
41. Направленная тканевая регенерация с использованием мембранной техники. Показания, особенности применения.
42. Направленная тканевая регенерация с использованием титановых каркасов. Показания, особенности применения.
43. Понятие синуслифтинга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
44. Понятие субантральной имплантации. Показания. Противопоказания. Методика проведения.

45. Остеопластические материалы и барьерные мембраны, используемые при проведении синуслифтинга и варианты субантральной имплантации.
46. Предоперационная подготовка пациентов перед проведением синуслифтинга и субантральной имплантации.
- 47 Профилактика осложнений при проведении операции синуслифтинга и субантральной имплантации.
- 48.Основные и дополнительные методы обследования необходимые для проведения планирования лечения с помощью стоматологических имплантатов
49. Проведение выбора оптимального зубного имплантата и протеза в разных клинических ситуациях.
50. Возможные противопоказания проведения протезирования на имплантатах.
51. Одноэтапная зубная имплантация. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения. Прогноз.
52. Двухэтапная зубная имплантация. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения. Прогноз.
53. Проведение зубной имплантации сразу после удаления зуба. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения. Прогноз.
54. Аргументированный выбор между проведением одноэтапной, двухэтапной и методикой имплантации сразу после удаления.
55. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.
56. Планирование и особенности протезирования при двухэтапной методике имплантации.
57. Планирование и особенности немедленной имплантации
58. Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях.
59. Показания и противопоказания к применению реконструктивных вмешательств на челюстных костях.
60. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов. Показания. Противопоказания. Прогноз. Возможные осложнения.
61. Остеопластические материалы и мембраны применяемые при проведении пластики альвеолярного отростка.
62. Имплантация в сложных клинических случаях.
- 63.Винирная пластика и межкортикальная остеотомия. Показания и противопоказания к применению.
64. Планирование, особенности проведения операции винирной пластики. Показания и противопоказания. Осложнения и их профилактика.
65. Планирование, особенности проведения операции межкортикальной остеотомии. Показания и противопоказания. Осложнения и их профилактика.
66. Восстановительные и реконструктивные операции на альвеолярной части (отростке) челюстных костей.
67. Подготовительные операции перед применением имплантов. Показания и противопоказания.
68. Костно-пластические операции при дефектах челюстных костей.
69. Виды реконструктивных нижнечелюстных имплантов. Преимущества и недостатки.
70. Реконструктивные вмешательства при повреждениях скулоносо-глазничного комплекса.
71. Виды пластического замещения дефектов нижней челюсти. Показания, противопоказания. Преимущества и недостатки.
72. Протезирование на зубных имплантатах. Показания. Противопоказания.
73. Выбор конструкции протеза при протезировании на зубных имплантатах.
74. Способы фиксации протезных конструкций на имплантатах.
75. Понятие инфраокклюзии при протезировании на имплантатах.
76. Общие принципы протезирования на имплантатах. Особенности протезирования с использованием различных систем имплантатов.
- 77.Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения

78. Возможные осложнения дентальной имплантации.
79. Методы профилактики и лечения осложнений стоматологической имплантации.
80. Осложнения, возникающие при пластике дефектов челюстных костей. Диагностика. Лечение.

3.1.3. Тематика рефератов:

