федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НА ИМПЛАНТАХ» по специальности 31.05.03 «СТОМАТОЛГИЯ»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 «Стоматология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол №9 от «30» апреля 2021г.

Оренбург

**1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержиттиповыеконтрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач.

ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний.

ПК-2 Способен установить показания к выполнению и интерпретировать результаты современных методов исследования: рентгенологических (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы на пленочных и цифровых носителях) лабораторных, инструментальных, цитологического и биопсийного материала с целью установления окончательного диагноза стоматологического заболевания.

ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых.

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Организация стоматологической помощи**

1. Законодательное и нормативное правовое обеспечение дентальной имплантации
2. Штатные нормативы. Должностные инструкции персонала.
3. Медицинская документация и порядок ее оформления при дентальной имплантации.
4. Материально-техническое обеспечение стоматологических медицинских организаций при оказании стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.
5. Санитарно-гигиенические требования к организации стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.
6. Экспертиза качества оказания стоматологической помощи, связанной с дентальной имплантацией.
7. Диспансеризация после лечения с использованием имплантатов.

**Модуль 2**. **Современные аспекты дентальной имплантации**

1. Характеристика видов совместимости.
2. Влияние материалов на окружающую ткань.
3. Механические свойства титана.
4. Лучевые методы диагностики (ортопантомограмма, конусно-лучевая компьютерная томограмма).
5. Специальные ортопедические методы исследования и планирования при имплантации зубов.
6. Элементы имплантатов (тело имплантата, опорная головка имплантата, запорные устройства).
7. Системы внутрикостных имплантатов в форме корня зуба.
8. Имплантаты «Конмет».
9. Имплантаты «ЛИКо».
10. Системы внутрикостных плоских имплантатов.
11. Упруго-напряженные состояния костных структур черепа человека.
12. Биомеханика твердых тканей.
13. Биомеханика костных тканей и зубных имплантатов.
14. Обоснование выбора конструкции зубного протеза.
15. Планирование нагрузки на имплантаты.
16. Планирование одноэтапной зубной имплантации с немедленной нагрузкой.
17. Ошибки при планировании имплантации зубов.
18. Выбор конструкции зубного протеза с опорой на имплантаты.
19. Протокол ортопедического обследования больного и изготовления протеза с опорой на имплантаты.
20. Протезирование при одиночном дефекте в переднем отделе зубного ряда. Клинические лабораторные этапы установления одиночного имплантата и изготовление коронки.
21. Протезирование при небольших включенных дефектах в боковых отделах зубного ряда. Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.
22. Протезирование при отсутствии большого количества зубов. Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.
23. Клинические и лабораторные этапы установления имплантатов.
24. Протезирование с применением мини-имплантатов.
25. Применение имплантатов при аномальном соотношении зубных рядов и челюстей.
26. Протезирование при глубоком резцовом перекрытии, при прогеническом соотношении челюстей.
27. Осложнения, возникающие на ортопедическом этапе.
28. Осложнения, возникающие в процессе диспансерного наблюдения за пациентами.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Организация стоматологической помощи**

**Практическое занятие №1**

Тема: Организация стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Законодательное и нормативное правовое обеспечение дентальной имплантации.
2. Штатные нормативы. Должностные инструкции персонала.
3. Медицинская документация и порядок ее оформления при дентальной имплантации.
4. Материально-техническое обеспечение стоматологических медицинских организаций при оказании стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.
5. Санитарно-гигиенические требования к организации стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.
6. Экспертиза качества оказания стоматологической помощи, связанной с дентальной имплантацией.
7. Диспансеризация после лечения с использованием имплантатов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1**. 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](http://zodorov.ru/nauchnoe-obosnovanie-sovershenstvovaniya-organizacii-planirova.html). Пациенту в [области отсутствующего](http://zodorov.ru/koncepciya-informacionnaya-politika-pravitelestva-orenburgskoj.html) 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 ПП | К К П ППП 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.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные [методы обследования](http://zodorov.ru/tema-4-akusherskie-issledovaniya-metodi-obsledovaniya-beremenn.html).
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?
4. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

**Задача 2.** Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 1.2, 1.1, 2.1. 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 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. Прикусортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие1.2, 1.1, 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсут-ствующихзубов 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?

**Задача 3.** Пациентка Н., 47 лет. Жалобы на: неудовлетворительную эстетику и затруднѐнноепережѐвывание пищи, кровоточивость дѐсен при чистке зубов, нарушение фонетики.

Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

Клинический осмотр полости рта:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 |  | 0 | 0 | 0 | С/п | Rx | C | C | C/п | C/п | Rx | 0 | 0 |  | 0 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 0 | Rx | C |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Rx | П | 0 |

Прикус: соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Слизистая оболочка бледно-розового цвета умеренно увлажнена, за исключением маргинальной десны в области фронтальной группы зубов на нижней челюсти, где отмечается незначительная гиперемия и отѐк.



Объективно: полное разрушение коронковой части зуба 1.2, 2.4, 3.6, 4.7. Корень зуба 2.4 размягчѐн, разрушен более 5мм под десну. Корни зубов 3.6, 4.7 имеют разрушения по бифуркации. Зуб 3.7 перелом медиального корня. Кариес на зубах 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии зубов 2.2, 3.3, 4.3. Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени зубов 1.7, 1 и зубов 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 - I степени, а также зуба 3.7 горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твѐрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отѐчна и гиперемированна, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области зуба 3.7 до 8 мм. Отмечается подвижность зуба 3.7 - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах.



Анализ ортопантомограммы: на ортопантомограмме атрофия костной ткани в области всех присутствующих зубов от 000/4 до 000/3 длинны корня зуба и до 2/3 в области зуба 3.7. Зубы 1.2, 1.1, 2.4, 3.6, 3.7 – депульпированы, каналы запломбированы до

верхушки, за исключением зуба 3.7. В области зубов 1.2, 3.6, 3.7, 4.6 наблюдаются очаги периапикального разряжения костной ткани. Зуб 3.7 перелом медиального корня. Зубы 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, ретенированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения на подготовительном этапе (без имплантации).
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Укажите поверхности зондирования зубодесневых карманов у однокорневых и многокорневых зубов.
5. Перечислите стадии схватывания (затвердевания) пластмассы.

**Тестовый контроль:**

1. Для оценки эффективности проведения диспансеризации используются следующие показатели:

1) показатель частоты обострений

2) систематичность наблюдения

3) показатели объема проведения лечебно-профилактических мероприятий

4) число случаев и дней временной нетрудоспособности

5) среднее число дней госпитализации

2. Послеоперационная летальность - это:

1) отношение числа умерших после операции к числу госпитализированных больных

2) отношение числа умерших больных к числу выписанных больных

3) отношение числа умерших после операции ко всем оперированным больным

4) отношение числа умерших после операции к численности населения

5) отношение числа умерших в больнице к числу госпитализированных больных

3. Показателями объема работы поликлиники являются:

1) число посещений в одну смену

2) число посещений за год

3) число посещений за день

4) летальность по отделениям

5) причины расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов

4.Поликлиника – это:

1) высокоразвитое специализированное лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику заболеваний, своевременное выявление и лечение приходящих больных и больных на дому

2) лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее комплекс профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и их осложнений

3) лечебное учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь

4) лечебно-профилактическое учреждение

5.Что составляет предмет врачебной тайны:

1) сведения о факте обращения пациента за медицинской помощью

2) информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания

3) сведения о семейном положении и заработной плате пациента

4) сведения о заработной плате

5) информация о методах и способах лечения заболеваний

6.Назовите учреждения внебольничной медицинской помощи:

1) семейная врачебная амбулатория, поликлиника, женская консультация, консультативно-диагностический центр, стоматологическая поликлиника, центр амбулаторной хирургии

2) областная больница, семейная врачебная амбулатория, поликлиника, женская консультация, консультативно-диагностический центр, стоматологическая поликлиника

3) станция скорой медицинской помощи, консультативная поликлиника, больница восстановительного лечения, диспансер, госпиталь

4) санаторно-курортные учреждения, аптека, родильный дом, женская консультация, диспансер, областная больница, семейная врачебная амбулатория

5) семейная врачебная амбулатория, поликлиника, женская консультация, консультативно-диагностический центр, перинатальный центр, инфекционная больница

7. Какое медицинское учреждение является основным в оказании амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению?