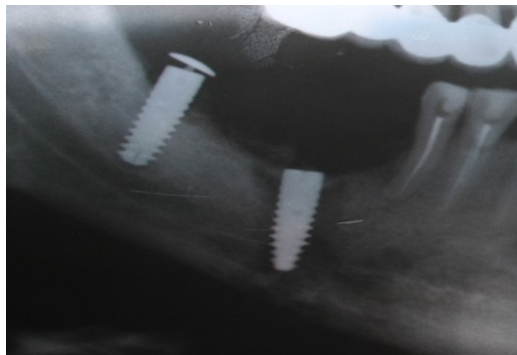
1. История становления и развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Современное состояние и перспективы развития отечественной имплантологии.
3. Нормативно-правовые аспекты имплантации.
4. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
5. Достижения современной имплантологии.
6. Перспективы и тенденции развития имплантологии как науки.
7. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
8. Проблема выбора – имплантат или мостовидный протез, аргументы за и против.
9. Анатомические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
10. Физиологические предпосылки строения костной ткани ЧЛ области.
11. Остеоинтеграция. Механизм остеоинтеграции и факторы, влияющие на оптимизацию этого процесса.
12. Классификация атрофий челюстей и фенотипов костной ткани.
13. Виды дефектов и деформаций альвеолярной части челюстей.
14. Морфологические особенности заживления контактной зоны кость – имплантат.
15. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
16. Методики обхождения анатомических препятствий на нижней челюсти. Особенности проведения.
17. Показания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
18. Противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
19. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов.
20. Методы предоперационной подготовки пациентов к дентальной имплантации.
21. Медикаментозное сопровождение имплантации и связанных с ней реконструктивных вмешательств.
22. Профессиональная гигиена полости рта при использовании дентальных имплантатов, обоснование и особенности ее проведения.
23. Индивидуальная гигиена полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях, обоснование и особенности ее проведения.
24. Обоснование проведения профессиональной гигиены полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
25. Виды имплантатов и систем.
26. Особенности различных имплантационных систем.
27. Показания к применению различных имплантационных систем.
28. Противопоказания к применению различных имплантационных систем.
29. Понятие хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
30. Хирургические методики дентальной имплантации и.
31. Особенности проведения хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
32. Подготовка к хирургическому этапу проведения операции дентальной имплантации.
33. Хирургический инструментарий, применяемый при установке дентальных имплантатов и связанное с ней медикаментозное сопровождение.
34. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления.
35. Осложнения на этапе установки дентальных имплантатов. Лечение и профилактика.
36. Осложнения в раннем послеоперационном периоде. Лечение и профилактика.
37. Осложнения в отдаленных сроках дентальной имплантации. Профилактика и лечение.

38. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.
39. Планирование и особенности протезирования при двухэтапной методике имплантации.
40. Протезирование на зубных имплантатах. Показания. Противопоказания.
41. Выбор конструкции протеза при протезировании на зубных имплантатах.
42. Способы фиксации протезных конструкций на имплантатах.
43. Понятие инфраокклюзии при протезировании на имплантатах.
44. Общие принципы протезирования на имплантатах. Особенности протезирования с использованием различных систем имплантатов.
45. Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения

3.1.4. Ситуационные задачи:

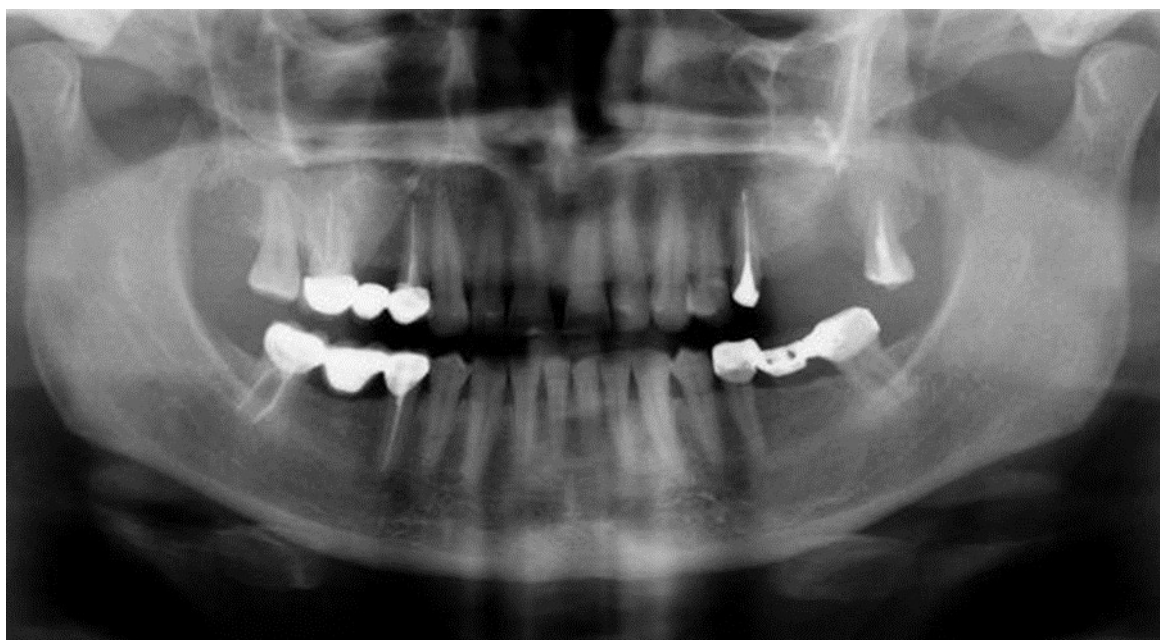
Задача №1

Через 1 месяц после проведения операции по установке имплантатов в области 46 и 48 зубов у пациента появились жалобы на боль в области установленного имплантата, отек, гиперемию и кровоточивость периимплантатной десны, не проходящее нарушение чувствительности в коже подбородочной области, нижней губе.



Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения.

Задача №2



Пациент обратился в клинику с целью восстановления жевательной эффективности в области зубов 26, 27.

Поставьте диагноз. Составьте план имплантологического лечения.

Задача №3

Пациент, 45 лет обратилась в клинику для лечения последствий спортивной травмы полугодовой давности. Пациентка получила полный вывих зуба 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациенту был изготовлен съемный частичный

пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий его по эстетике и фонетике.



При осмотре 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. На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм.

Поставьте диагноз. Составьте план имплантологического лечения.

Задача №4

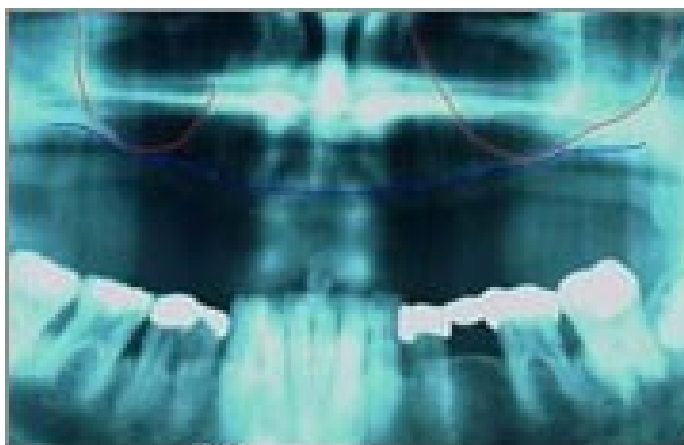
У пациентки 54 лет, при полном отсутствии зубов на н/ч, проведено протезирование с опорой на имплантаты и рекомендованы контрольные осмотры у стоматолога.



Назовите периодичность осмотров, рекомендации по уходу за полостью рта в различные сроки после имплантации.

Задача №5

Пациент 54 года, носит полный съемный протез на верхней челюсти в течение полугода. Сопутствующие заболевания – Хронический холецистит. Жалобы: не может адаптироваться - преодолеть рвотный рефлекс. Объективно: Лицо симметрично, в полости рта – слизистая розовая, тяжи в области 14,24, уздечка выраженная, прикрепляется к альвеолярному гребню, выраженный скуло-альвеолярный гребень. На ортопантограмме – дно гайморовой пазухи в области 16,17,26,27 подходит к нижней стенке альвеолярного отростка.



Составьте план лечения, план обследования. Определите показания к проведению.

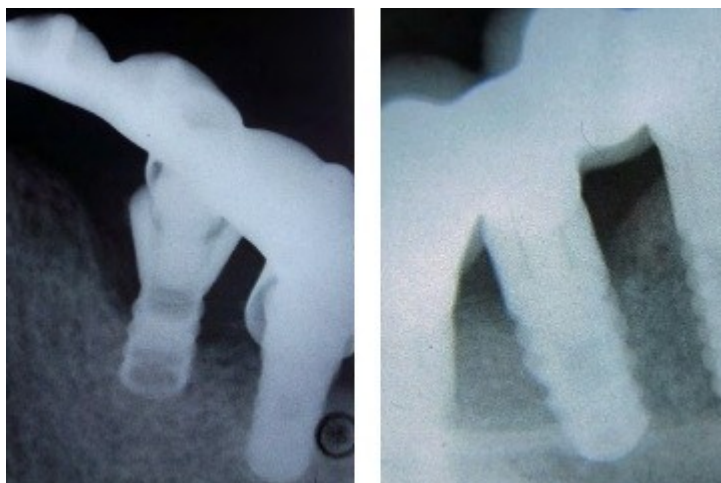
Задача №6

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

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

Задача №7

Пациенту 44 лет во фронтальном участке нижней беззубой челюсти введены винтовые имплантаты из титана. Объективно: через 3 месяца после операции имплантаты подвижные, имеют не плотные эпителиальные прилегания, на рентгенограмме структура костной ткани неоднородна, остеопороз у шейки.



Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задача №8

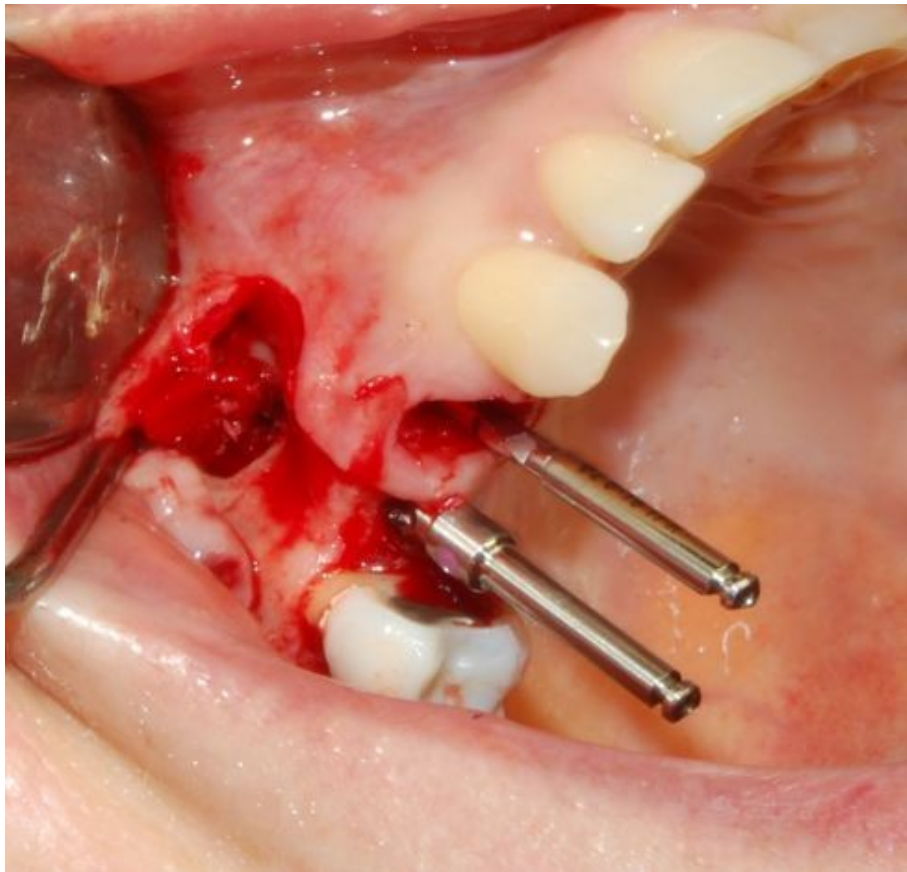
После проведения хирургического и ортопедического этапов имплантации у пациента появились жалобы на образование припухлостей, кровотечение, болезненные ощущения в области установленного имплантата.



Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задача №9

На следующий день, после проведения оперативного вмешательства, у пациента наблюдается повышение температуры тела до 38.1 °С, слабость, отек в подглазничной области справа. АД 130/80.



Назовите вид оперативного вмешательства. Составьте план мероприятий по оказанию помощи в послеоперационный период.

Задача №10

67-летний мужчина консультировался по поводу полной реабилитации (протезирования зубов) верхней и нижней челюстей. У пациента полностью беззубая верхняя челюсть без какого-либо протеза и частично беззубая нижняя челюсть с тремя оставшимися зубами (33, 34, 43). В верхней челюсти осмотр выявил кератинизированную невоспалённую десну над всей беззубой дугой при отсутствии остатков корней и инфекционных очагов.



Рис.1



Рис.2

Поставьте диагноз. Составьте план имплантологического лечения.

Задача №11

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 – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

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

Задача №12

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

Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции.

При обследовании пациентки выявлено:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета.

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

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

Вопросы и задания.

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

Задача №13

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

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни.

При обследовании отмечено:

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

Вопросы и задания:

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

Задача №14.

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 – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания: Поставьте диагноз. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Задача № 15.

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 съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

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

Задача № 16.

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезиодистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом. Вопросы и задания: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите дополнительные методы обследования. 3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате? 4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Задача № 17

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

Зубная формула.

0 П П 0 0 К П П

0 0 К П Рт П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0

Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

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

Вопросы и задания:

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

Ответы:

1.Полное отсутствие зубов нижней челюсти. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в области 2.1., 2.2. Хронический периодонтит в области 25.

2.С - тип атрофии

3.Удаление зуба 2.5, операция расщепление гребня альвеолярного отростка в области зубов 1.4 и 1.5 или костная пластика аутокостью.

4.Съёмный протез на нижнюю челюсть на атачменах с опорой на дентальные имплантаты, установленные в передний отдел нижней челюсти. Или установка 8 винтовых имплантатов на нижнюю челюсть после проведения костной пластики аутокостью, с последующим изготовлением мостовидного протеза на нижнюю челюсть. На верхней челюсти установка винтовых 5 имплантатов в области 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 2.5 с изготовлением мостовидного протеза

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

Задача № 18

На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа. В анамнезе: детские болезни. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось.