1) амбулатория

2) поликлиника

3) поликлиника диспансера

4) фельдшерско-акушерский пункт

5) консультативно-диагностический центр

8. Генеральная уборка помещений в хирургических кабинетах проводится:

ежедневно

1) один раз в неделю

2) два раза в неделю

3) один раз в месяц

9. Медицинская карта стоматологического больного включает:

1) паспортную часть

2) жалобы больного

3) анамнез заболевания

4) данные объективного исследования

5) данные флюорографии

10. Медицинская карта стоматологического больного включает:

1) паспортную часть

2) жалобы больного

3) данные рентгенологических исследований

4) данные лабораторных исследований

**Проверка практических навыков:**

1. Оформление медицинской документации при дентальной имплантации.

**Модуль 2**. **Современные аспекты дентальной имплантации**

**Практическое занятие №2**

Тема: Материалы, используемые при имплантации зубов. Применение методов лучевой диагностики при планировании протезирования зубов на имплантатах.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Характеристика видов совместимости.
2. Влияние материалов на окружающую ткань.
3. Механические свойства титана.
4. Лучевые методы диагностики (ортопантомограмма, конусно-лучевая компьютерная томограмма).
5. Специальные ортопедические методы исследования и планирования при имплантации зубов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** В клинику обратилась пациентка Л. 55 лет. Жалобы: на неудовлетворительную эстетику передних зубов, отлом коронки переднего верхнего зубы слева.

Анамнез заболевания: зубы удалялись вследствие кариеса и его осложнений. Первое протезирование проводилось 12 лет назад, последнее посещение стоматолога было около 2 лет назад.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы чистые. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

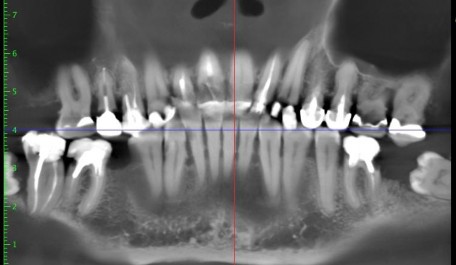
**Зубная формула**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | О | П | П | П | П | П | К | К | П\К | R | К | К | П | П | О |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  | П | П\С | О | П | П |  |  |  |  | П | П | П | П\С | О |  |





Осмотр полости рта: прикус по ортогнатическому типу. В полости рта имеются объединѐнные металлокерамические коронки 1.1 - 2.1 и 2.4 - 2.5, которые находятся в неудовлетворительном состоянии (нарушена эстетика и краевое прилегание коронок). Скученность фронтальной группы зубов н\ч. Горизонтальное положение зубов 3.8 и 4.8. Патологическое стирание зубов нижней челюсти в фронтальном отделе, компенсированной формы. Гиперемия и отек десны в области всех зубов.



1. Поставьте диагноз
2. Укажите манипуляции, которые целесообразно провести у пациентки на подготовительном этапе (за исключением имплантации).
3. Составьте план ортопедического лечения с учетом изготовления металлокерамических коронок и бюгельного протеза.
4. В чем будет заключаться реабилитационно-профилактический этап у данной пациентки?

**Задача 2.** В клинику обратилась пациентка А. 45 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворительную эстетику.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Ранее протезирование не проводилось, последнее посещение стоматолога около 2 лет назад.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

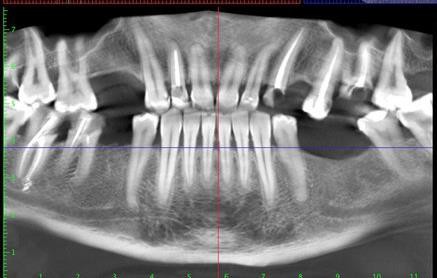
**Зубная формула**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | С | С | 0 | 0 | Кл | П/С |  | П/С |  | R | 0 |  | R | С | О |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  | П | П | 0 | Кл |  |  |  |  |  |  | Кл | 0 | О |  |  |





Осмотр полости рта: Прикус ортогнатический. Зубы 1.8; 1.5; 1.4; 2.4; 2.8; 3.6; 3.5; 4.5 отсутствуют. На зубах 1.7; 1.6; 1.2; 2.1; 2.7 кариес, нарушение краевого прилегания ранее поставленных пломб. Клиновидные дефекты зубов 1.3; 3.4; 4.4.



1. Поставьте диагноз.
2. Укажите манипуляции, которые целесообразно провести у пациентки в подготовительном этапе.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. В чем будет заключаться реабилитационно-профилактический этап у данной пациентки?
5. Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки.

**Задача 3.** В клинику обратилась пациентка В., 58 лет. Жалобы: на косметический дефект, затруднѐнноепережѐвывание пищи, дефект штампованных коронок на нижней челюсти, кровоточивость дѐсен и запах изо рта.

Анамнез заболевания: 15 лет назад пациентка протезировалась в городской поликлинике. Были изготовлены штампованно-паяные мостовидные протезы с пластмассовой облицовкой на вестибулярной поверхности с нитрид-титановым напылением на верхнюю челюсть; штампованно-паяные мостовидные протезы с нитрид- титановым напылением на нижнюю челюсть, один из которых имеет дистальную консоль.

Объективно при осмотре:

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 0 | к | к | к | к | к | к | к | к | ф | ф | к | 0 | 0 | 0 |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| к | ф | ф | ф | ф | к | с | с/п | с | с | к | к | ф | 0 | 0 | 0 |

Мягкие зубные отложения на зубах нижней челюсти. Неудовлетворительная гигиена полости рта.

Прикус: ортогнатический.

Слизистая оболочка полости рта: гиперемирована, отѐчна в области всех зубов нижней и в области коронок верхней челюсти.

Кариозные поражения зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2. Оголение корней зубов 3.2, 3.1,4.1, 4.8. Подвижность зуба 4.1 II степени. Повышенное стирание зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 на 000/3 высоты коронковой части. Веерообразное расхождение зубов 3.2, 3.1, 4.1, 4.2 с вестибулярным наклоном. Тремы между зубами 3.2, 3.1, 4.1, 4.2. Дефект штампованных коронок на зубах 3.4, 3.3, 4.3. (окклюзионные поверхности коронок стерты), снижением нижнего отдела лица. Изменение в цвете пластмассовой облицовки на мостовидном протезе верхней челюсти. Категорически отказывается от применения имплантатов в полости рта.





1. Перечислите степени атрофии костной ткани при пародонтите и дайте их краткую характеристику.
2. Перечислите формы повышенного стирания зубов.
3. Поставьте диагноз.
4. Предложите комплексный вариант лечения с использованием металлокерамических коронок, мостовидных протезов и бюгельных протезов.
5. Укажите сроки профилактического осмотра пациентов.

**Тестовый контроль:**

1. При проведении имплантации следует учитывать:

1) состояние зубочелюстной системы

2) величину дефекта зубного ряда

3) степень атрофии

4) общие заболевания

5) все вышеперечисленные факторы

2. В каких из перечисленных ситуаций прогноз имплантации наиболее благоприятный:

1) антагонисты - интактный зубной ряд

2) антагонисты - несъемный металлокерамический протез по дуге

3) антагонисты - полный съемный протез

4) антагонисты - бюгельный протез

5) антагонисты - частичный пластиночный протез

3. К потере имплантата могут привести:

1) плохая гигиена полости рта

2) нерациональное питание

3) неудовлетворительная жевательная нагрузка

4) нарушение обмена веществ

5) все вышеперечисленное факторы

4. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима

1) при расположении имплантатов на разных челюстях

2) при наличии больших дефектов зубных рядов

3) при использовании для имплантатов однородных металлов

4) во всех перечисленных случаях

5) недопустима

5. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение

1) единственный метод позволяющий получить положительный результат

2) имплантация является методом выбора

3) имплантация применяется только в исключительных случаях

4) имплантация применяется по желанию больного

5) имплантация применяется с большой осторожностью так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения

6. Стоматологической имплантацией могут заниматься

1) все врачи стоматологи

2) только врачи-стоматологи ортопеды

3) врачи-стоматологи хирурги высшей категории

4) врачи стоматологи высокой квалификации имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию

5) врачи любой специальности

7. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации

1) только альвеолярный отросток

2) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти

3) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат бeз риска повреждения определенных анатомических структур

4) базальные отделы челюстей в пределах расположена зубных рядов

5) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

8. Какую роль играет нормализация окклюзии при имплантации

1) один из основных параметров влияющих на успех лечения

2) не оказывает влияния на результат имплантации

3) может оказывать влияние на результат у некоторых больных

4) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений

5) оказывает в таяние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией

9. Анатомические структуры, которые следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации нижней челюсти

1) верхнечелюстной синус

2) резцовые отверстия

3) скуловой отросток

4) лобный отросток

5) подбородочные отверстия

10. Как правильно проводить пальпацию:

1) от "здорового" к "больному" участку тела

2) от "больному" к "здоровому" участку тела

3) только в области "больного" участка тела

4) только в области "здорового" участка тела

5) от периферии к центру

**Проверка практических навыков:**

1. Знать характеристику видов совместимости.
2. Знать механические свойства титана.
3. Знать лучевые методы диагностики
4. Уметь проводить ортопедические методы исследования и планирования при имплантации зубов.