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

0 0 0 П П П

П П П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

П П

П П П

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

Вопросы и задания:

- 1.Поставьте диагноз;
- 2.Составьте план лечения;
- 3.Какие дополнительные методы исследования необходимо провести;

Ответы:

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

Задача № 19

Пациент 50 лет обратился в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба слева, на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось полгода назад в другом городе. Пациенту в области отсутствующего зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала. Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая оболочка полости рта без патологии.

Зубная формула:

0 К К П П П	К К П П П 0
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
0 П К И И К	И П П

Прикус прямой. В области зуба 3.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 3.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы и задания:

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

Ответы:

- 1.Периимплантит в области зуба 3.6.
- 2.Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование (внутриротовую или ортопантографию) для уточнения состояния костной ткани в области имплантата и возможного разрушения имплантата.

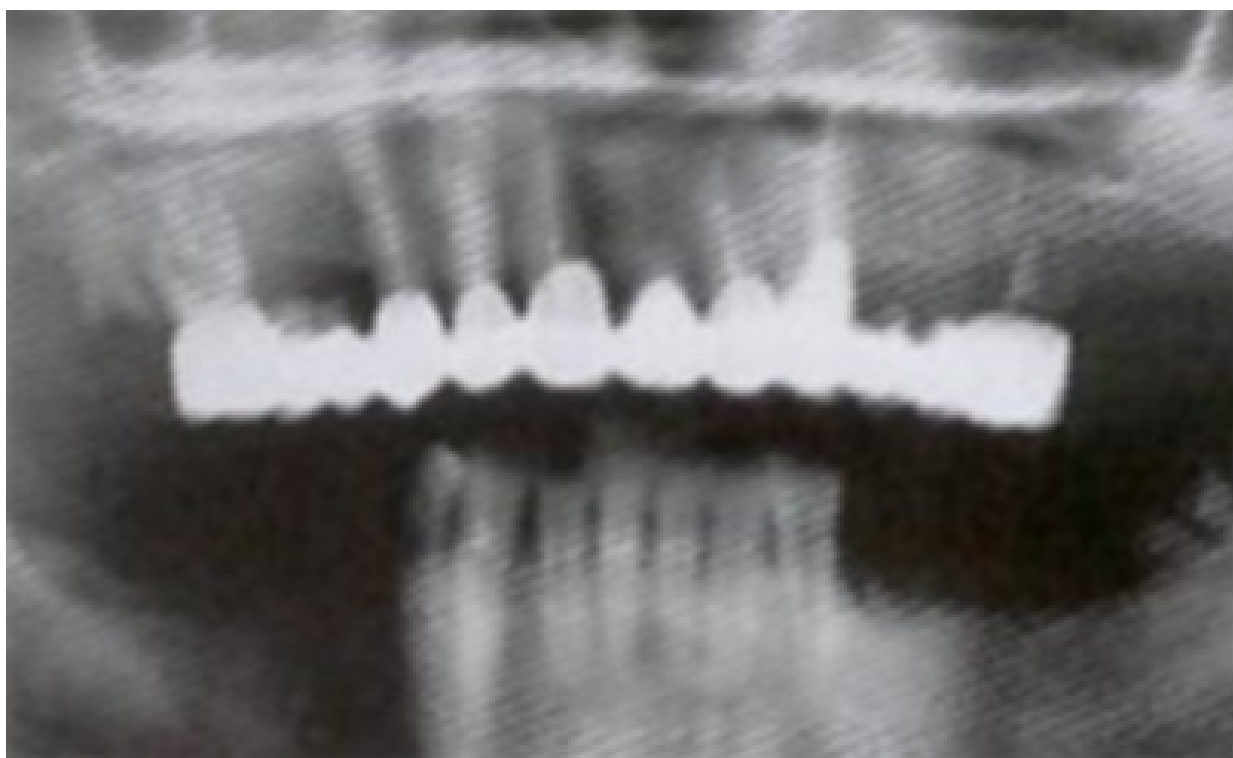
3.Причиной развития данного осложнения может являться несоблюдение принципов atraumatic preparation костного ложа; неадекватное закрытие операционной раны: рубцы и мелкое преддверие полости рта, травмирующие и вызывающие ишемию краев послеоперационной раны; неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.