**Практическое занятие №3**

Тема: Конструктивные особенности современных зубных внутрикостных имплантатов.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Элементы имплантатов (тело имплантата, опорная головка имплантата, запорные устройства).
2. Системы внутрикостных имплантатов в форме корня зуба.
3. Имплантаты «Конмет».
4. Имплантаты «ЛИКо».
5. Системы внутрикостных плоских имплантатов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** 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, мочекаменнойболезни. При обследовании 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, последняяподвижна 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. 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 2.** Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и [проведения лечения при помощи дентальных](http://zodorov.ru/obshie-voprosi-profilaktiki-lecheniya-reabilitacii-i-organizac.html) 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в [данной клинической ситуации и](http://zodorov.ru/situacii-kriminogennogo-haraktera.html) объясните почему?

**Задача 3.** 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](http://zodorov.ru/kabinet-fizioterapii.html) 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. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли [проведение дополнительных методов](http://zodorov.ru/ostraya-kishechnaya-neprohodimoste.html) обследования?

**Тестовый контроль:**

1. К осложнениям имплантации относятся:

1) перфорация дна верхнечелюстного синуса

2) обнажение имплантата

3) образование свищей

4) расхождение швов

5) все вышеперечисленное

2. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является:

1) вертикальная нагрузка

2) вдоль оси имплантата

3) боковая нагрузка в области шейки

4) боковая нагрузка в области вершины головки

5) нагрузка под острым углом к имплантату

3. Наиболее широко используются в клинике:

1) внутрикостные винтовые имплантаты

2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты

3) внутрислизистые имплантаты

4) субпериостальныеимпплантаты

5) эндодонто-эндоссальные имплантаты

4. Возможно ли использовать акриловые зубы при остеоинтегрированных имплантатах для защиты от перегрузки:

1) недостаточно

2) в зависимости от ширины зубной дуги

3) возможно

4) неизвестно

5) данные исследования противоречивы

5. Решение о провеении имплантации принимают на основании:

1) клинических исследований

2) рентгенологических исследований

3) лабораторных исследований

4) функциональных исследований

5) всех вышеперечисленных исследований

6. Минимально рекомендумое соотношение внутрикостной и снутриротовой частей эндоссального имплантата:

1) 1: 2

2) 1: 1

3) 1: 3

4) 2: 1

5) 3: 1

7. Двухэтапная имплантция внутрикостных имплантатов проводится:

1) в целях достижения остеоинтеграции

2) для снижения послеоперационной травмы

3) для предупреждения фиброзной интеграции

4) при плохих способностях к регенерации костной ткани

5) в целях улучшения функционального эффекта

8. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать такие осложнения как

1) кровотечение

2) подвижность имплантата

3) флегмона

4) рассасывание костной ткани вокруг имплантата

5) все вышеперечисленное

9. Допустимо ли допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта:

1) допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама

2) категорически не допустимо

3) допустимо в исключительных случаях

4) допустимо на верхней челюсти

5) допустимо при обильном охлаждении и с применением коферда­ма только на нижней челюсти

10. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит:

1) для распределения нагрузки

2) для лучшей ретенции

3) для стимуляции костеобразования

**Практическое занятие №4**

Тема: Биомеханика пародонта костей лицевого черепа и их упруго-напряженные состояния при протезировании с использованием внутрикостных имплантатов.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Упруго-напряженные состояния костных структур черепа человека.
2. Биомеханика твердых тканей.
3. Биомеханика костных тканей и зубных имплантатов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.**Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу-хирургу [с жалобами на отсутствие зубов на](http://zodorov.ru/zadacha-bolenaya-l-let-postupila-v-ginekologicheskoe-otdelenie.html) 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 Pt 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 ортопантомограмме – дефицита костной ткани в области зубов 1.5, 1.4 не выявлено, в области зубов 2.1, 2.2 имеется дефект альвеолярного отростка в виде ножевидного гребня. В области зуба 2.5 периодонтальная щель равномерно расширена.

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

**Задача 2.** На приём к хирургу-стоматологу обратилась женщина 35 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов справа.

В анамнезе: детские болезни. Зубы на верхней челюсти удалила 2 года назад по поводу обострения хронического гайморита справа. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование 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 ПП | П ППП 0 |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| П П | П ПП |

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

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

**Задача 3**. Больная И. 39 лет обратилась в ортопедическое отделение с целью протезирования. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти слева и верхней челюсти справа. Анамнез: выяснено, что причиной потери зубов явился осложненный кариес. Зубы удалены в различные периоды жизни. Ранее не протезировалась. Объективно: Прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На жевательных поверхностях 44 и 36 пломбы остальные зубы интактные.

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

**Тестовый контроль:**

1. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) углового зонда

2) пинцета

3) экскаватора

4) шпателя

2. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1) по всем поверхностям

2) в пришеечной области

3) в области контактных поверхностей

4) в фиссурах

5) области бугров

3. Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

4. Как правильно проводить пальпацию:

1) от "здорового" к "больному" участку тела

2) от "больному" к "здоровому" участку тела

3) только в области "больного" участка тела

4) только в области "здорового" участка тела

5) от периферии к центру

5. Бимануальная пальпация применяется:

1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области

2) в челюстно-лицевой области не применяется

3) при патологии тканей дна полости рта

4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

5) только при локализации процесса в щечной области

6. При перкуссии зубов определяется:

1) болевая реакция

2) некроз пульпы

3) перелом коронки зуба

4) перелом, корня зуба

5) подвижность зубов

7. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области:

1) при наличии свищей

2) при переломах челюстей

3) при заболеваниях слюнных желез

4) при флегмонах челюстно-лицевой области

5) при периоститах

8. Осмотр зубов - это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности ор­ганов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

9. Пальпация – это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

**Проверка практических навыков:**

1. Знать упруго-напряженные состояния костных структур черепа человека.
2. Знать биомеханику твердых тканей.
3. Знать биомеханику костных тканей и зубных имплантатов.

**Практическое занятие №5**

Тема: Подготовка к ортопедическому этапу лечения.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Обоснование выбора конструкции зубного протеза.
2. Планирование нагрузки на имплантаты.
3. Планирование одноэтапной зубной имплантации с немедленной нагрузкой.
4. Ошибки при планировании имплантации зубов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Пациент С., 53 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на затрудненный прием пищи из-за отсутствия зубов в боковом отделе нижней челюсти слева. Из анамнеза был несъемный протез с опорами на 34, 37 зубах. Около недели назад протез был снят, 34 зуб удален в связи с полным разрушением коронковой части и невозможностью его использования для ортопедической конструкции.

Общее состояние здоровья удовлетворительное, сопуствующих заболеваний не отмечает

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ортопедического лечения.
3. Определите наличие показаний и противопоказаний для лечения с помощью дентальной имплантации.
4. Назовите этапы и сроки лечения в случае применения имплантатов.

**Задача 2.** Пациентка Р., 65 лет, обратилась с жалобами на нарушение жевания, речи и эстетики из-за полного отсутствия зубов на верхней и нижней челюстях. Пользуется полными съемными протезами в течение более 5 лет. Протез на верхней челюсти фиксируется хорошо, протез на нижней челюсти плохо фиксируется. Соматический фоновых заболеваний не отмечает

Объективно: при внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Нижняя треть лица снижена из-за полного отсутствия зубов. Кожные покровы обычного розового оттенка, высыпаний не определяется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Пальпация мягких тканей и костей лица патологических изменений не выявило. Открывание рта на 3,5-4 мм. Прикус не фиксирован. В полости рта выраженная атрофия кости альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. На нижней челюсти зона прикрепленной десны практически полностью отсутствует. При пальпации нижней челюсти определяется выраженная атрофия кости по толщине и высоте. Слизистая оболочка полости рта достаточно увлажнена, бледно- розового цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
3. Предложите возможные варианты восстановления жевательной функции.
4. Определите наличие условий и показания для применения метода all-on-four.
5. Расскажите об этапах лечения при применении метода all-on-four.

**Задача 3.** Больной 44 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на сужение ротовой щели, нарушение функции жевательного аппарата, эстетический дефект в области углов рта. Анамнез: несколько лет назад перенес огнестрельное ранение в челюстно-лицевую область. Объективно: сужение ротовой щели до 3-х см, рубцовое стягивание мышц в области углов рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данной патологии.
3. Особенности ортопедического лечения.
4. Дополнительные методы лечения.
5. Каковы последствия указанной паталогии.