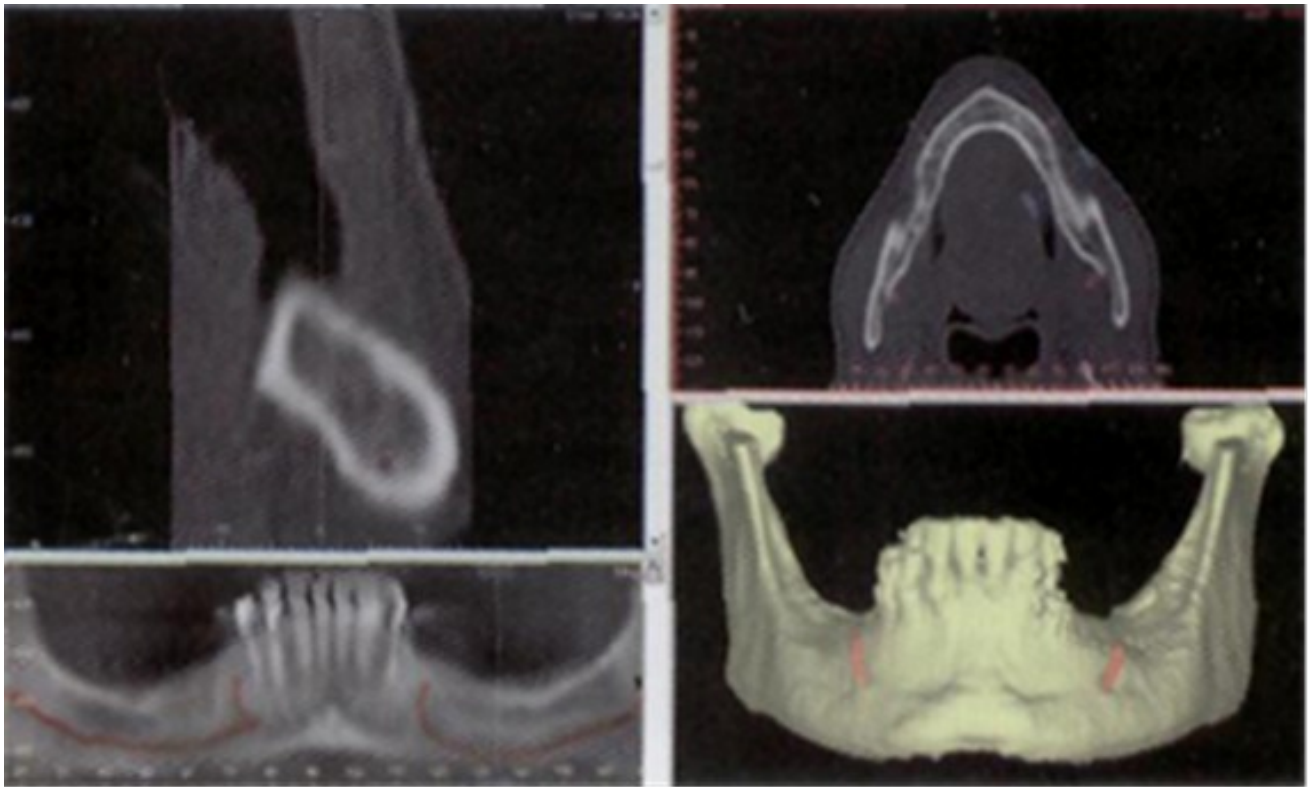
4. Для лечения пациента необходимо удалить имплантат. Дальнейшее протезирование возможно через 6 месяцев.

Задача № 20

Составить по данному фото:

1. Вопросы для сбора анамнеза (4 вопроса).
2. Вопросы для уточнения жалоб пациента (3 вопроса).
3. Предлагаемые основные методы обследования (3 вида).
4. Предположительный диагноз.
5. Методы лечения





Задача №21

Пациентка 25 лет обратилась в клинику по поводу разрушенных зубов на верхней челюсти. Ранее пациентка не протезировалась. Объективно: Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта в полном объеме, безболезненное.

Зубная формула:

0 П П П П Pt Pt	П П П П 0
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
0 П П	П П П

Прикус ортогнатический. Зубы 1.1 и 1.2 коронки разрушены на 2/3, ткани размягчены, перкуссия зубов и пальпация альвеолярного отростка безболезненные, слизистая десны без изменений.

На внутриротовой контактной рентгенограмме: в апикальной части корня 1.1 имеется дефект костной ткани округлой формы размером 15×15 мм.

Вопросы и задания:

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

Задача №22

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

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а также из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти.

Отсутствуют: 1.8-1.1,2.1 - 2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции вершук корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.

Вопросы и задания:

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

Ответы:

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. Съёмный 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.

Задача № 23

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

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

Вопросы и задания.

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

Задача №24

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

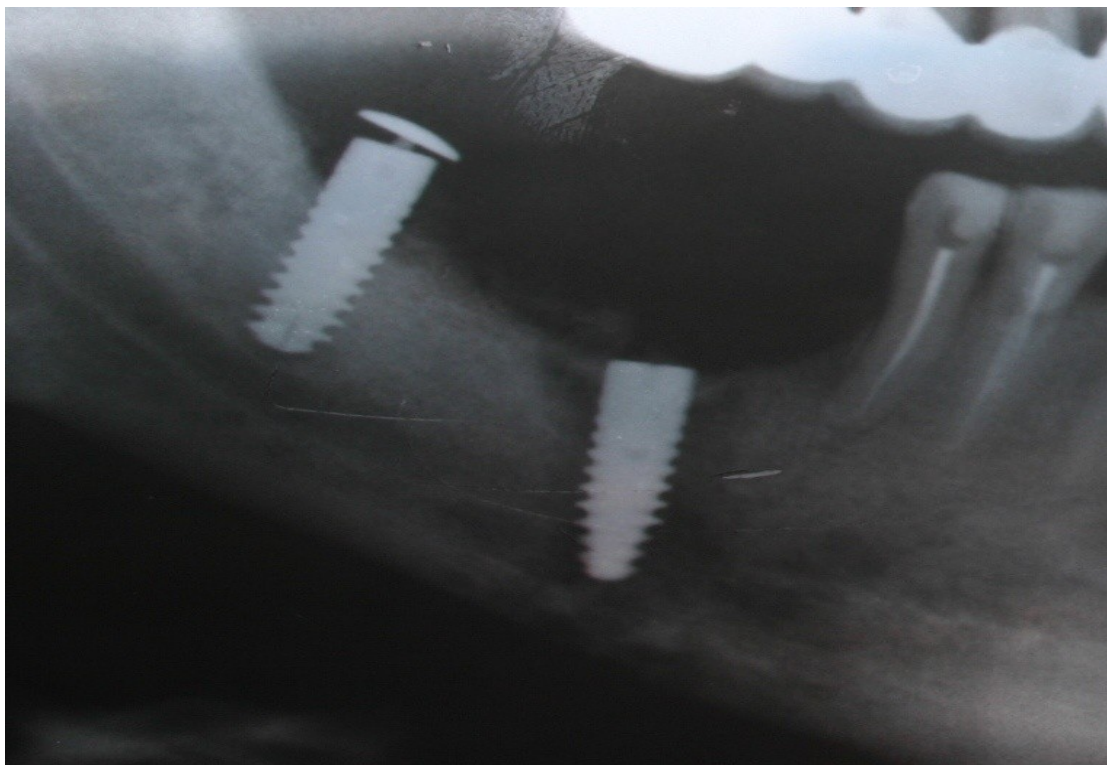
Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни, мочекаменной болезни. При обследовании отмечено: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта в норме. Кожные покровы в цвете не изменены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка полости рта без патологии. Прикус прямой. Отсутствуют все третьи моляры и зуб 4.6, в области которого имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна относительно имплантата как в вестибуло-оральном направлении, так и в мезио-дистальном. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.

3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с супраструктурой на имплантате?
4. Какие действия необходимо предпринять для реабилитации пациента?

Задача №25



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту;
3. Составьте план лечения;
4. Составьте план протезирования пациента

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Перечень контрольных вопросов

1. История становления и развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Современное состояние и перспективы развития отечественной имплантологии.
3. Нормативно-правовые аспекты имплантации.
4. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
5. Достижения современной имплантологии.
6. Перспективы и тенденции развития имплантологии как науки.
7. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
8. Проблема выбора – имплантат или мостовидный протез, аргументы за и против.
9. Анатомические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
10. Физиологические предпосылки строения костной ткани ЧЛ области.
11. Остеоинтеграция. Механизм остеоинтеграции и факторы, влияющие на оптимизацию этого процесса.
12. Классификация атрофий челюстей и фенотипов костной ткани.
13. Виды дефектов и деформаций альвеолярной части челюстей.