**Тестовый контроль:**

1. Для изготовления ортопедических конструкций с опорой на имплантаты, расстояние между зубными дугами верхней и нижней челюсти должно быть не менее:

1) 2 мм

2) 5 мм

3) 7 мм

4) 10 мм

2. Медиодистальное расстояние между имплантатами должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

3. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделена должна быть не менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

4. Расстояние между имплантатом и рядом стоящим зубом должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

5. Высота костной ткани над нижнечелюстным каналом не должна быть менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

6. После снятия оттиска и определении центральной окклюзии, приступают к:

1) отливке металлического каркаса

2) припасовке металлического каркаса

3) изготовлению рабочей модели и моделированию восковой композиции

4) определению цвета

7. После проверки металлокерамической коронки в полости рта приступают к:

1) индивидуальному окрашиванию и глазурированию

2) определению цвета

3) проверке окклюзионных контактов

4) фиксации

8. После отливки металлического каркаса приступают к:

1) определению цвета

2) припасовке металлического каркаса

3) определению центральной окклюзии

4) фиксации

9. Какой материал предпочтительнее использовать для снятия оттиска при двухэтапной имплатации:

1) альгинатный

2) гипс

3) силиконовый

4) цинкоксидевгенольный

10. Неплотное прилегание абатмента к внутрикостной части имплантата, служащее местом скопления микробиологического налета приведет к:

1) перимплантиту

2) перелому имплантата

3) перелому винта

4) перелому карскаса

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь проводить планирование нагрузки на имплантаты.
2. Уметь проводить планирование одноэтапной зубной имплантации с немедленной нагрузкой.
3. Знать ошибки при планировании имплантации зубов.

**Практическое занятие №6**

Тема: Особенности конструирования и изготовления зубных протезов с опорой на имплантаты.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Выбор конструкции зубного протеза с опорой на имплантаты.
2. Протокол ортопедического обследования больного и изготовления протеза с опорой на имплантаты.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** 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.

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

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

**Задача 3.** Пациент Н., 56 лет быт протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?
3. Фазы адаптации к съемным протезам?
4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.
5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними.
6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия?
7. Перечислить последовательность этапов данного метода.

**Тестовый контроль:**

1. Какова потеря костной ткани в первый год функционирования, при нормальной остеоинтеграции?

1) 0,1-0,5 мм

2) 0,5-1,5 мм

3) 2-3 мм

4) 3-4 мм

2. Какова доля коллагена первого типа от общего количества органического матрикса костной ткани?

1) 30%

2) 50%

3) 70%

4) 90%

3. Пациент предъявляет жалобы на отсутствие двух жевательных зубов на нижней челюсти справа, какой вид конструкции необходимо предложить пациенту?

1) съемный пластиночный протез;

2) консольный или мостовидный протез;

3) протезирование с опорой на имплантаты;

4) все вышеперечисленные.

4. Какой биомеханический тест применяется для оценки конструктивных особенностей внутрикостной части имплантата?

1) тест на максимальную нагрузку имплантата;

2) тест на сдвиг имплантата в кости;

3) тест на теплопроводность имплантата;

4) тест на устойчивость к коррозии.

5. Имплантаты по характеру поверхности внутрикостной части могут быть:

1) текстурированные;

2) пористые;

3) керамические;

4) компактные.

6. Имплантаты по методу расположения в тканях могут быть:

1) пластинчатые;

2) винтовые;

3) субпериостальные;

4) самонарезные.

7. Пациенту в день обращения в стоматологическую поликлинику был удален зуб 2.1, и установлена внутрикостная часть имплантата, рана ушита. Какая методика Д/И была проведена?

1) отсроченная одноэтапная;

2) отсроченная двухэтапная;

3) непосредственная одноэтапная;

4) непосредственная двухэтапная.

8. Для образования костной ткани на поверхности имплантата необходимо:

1) способность к связыванию специфических белков, обеспечивающих адгезию остеобластов и формирование остеоида на поверхности биосовместимого материала;

2) способность диффузии ионов водорода к поверхности твердого вещества;

3) способность диффузии ионов калия к поверхности твердого вещества;

4) способность десорбции ионов водорода, и их высвобождения с поверхности твердого вещества.

9. Материал имплантата и продукты, образующиеся от взаимодействия с биологической средой, должны:

1) оказывать патологическое влияние на окружающие ткани;

2) вызывать токсическое, канцерогенное или аллергическое воздействие на ткани и организм в целом;

3) обеспечивать физическую или химическую связь с матриксом кости;

4) подвергаться коррозии и другим структурным изменениям в жидких средах организма.

10. При какой поверхности имплантата будет самая высокая выдерживаемая нагрузка?

1) гладкий;

2) с титановым напылением;

3) с титано-плазменным напылением;

4) винтовой с шероховатостью.

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь выбирать конструкции зубного протеза с опорой на имплантаты.
2. Знать протокол ортопедического обследования больного.
3. Знать протокол изготовления протеза с опорой на имплантаты.

**Практическое занятие №7**

Тема: Особенности зубного протезирования на имплантатах в различных клинических ситуациях.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Протезирование при одиночном дефекте в переднем отделе зубного ряда. Клинические лабораторные этапы установления одиночного имплантата и изготовление коронки.
2. Протезирование при небольших включенных дефектах в боковых отделах зубного ряда. Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.
3. Протезирование при отсутствии большого количества зубов. Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной Н. были изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре. При осмотре в полости рта: граница протеза в области переходной складки соответствует "нейтральной" зоне, в дистальном отделе обнаружено значительное укорочение базиса, в результате чего отмечается нарушение заднего замыкательного клапана и плохая фиксация протеза.

1. Ваша тактика по ведению больного.

2. Назовите факторы, обеспечивающие фиксацию съемных протезов на беззубых челюстях.

3. Объясните термины: "стабилизация", "фиксация".

4. Расскажите о правилах проведения перебазировки съемных протезов при полном отсутствии зубов.

5. Назовите стадии созревания пластмассового теста.

**Задача 2.** Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба. В полости рта: Слизистая оболочка предверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целости угла коронки зуба. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

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

2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в %. Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?

4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?

5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.

6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

**Задача 3.** Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

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

**Тестовый контроль:**

1. У пациента 43-х лет, имеется сахарный диабет первого типа в стадии декомпенсации, уровень глюкозы натощак: 17,2 ммоль/л. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

2. У пациентки 62-х лет, системный остеопороз. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3. У пациента 54-х лет, аденокарцинома левой околоушной слюнной железы. Состоит на учете у онколога, получает комбинированное лечение. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4. Пациентка, 27 лет, хронические заболевания отрицает, состоит на учете у гинеколога, беременность 16-я неделя. Явилась с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

5. Пациент, 32 года, хронические заболевания отрицает. В полости рта: неудовлетворительная гигиена полости рта, наддесневые и поддесневые зубные отложения. От консультации пародонтолога отказывается. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

6. У пациента 29 лет, хронический тонзиллит. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

7. Одним из обязательных элементов конструкции внутрикостной части имплантата, представляющих собой анкера, площадки, отверстия, является:

1) антикоррозийная защита

2) ротационная защита

3) термическая защита

4) защита от контаминации

8. Стандартная высота одноэтапных винтовых имплантатов составляет:

1) 5-14 мм

2) 7-16 мм

3) 9-18 мм

4) 10-15 мм

9. К низкой степени косметических факторов риска при проведении дентальной имплантации относится:

1) тонкая десна

2) «десневая» улыбка

3) зона прикрепленной кератинизированной десны более 5 мм

4) выраженные десневые сосочки соседних зубов

10. Укажите оптимальное соотношение коронки и внутрикостной части имплантата:

1) 1:1

2) 1:1,5

3) 1:2

4) 1:3

**Проверка практических навыков:**

1. Уметь проводить протезирование при одиночном дефекте в переднем отделе зубного ряда.
2. Знать клинические лабораторные этапы установления одиночного имплантата и изготовление коронки.
3. Уметь проводить протезирование при небольших включенных дефектах в боковых отделах зубного ряда.
4. Знать клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.
5. Уметь проводить протезирование при отсутствии большого количества зубов.

**Практическое занятие №8**

Тема: Протезирование при полной адентии.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клинические и лабораторные этапы установления имплантатов.
2. Протезирование с применением мини-имплантатов.
3. Применение имплантатов при аномальном соотношении зубных рядов и челюстей.
4. Протезирование при глубоком резцовом перекрытии, при прогеническом соотношении челюстей.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1.** В клинику ортопедической стоматологии больная 59 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верней челюсти, боль, в области зуба 4.7. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съѐмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на зуб 4.7 и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съѐмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7, отвечающий ортопедическим требованиям. Зуб 4.6 покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки. На рентгенограмме: 4.6 – разряжение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня размером 2х2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 – каналы зубов запломбированы до верхушки. Зуб 4.7 восстановлен световым композитом, вторичного кариеса не определяется, краевое прилегание пломбы хорошее. Кариозная полость на зубе 4.5, заполнена размягченным дентином.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

**Задача 2.** Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие образования на нижней губе. Со слов пациента 3 месяца назад упал с велосипеда и ударился верхней губой. Через 2 недели на верхней губе появилось образование. Пытался лечить самостоятельно путем прокалывания образования, которое опорожнялось с выделением тягучей жидкости, но через некоторое время появлялось вновь. Объективно: при осмотре в области красной каймы нижней губы справа на границе со слизистой оболочкой определяется округлое образование, возвышающееся над слизистой оболочкой, размером 0,5х0,3 см, безболезненное, мягко-эластической консистенции. Слизистая оболочка над ним истончена, через оболочку просвечивается жидкость голубоватого цвета. В полости рта отмечается скол правого угла коронки зуба 1.1 в пределах эмали, изменение цвета, эмаль более темного цвета.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
2. Каким может быть план обследования и необходимо ли проведение дополнительных исследований?
3. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Оцените объѐм операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания.

**Задача 3.** Пациент, 32 года, пришел на прием к врачу-стоматологу с жалобами на чувствительность зубов при приеме холодной пищи и стираемость эмали в области десны на боковых зубах верхней и нижней челюсти. Объективно: на пришеечной поверхности зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 выявлены дефекты эмали треугольной формы до уровня эмалево-дентинной границы, гладкое дно, реакция на температурные раздражители остро положительная, перкуссия отрицательная. Наблюдается укорочение верхней зубной дуги во фронтальном отделе и сужение в боковых отделах, 13, 12, 11, 21, 22, 23 имеют ретрузионный наклон, переднещечные бугры первых верхних моляров находятся кпереди от поперечных фиссур первых нижних моляров. В боковой группе зубов наблюдается бугровое смыкание. Верхние резцы перекрывают нижние резцы на половину коронки. На ортопантомограмме изменений не наблюдается. Из анамнеза выявлено, что пациент пользуется электрической зубной щеткой в течение последних трех лет. Врач поставил диагноз: клиновидный дефект в области зубов 13, 14, 23, 24, 34, 44 и назначил лечение.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите возможные причины возникновения данного заболевания.
3. Какие профилактические мероприятия могут быть направлены на предупреждение возникновения данного заболевания.
4. Опишите взаимосвязь патологии прикуса и возникновения дефектов твердых тканей зубов.
5. Перечислите методы вторичной профилактики данного заболевания.

**Тестовый контроль:**

1. 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

2. К биоинертным материалам относятся:

1) нержавеющая сталь

2) хромокобальтовые сплавы

3) титан, цирконий

4) гидроксиапатит

3. К биотолерантным материалам относятся:

1) нержавеющая сталь

2) титан и его сплавы

3) цирконий

4) тантал

4. 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

5. Усилие затягивания 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

6. 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

7. 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

8. Минимальным расстоянием до стенки нижнечелюстного канала при при постановке дентальных имплантатов в боковых отделах нижней челюсти является:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 0,5 мм

4) 1 мм

9. Абатмент – это

1) супраструктура

2) переходный модуль

3) аналог имплантата

4) фиксирующий винт

10. Абсолютным противопоказнием к дентальной имплантации является:

1) аномалии прикуса

2) пародонтит

3) беременность

4) заболевания крови и кроветворных органов

**Проверка практических навыков:**

1. Знать клинические и лабораторные этапы установления имплантатов.
2. Уметь проводить протезирование с применением мини-имплантатов.
3. Уметь примененять имплантаты при аномальном соотношении зубных рядов и челюстей.
4. Уметь проводить протезирование при глубоком резцовом перекрытии, при прогеническом соотношении челюстей.

**Практическое занятие №9**

Тема: Протезирование при патологии ВНЧС.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Осложнения, возникающие на ортопедическом этапе.
2. Осложнения, возникающие в процессе диспансерного наблюдения за пациентами.

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.** Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного разговора и после простудных заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль. Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38 , на верхней – зубной ряд интактный. На рентгенограмме – деформция поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз.

2. Возможные причины заболевания.

3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика.

4. Определите план и этапы ортопедического лечения.

5. Укажите конструкцию современного рационального протеза.

**Задача №2.** Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов. Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоляринголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височнонижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47,44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36. покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо. На рентгенограммах: сужение суставной щели в височнонижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите причины патологии.

3. Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов.

4. Укажите рациональные конструкции протезов.

5.Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

**Задача №3.** Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоляринголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом – глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стерты на 1/2 величины коронковой части. Клиновидыне дефекты. Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки. На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика врача-стоматолога.

3. Определите последовательность и методы лечения.

4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза.

5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС

**Тестовый контроль:**

1. Для изготовления ортопедических конструкций с опорой на имплантаты, расстояние между зубными дугами верхней и нижней челюсти должно быть не менее:

1) 2 мм

2) 5 мм

3) 7 мм

4) 10 мм

2. Медиодистальное расстояние между имплантатами должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

3. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделена должна быть не менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

4. Расстояние между имплантатом и рядом стоящим зубом должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

5. Высота костной ткани над нижнечелюстным каналом не должна быть менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

6. После снятия оттиска и определении центральной окклюзии, приступают к:

1) отливке металлического каркаса

2) припасовке металлического каркаса

3) изготовлению рабочей модели и моделированию восковой композиции

4) определению цвета

7. После проверки металлокерамической коронки в полости рта приступают к:

1) индивидуальному окрашиванию и глазурированию

2) определению цвета

3) проверке окклюзионных контактов

4) фиксации

8. После отливки металлического каркаса приступают к:

1) определению цвета

2) припасовке металлического каркаса

3) определению центральной окклюзии

4) фиксации

9. Какой материал предпочтительнее использовать для снятия оттиска при двухэтапной имплатации:

1) альгинатный

2) гипс

3) силиконовый

3) цинкоксидевгенольный

10. Неплотное прилегание абатмента к внутрикостной части имплантата, служащее местом скопления микробиологического налета приведет к:

1) перимплантиту

2) перелому имплантата

3) перелому винта

4) перелому карскаса

**Проверка практических навыков:**

1. Знать осложнения, возникающие на ортопедическом этапе.
2. Знать осложнения, возникающие в процессе диспансерного наблюдения за пациентами.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытие  м темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка**«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных**  **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»**выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»**выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации в форме зачета**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| **Незачтено** | Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями. |
| **Зачтено** | Выставляется за правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора.  Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.  Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера). |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам.

**Образец зачетного билета**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  направление подготовки (специальность) 31.05.03 «Стоматология»  дисциплина «Протезирование на имплантах»  **ЗАЧЁТЫЙ БИЛЕТ №1**  **I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**   1. Материально-техническое обеспечение стоматологических медицинских организаций при оказании стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов. 2. Элементы имплантатов (тело имплантата, опорная головка имплантата, запорные устройства).   **II. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоляринголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом – глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стерты на 1/2 величины коронковой части. Клиновидыне дефекты. Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки. На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.  1. Поставьте диагноз.  2. Какова тактика врача-стоматолога.  3. Определите последовательность и методы лечения.  4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза. | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  д.м.н, профессор  Декан стоматологического факультета  д.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  Н.Б. Денисюк |

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Лекционная аудитория.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине:**