14. Морфологические особенности заживления контактной зоны кость – имплантат.
15. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия.
16. Методики обхождения анатомических препятствий на нижней челюсти. Особенности проведения.
17. Показания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
18. Противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
19. Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов.
20. Методы предоперационной подготовки пациентов к дентальной имплантации.
21. Медикаментозное сопровождение имплантации и связанных с ней реконструктивных вмешательств.
22. Профессиональная гигиена полости рта при использовании дентальных имплантатов, обоснование и особенности ее проведения.
23. Индивидуальная гигиена полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях, обоснование и особенности ее проведения.
24. Обоснование проведения профессиональной гигиены полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.
25. Виды имплантатов и особенности различных имплантационных систем.
26. Показания и противопоказания к применению различных имплантационных систем.
27. Понятие хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
28. Хирургические методики дентальной имплантации.
29. Особенности проведения хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
30. Подготовка к хирургическому этапу проведения операции дентальной имплантации.
31. Хирургический инструментарий, применяемый при установке дентальных имплантатов и связанное с ней медикаментозное сопровождение.
32. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления.
33. Осложнения на этапе установки дентальных имплантатов. Лечение и профилактика.
34. Осложнения в раннем послеоперационном периоде. Лечение и профилактика.
35. Осложнения в отдаленных сроках дентальной имплантации. Профилактика и лечение.
36. Современные представления об остеопластических материалах и использование их в дентальной имплантологии.
37. Костнопластические материалы. Применение их при дентальной имплантации.
38. Применение биокомпозиционных материалов в стоматологической имплантологии.
39. Применение биокомпозиционных материалов в реконструктивной хирургии полости рта.
40. Использование мембранной техники и титановых каркасов.
41. Направленная тканевая регенерация с использованием мембранной техники. Показания, особенности применения.
42. Направленная тканевая регенерация с использованием титановых каркасов. Показания, особенности применения.
43. Понятие синуслифтинга. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
44. Понятие субантральной имплантации. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
45. Остеопластические материалы и барьерные мембраны, используемые при проведении синуслифтинга и варианты субантральной имплантации.
46. Предоперационная подготовка пациентов перед проведением синуслифтинга и субантральной имплантации.
47. Профилактика осложнений при проведении операции синуслифтинга и субантральной имплантации.
48. Основные и дополнительные методы обследования необходимые для проведения планирования лечения с помощью стоматологических имплантатов
49. Проведение выбора оптимального зубного имплантата и протеза в разных клинических ситуациях.

50. Возможные противопоказания проведения протезирования на имплантатах.
51. Одноэтапная зубная имплантация. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения. Прогноз.
52. Двухэтапная зубная имплантация. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения. Прогноз.
53. Проведение зубной имплантации сразу после удаления зуба. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения. Прогноз.
54. Аргументированный выбор между проведением одноэтапной, двухэтапной и методикой имплантации сразу после удаления.
55. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.
56. Планирование и особенности протезирования при двухэтапной методике имплантации.
57. Планирование и особенности немедленной имплантации
58. Виды реконструктивных вмешательств на челюстных костях.
59. Показания и противопоказания к применению реконструктивных вмешательств на челюстных костях.
60. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов. Показания. Противопоказания. Прогноз. Возможные осложнения.
61. Остеопластические материалы и мембраны применяемые при проведении пластики альвеолярного отростка.
62. Имплантация в сложных клинических случаях.
63. Винирная пластика и межкортикальная остеотомия. Показания и противопоказания к применению.
64. Планирование, особенности проведения операции винирной пластики. Показания и противопоказания. Осложнения и их профилактика.
65. Планирование, особенности проведения операции межкортикальной остеотомии. Показания и противопоказания. Осложнения и их профилактика.
66. Восстановительные и реконструктивные операции на альвеолярной части (отростке) челюстных костей.
67. Подготовительные операции перед применением имплантов. Показания и противопоказания.
68. Костно-пластические операции при дефектах челюстных костей.
69. Виды реконструктивных нижнечелюстных имплантов. Преимущества и недостатки.
70. Реконструктивные вмешательства при повреждениях скулоносо-глазничного комплекса.
71. Виды пластического замещения дефектов нижней челюсти. Показания, противопоказания. Преимущества и недостатки.
72. Протезирование на зубных имплантатах. Показания. Противопоказания.
73. Выбор конструкции протеза при протезировании на зубных имплантатах.
74. Способы фиксации протезных конструкций на имплантатах.
75. Понятие инфраокклюзии при протезировании на имплантатах.
76. Общие принципы протезирования на имплантатах. Особенности протезирования с использованием различных систем имплантатов.
77. Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения
78. Возможные осложнения дентальной имплантации.
79. Методы профилактики и лечения осложнений стоматологической имплантации.
80. Осложнения, возникающие при пластике дефектов челюстных костей. Диагностика. Лечение.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой дисциплины формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», «зачтено», «не зачтено»). При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55% и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.