1. Законодательное и нормативное правовое обеспечение дентальной имплантации.
2. Штатные нормативы. Должностные инструкции персонала.
3. Медицинская документация и порядок ее оформления при дентальной имплантации.
4. Материально-техническое обеспечение стоматологических медицинских организаций при оказании стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.
5. Санитарно-гигиенические требования к организации стоматологической помощи с использованием дентальных имплантатов.
6. Экспертиза качества оказания стоматологической помощи, связанной с дентальной имплантацией.
7. Диспансеризация после лечения с использованием имплантатов.
8. Характеристика видов совместимости.
9. Влияние материалов на окружающую ткань.
10. Механические свойства титана.
11. Лучевые методы диагностики (ортопантомограмма, конусно-лучевая компьютерная томограмма).
12. Специальные ортопедические методы исследования и планирования при имплантации зубов.
13. Элементы имплантатов (тело имплантата, опорная головка имплантата, запорные устройства).
14. Системы внутрикостных имплантатов в форме корня зуба.
15. Имплантаты «Конмет».
16. Имплантаты «ЛИКо».
17. Системы внутрикостных плоских имплантатов.
18. Упруго-напряженные состояния костных структур черепа человека.
19. Биомеханика твердых тканей.
20. Биомеханика костных тканей и зубных имплантатов.
21. Обоснование выбора конструкции зубного протеза.
22. Планирование нагрузки на имплантаты.
23. Планирование одноэтапной зубной имплантации с немедленной нагрузкой.
24. Ошибки при планировании имплантации зубов.
25. Выбор конструкции зубного протеза с опорой на имплантаты.
26. Протокол ортопедического обследования больного и изготовления протеза с опорой на имплантаты.
27. Протезирование при одиночном дефекте в переднем отделе зубного ряда. Клинические лабораторные этапы установления одиночного имплантата и изготовление коронки.
28. Протезирование при небольших включенных дефектах в боковых отделах зубного ряда. Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.
29. Протезирование при отсутствии большого количества зубов. Клинические и лабораторные этапы изготовления зубных протезов.
30. Клинические и лабораторные этапы установления имплантатов.
31. Протезирование с применением мини-имплантатов.
32. Применение имплантатов при аномальном соотношении зубных рядов и челюстей.
33. Протезирование при глубоком резцовом перекрытии, при прогеническом соотношении челюстей.
34. Осложнения, возникающие на ортопедическом этапе.
35. Осложнения, возникающие в процессе диспансерного наблюдения за пациентами.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача 1**. 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](http://zodorov.ru/nauchnoe-obosnovanie-sovershenstvovaniya-organizacii-planirova.html). Пациенту в [области отсутствующего](http://zodorov.ru/koncepciya-informacionnaya-politika-pravitelestva-orenburgskoj.html) зуба 3.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни.

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

Слизистая оболочка полости рта без патологии.

Прикус прямой.

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные [методы обследования](http://zodorov.ru/tema-4-akusherskie-issledovaniya-metodi-obsledovaniya-beremenn.html).
3. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?
4. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

**Задача 2.** Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 1.2, 1.1, 2.1. 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 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. Прикусортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие1.2, 1.1, 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсут-ствующихзубов 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?

**Задача 3.** Пациентка Н., 47 лет. Жалобы на: неудовлетворительную эстетику и затруднѐнноепережѐвывание пищи, кровоточивость дѐсен при чистке зубов, нарушение фонетики.

Анамнез заболевания: последний раз за стоматологической помощью обращалась три года назад. Пациентка ранее не протезировалась. Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: Выражены носогубные складки, углы рта незначительно опущены. Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

Прикус: соотношение челюстей по ортогнатическому типу. Слизистая оболочка бледно-розового цвета умеренно увлажнена, за исключением маргинальной десны в области фронтальной группы зубов на нижней челюсти, где отмечается незначительная гиперемия и отѐк.

Объективно: полное разрушение коронковой части зуба 1.2, 2.4, 3.6, 4.7. Корень зуба 2.4 размягчѐн, разрушен более 5мм под десну. Корни зубов 3.6, 4.7 имеют разрушения по бифуркации. Зуб 3.7 перелом медиального корня. Кариес на зубах 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти, тортоаномалии зубов 2.2, 3.3, 4.3. Зубочелюстная деформация вертикальной формы II степени зубов 1.7, 1 и зубов 3.4, 3.5, 4.5, 4.6 - I степени, а также зуба 3.7 горизонтальной формы II степени. На нижней челюсти - наличие твѐрдых над- и поддесневых зубных отложений в области фронтальной группы зубов, маргинальная десна отѐчна и гиперемированна, при зондировании отмечается кровоточивость, глубина зубодесневых карманов до 3 мм, в области зуба 3.7 до 8 мм. Отмечается подвижность зуба 3.7 - II степени. Сужение нижнего зубного ряда в боковых отделах.



Анализ ортопантомограммы: на ортопантомограмме атрофия костной ткани в области всех присутствующих зубов от 000/4 до 000/3 длинны корня зуба и до 2/3 в области зуба 3.7. Зубы 1.2, 1.1, 2.4, 3.6, 3.7 – депульпированы, каналы запломбированы до верхушки, за исключением зуба 3.7. В области зубов 1.2, 3.6, 3.7, 4.6 наблюдаются очаги периапикального разряжения костной ткани. Зуб 3.7 перелом медиального корня. Зубы 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, ретенированы.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения на подготовительном этапе (без имплантации).
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Укажите поверхности зондирования зубодесневых карманов у однокорневых и многокорневых зубов.
5. Перечислите стадии схватывания (затвердевания) пластмассы.

**Задача 4.** В клинику обратилась пациентка А. 45 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворительную эстетику.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение всей жизни вследствие кариеса и его осложнений. Ранее протезирование не проводилось, последнее посещение стоматолога около 2 лет назад.

Данные объективного обследования, внешний осмотр: Снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм.

Осмотр полости рта: Прикус ортогнатический. Зубы 1.8; 1.5; 1.4; 2.4; 2.8; 3.6; 3.5; 4.5 отсутствуют. На зубах 1.7; 1.6; 1.2; 2.1; 2.7 кариес, нарушение краевого прилегания ранее поставленных пломб. Клиновидные дефекты зубов 1.3; 3.4; 4.4.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите манипуляции, которые целесообразно провести у пациентки в подготовительном этапе (без учета имплантации).
3. Составьте план ортопедического лечения (без учета имплантации).
4. В чем будет заключаться реабилитационно-профилактический этап у данной пациентки?
5. Показания к изготовлению штифтовой культевой вкладки

**Задача 5.** Пациент 55 летобратился 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, мочекаменнойболезни.При обследовании 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, последняяподвижна 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. 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 6.** Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и [проведения лечения при помощи дентальных](http://zodorov.ru/obshie-voprosi-profilaktiki-lecheniya-reabilitacii-i-organizac.html) 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в [данной клинической ситуации и](http://zodorov.ru/situacii-kriminogennogo-haraktera.html) объясните почему?

**Задача 7.** 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](http://zodorov.ru/kabinet-fizioterapii.html) 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. Поставьте диагноз.
2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации.
3. Необходимо ли [проведение дополнительных методов](http://zodorov.ru/ostraya-kishechnaya-neprohodimoste.html) обследования?

**Задача 8.** 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.

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 9.** Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу-хирургу [с жалобами на отсутствие зубов на](http://zodorov.ru/zadacha-bolenaya-l-let-postupila-v-ginekologicheskoe-otdelenie.html) 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.

Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

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

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

**Задача 10**. Больная И. 39 лет обратилась в ортопедическое отделение с целью протезирования. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти слева и верхней челюсти справа. Анамнез: выяснено, что причиной потери зубов явился осложненный кариес. Зубы удалены в различные периоды жизни. Ранее не протезировалась. Объективно: Прикус ортогнатический, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. На жевательных поверхностях 44 и 36 пломбы остальные зубы интактные.

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

**Задача 11.** Больной 44 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на сужение ротовой щели, нарушение функции жевательного аппарата, эстетический дефект в области углов рта. Анамнез: несколько лет назад перенес огнестрельное ранение в челюстно-лицевую область. Объективно: сужение ротовой щели до 3-х см, рубцовое стягивание мышц в области углов рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данной патологии.
3. Особенности ортопедического лечения.
4. Дополнительные методы лечения.
5. Каковы последствия указанной паталогии.

**Задача 12.** Больная 57 лет через 1,5 месяца после наложения впервые изготовленных полных съемных протезов обратилась с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство усталости жевательных мышц после приема пищи. Объективно: высота нижней трети лица значительно снижена, углы рта опущены, носогубные складки выражены. Пальпация в области височнонижнечелюстного сустава и передней стенки наружного слухового прохода 6 при открывании рта безболезненная. Фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная.

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

**Задача 13.** Пациент Н., 56 лет быт протезирован по поводу полной потери зубов съемными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратился с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет. При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?
3. Фазы адаптации к съемным протезам?
4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съемных протезов при полной потере зубов.
5. Перечислите виды мышечного равновесия и особенности расстановки зубов связанные с ними.
6. Каким методом возможно определить зону мышечного равновесия?
7. Перечислить последовательность этапов данного метода.

**Задача 14**. Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

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

**Задача 15.** Больная обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования. Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съемными протезами. 8

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

**Задача 16**. Больной К. обратился с жалобами на сильное жжение под базисом протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были наложены съемные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Ваш план ортопедического лечения.

**Задача 17.** Больная К. обратилась в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок. 9 Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток (а/о) незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень а/о - острый. Позадимолярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твердого неба выпуклый. Небо плоское. Уздечка верхней губы и щечно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка. Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается "болтающийся гребень". Позадимолярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

1. Установите основной диагноз и его осложнения.
2. Перечислите клинические этапы изготовления съемных протезов при полном отсутствии зубов.
3. Расскажите о классификациях типов атрофии беззубых челюстей по Шредеру, Курляндскому.
4. Расскажите об особенности получения функционального оттиска при наличии чрезмерно подвижной слизистой оболочки.

**Задача 18.** На этапе «проверка восковой конструкции полного съемного протеза» в положении центральной окклюзии обнаружена ошибка, при этом в полости рта определяется: - преимущественно бугорковое смыкание зубов справа (одноименными буграми); - повышение межальвеолярной (окклюзионной) высоты; - смещение центра нижнего зубного ряда вправо; 10 - просвет между боковыми зубами слева (от 23 до 27 и 33 до 37).

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

**Задача 19.** Больной Н. были изготовлены полные съемные пластиночные протезы. Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре. При осмотре в полости рта: граница протеза в области переходной складки соответствует "нейтральной" зоне, в дистальном отделе обнаружено значительное укорочение базиса, в результате чего отмечается нарушение заднего замыкательного клапана и плохая фиксация протеза.

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

**Задача 20.** Больной А., 22 года, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение внешнего вида, вследствие разрушения коронки переднего зуба. В полости рта: Слизистая оболочка предверия и полости рта без видимых патологических изменений, умеренной влажности. На дистальной поверхности 11 обширная кариозная полость, переходящая на вестибулярную и оральную поверхность, без нарушения целости угл. Коронка зуба имеет более темную окраску по сравнению с рядом стоящими зубами. 11 – устойчив, перкуссия болезненная, зондирование дна кариозной полости безболезненное, реакция на холод отрицательная. Из анамнеза: кариозная полость впервые была обнаружена в 14 лет. Дефект был восстановлен пломбой, целостность которой была нарушена спустя 1 год. При повторном пломбировании границы полости были расширены, проявилась резкая болезненность была проведена девитализация 1 и пломбирование композитным материалом. В течении последних 3-х лет целостность пломбы нарушалась неоднократно. В результате чего пациент обратился к врачу – ортопеду.

1. Поставьте диагноз с учетом классификации по Блеку, определите тактику врача – ортопеда.
2. Укажите степень разрушения окклюзионной поверхности зуба в %. Какая связь между индексом РОПЗ и ортопедической конструкцией?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в данном клиническом случае?
4. Какие показания к изготовлению коронки Вы знаете?
5. Назовите классификацию коронок по способу изготовления и материалу.
6. Какая коронка будет наиболее предпочтительна в данном клиническом случае.

**Задача 21.** Больная К. 45 лет обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи. Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентиной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

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

**Задача 22.** Больной Н. обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

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

**Задача 23.** В клинику ортопедической стоматологии больная 59 лет. Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи, отсутствие зубов на верней челюсти, боль, в области зуба 4.7. Анамнез заболевания: зубы на верхней челюсти удаляли постепенно в результате осложнений кариеса, съѐмный протез был изготовлен 10 лет назад, коронка на зуб 4.7 и мостовидный протез на нижней челюсти слева изготовлены 2 года назад Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зубы на верхней челюсти отсутствуют. Имеется съѐмный протез, который не фиксируется на протезном ложе. На нижней челюсти имеется мостовидный протез 3.4, 3.5, 3.7, отвечающий ортопедическим требованиям. Зуб 4.6 покрыт цельнолитой коронкой. Зонд свободно погружается под край коронки. На рентгенограмме: 4.6 – разряжение в области бифуркации, каналы корней запломбированы до верхушки, разрежение костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки корня размером 2х2 мм; 3.4, 3.5, 3.7 – каналы зубов запломбированы до верхушки. Зуб 4.7 восстановлен световым композитом, вторичного кариеса не определяется, краевое прилегание пломбы хорошее. Кариозная полость на зубе 4.5, заполнена размягченным дентином.

1. Поставьте и сформулируйте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Составьте план хирургического лечения для подготовки полости рта к ортопедическому лечению.

**Задача 24.** 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.

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

**Задача 25.** 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.

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?

**Тестовые задания для подготовки к промежуточной аттестации**

1. Для оценки эффективности проведения диспансеризации используются следующие показатели:

1) показатель частоты обострений

2) систематичность наблюдения

3) показатели объема проведения лечебно-профилактических мероприятий

4) число случаев и дней временной нетрудоспособности

5) среднее число дней госпитализации

2. Послеоперационная летальность - это:

1) отношение числа умерших после операции к числу госпитализированных больных

2) отношение числа умерших больных к числу выписанных больных

3) отношение числа умерших после операции ко всем оперированным больным

4) отношение числа умерших после операции к численности населения

5) отношение числа умерших в больнице к числу госпитализированных больных

3. Показателями объема работы поликлиники являются

1) число посещений в одну смену

2) число посещений за год

3) число посещений за день

4) летальность по отделениям

5) причины расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов

4. Поликлиника – это:

1) высокоразвитое специализированное лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику заболеваний, своевременное выявление и лечение приходящих больных и больных на дому

лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее комплекс профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и их осложнений

2) лечебное учреждение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь

3) лечебно-профилактическое учреждение

5. Что составляет предмет врачебной тайны:

1) сведения о факте обращения пациента за медицинской помощью

2) информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания

3) сведения о семейном положении и заработной плате пациента

4) сведения о заработной плате

5) информация о методах и способах лечения заболеваний

6. Назовите учреждения внебольничной медицинской помощи:

1) семейная врачебная амбулатория, поликлиника, женская консультация, консультативно-диагностический центр, стоматологическая поликлиника, центр амбулаторной хирургии

2) областная больница, семейная врачебная амбулатория, поликлиника, женская консультация, консультативно-диагностический центр, стоматологическая поликлиника

3) станция скорой медицинской помощи, консультативная поликлиника, больница восстановительного лечения, диспансер, госпиталь

санаторно-курортные учреждения, аптека, родильный дом, женская консультация, диспансер, областная больница, семейная врачебная амбулатория

4) семейная врачебная амбулатория, поликлиника, женская консультация, консультативно-диагностический центр, перинатальный центр, инфекционная больница

7. К учреждениям скорой медицинской помощи относится только

1) реанимационное отделение стационара

2) фельдшерско-акушерский пункт

3) станция скорой и неотложной медицинской помощи

4) медицинский пункт на промышленном предприятии

5) хирургическое отделение областной больницы

8. Какое медицинское учреждение является основным в оказании амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению?

1) амбулатория

2) поликлиника

3) поликлиника диспансера

4) фельдшерско-акушерский пункт

5) консультативно-диагностический центр

9. С помощью эпидемиологического обследования решаются следующие задачи:

1) оценка уровня заболеваемости детского населения кариесом

2) сравнение уровня заболеваемости в различных районах

3) выявление потребности в санационных мероприятиях

4) определение качества санации полости рта

5) расчет сил и средств для первичной стоматологической профилактики

6) выявление фоновых (исходных) данных для дальнейшего определения эффективности профилактической работы

7) все вышеперечисленное

10. Генеральная уборка помещений в хирургических кабинетах проводится:

ежедневно

1) один раз в неделю

2) два раза в неделю

3) один раз в месяц

11. Медицинская карта стоматологического больного хранится в регистратуре в течение:

1) одного года

2) двух лет

3) трех лет

4) четырех лет

5) пяти лет

12. В зубной формуле отражается:

1) наличие кариозных полостей

2) корней зубов

3) ортопедических конструкций

4) степень подвижности зубов

5) все вышеперечисленное

12. Медицинская карта стоматологического больного включает:

1) паспортную часть

2) жалобы больного

3) анамнез заболевания

4) данные объективного исследования

5) данные флюорографии

13. Медицинская карта стоматологического больного включает:

1) паспортную часть

2) жалобы больного

3) данные рентгенологических исследований

4) данные лабораторных исследований

14. Перечислите виды медицинской помощи:

1) первичная медико-санитарная помощь

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

паллиативная медицинская помощь

4) все вышеперечисленные

15. Двухэтапная имплантция внутрикостных имплантатов проводится:

1) в целях достижения остеоинтеграции

2) для снижения послеоперационной травмы

3) для предупреждения фиброзной интеграции

4) при плохих способностях к регенерации костной ткани

5) в целях улучшения функционального эффекта

16. При неправильной установке имплантата в кости могут возникать такие осложнения как

1) кровотечение

2) подвижность имплантата

3) флегмона

4) рассасывание костной ткани вокруг имплантата

5) все вышеперечисленное

17. К потере имплантата могут привести:

1) плохая гигиена полости рта

2) нерациональное питание

3) неудовлетворительная жевательная нагрузка

4) нарушение обмена веществ

5) все вышеперечисленное факторы

18. Комбинация внутрикостных и субпериостальных имплантатов допустима

1) при расположении имплантатов на разных челюстях

2) при наличии больших дефектов зубных рядов

3) при использовании для имплантатов однородных металлов

4) во всех перечисленных случаях

5) недопустима

19. Имплантация в арсенале известных методов стоматологического лечения имеет следующее значение

1) единственный метод позволяющий получить положительный результат

2) имплантация является методом выбора

3) имплантация применяется только в исключительных случаях

4) имплантация применяется по желанию больного

5) имплантация применяется с большой осторожностью так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения

20. Стоматологической имплантацией могут заниматься

1) все врачи стоматологи

2) только врачи-стоматологи ортопеды

3) врачи-стоматологи хирурги высшей категории

4) врачи стоматологи высокой квалификации имеющие достаточный опыт практической работы и прошедшие специализацию

5) врачи любой специальности

21. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации

1) только альвеолярный отросток

2) фронтальный отдел верхней и нижней челюсти

3) все отделы челюстей, в которых можно разместить имплантат бeз риска повреждения определенных анатомических структур

4) базальные отделы челюстей в пределах расположена зубных рядов

5) только дистальные отделы верхней и нижней челюсти

22. Какую роль играет нормализация окклюзии при имплантации

1) один из основных параметров влияющих на успех лечения

2) не оказывает влияния на результат имплантации

3) может оказывать влияние на результат у некоторых больных

4) не придается большого значения устранению окклюзионных нарушений

5) оказывает в таяние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией

23. Анатомические структуры, которые следует учитывать при проведении внутрикостной имплантации нижней челюсти

1) верхнечелюстной синус

2) резцовые отверстия

3) скуловой отросток

4) лобный отросток

5) подбородочные отверстия

24. Как правильно проводить пальпацию:

1) от "здорового" к "больному" участку тела

2) от "больному" к "здоровому" участку тела

3) только в области "больного" участка тела

4) только в области "здорового" участка тела

5) от периферии к центру

25. К осложнениям имплантации относятся:

1) перфорация дна верхнечелюстного синуса

2) обнажение имплантата

3) образование свищей

4) расхождение швов

5) все вышеперечисленное

26. Наиболее благоприятной нагрузкой на имплантат является:

1) вертикальная нагрузка

2) вдоль оси имплантата

3) боковая нагрузка в области шейки

4) боковая нагрузка в области вершины головки

5) нагрузка под острым углом к имплантату

27. Наиболее широко используются в клинике:

1) внутрикостные винтовые имплантаты

2) внутрикостные пластиночные и винтовые имплантаты

3) внутрислизистые имплантаты

4) субпериостальныеимпплантаты

5) эндодонто-эндоссальные имплантаты

28. Возможно ли использовать акриловые зубы при остеоинтегрированных имплантатах для защиты от перегрузки:

1) недостаточно

2) в зависимости от ширины зубной дуги

3) возможно

4) неизвестно

5) данные исследования противоречивы

29. Решение о провеении имплантации принимают на основании:

1) клинических исследований

2) рентгенологических исследований

3) лабораторных исследований

4) функциональных исследований

5) всех вышеперечисленных исследований

30. Минимально рекомендумое соотношение внутрикостной и снутриротовой частей эндоссального имплантата:

1) 1: 2

2) 1: 1

3) 1: 3

4) 2: 1

5) 3: 1

31. При проведении имплантации следует учитывать:

1) состояние зубочелюстной системы

2) величину дефекта зубного ряда

3) степень атрофии

4) общие заболевания

5) все вышеперечисленные факторы

32. В каких из перечисленных ситуаций прогноз имплантации наиболее благоприятный:

1) антагонисты - интактный зубной ряд

2) антагонисты - несъемный металлокерамический протез по дуге

3) антагонисты - полный съемный протез

4) антагонисты - бюгельный протез

5) антагонисты - частичный пластиночный протез

33. Допустимо ли допрепарирование головки металлического имплантата в полости рта:

1) допустимо при обильном охлаждении с применением кофердама

2) категорически не допустимо

3) допустимо в исключительных случаях

4) допустимо на верхней челюсти

5) допустимо при обильном охлаждении и с применением коферда­ма только на нижней челюсти

34. Кнопочный фиксатор субпериостального имплантата служит:

1) для распределения нагрузки

2) для лучшей ретенции

3) для стимуляции костеобразования

35. Для изготовления ортопедических конструкций с опорой на имплантаты, расстояние между зубными дугами верхней и нижней челюсти должно быть не менее:

1) 2 мм

2) 5 мм

3) 7 мм

4) 10 мм

36. Медиодистальное расстояние между имплантатами должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

37. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделена должна быть не менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

38. Расстояние между имплантатом и рядом стоящим зубом должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

39. Высота костной ткани над нижнечелюстным каналом не должна быть менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

40. После снятия оттиска и определении центральной окклюзии, приступают к:

1) отливке металлического каркаса

2) припасовке металлического каркаса

3) изготовлению рабочей модели и моделированию восковой композиции

4) определению цвета

41. После проверки металлокерамической коронки в полости рта приступают к:

1) индивидуальному окрашиванию и глазурированию

2) определению цвета

3) проверке окклюзионных контактов

4) фиксации

42. После отливки металлического каркаса приступают к:

1) определению цвета

2) припасовке металлического каркаса

3) определению центральной окклюзии

4) фиксации

43. Какой материал предпочтительнее использовать для снятия оттиска при двухэтапной имплатации:

1) альгинатный

2) гипс

3) силиконовый

4) цинкоксидевгенольный

44. Неплотное прилегание абатмента к внутрикостной части имплантата, служащее местом скопления микробиологического налета приведет к:

1) перимплантиту

2) перелому имплантата

3) перелому винта

4) перелому карскаса

45. У пациента 43-х лет, имеется сахарный диабет первого типа в стадии декомпенсации, уровень глюкозы натощак: 17,2 ммоль/л. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

46. У пациентки 62-х лет, системный остеопороз. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

47. У пациента 54-х лет, аденокарцинома левой околоушной слюнной железы. Состоит на учете у онколога, получает комбинированное лечение. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

48. Пациентка, 27 лет, хронические заболевания отрицает, состоит на учете у гинеколога, беременность 16-я неделя. Явилась с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются общие относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

49. Пациент, 32 года, хронические заболевания отрицает. В полости рта: неудовлетворительная гигиена полости рта, наддесневые и поддесневые зубные отложения. От консультации пародонтолога отказывается. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

50. У пациента 29 лет, хронический тонзиллит. Явился с целью ортопедического лечения с опорой на имплантаты. Мнение врача:

1) противопоказаний к проведению дентальной имплантации нет

2) имеются общие абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

3) имеются местные абсолютные противопоказания для проведения дентальной имплантации

4) имеются местные относительные противопоказания для проведения дентальной имплантации

51. Одним из обязательных элементов конструкции внутрикостной части имплантата, представляющих собой анкера, площадки, отверстия, является:

1) антикоррозийная защита

2) ротационная защита

3) термическая защита

4) защита от контаминации

52. Стандартная высота одноэтапных винтовых имплантатов составляет:

1) 5-14 мм

2) 7-16 мм

3) 9-18 мм

4) 10-15 мм

53. К низкой степени косметических факторов риска при проведении дентальной имплантации относится:

1) тонкая десна

2) «десневая» улыбка

3) зона прикрепленной кератинизированной десны более 5 мм

4) выраженные десневые сосочки соседних зубов

54. Укажите оптимальное соотношение коронки и внутрикостной части имплантата:

1) 1:1

2) 1:1,5

3) 1:2

4) 1:3

55. При проведении закрытого синус-лифтинга, высота альвеолярного отростка до дна верхнечелюстной пазухи должна быть не менее:

1) 5-6 мм;

2) 7-8 мм;

3) 8-9 мм;

4) 9-10 мм.

56. К операции при недостаточном объеме костной ткани на верхней челюсти относят:

1) резекция части альвеолярного отростка верхней челюсти;

2) открытый синус-лифтинг;

3) транспозиция нижнелуночкового нерва;

4) альвеолэктомия.

57. Требование, предъявляемое к мембранам:

1) способность образовывать фиброзную ткань;

2) способствовать прорастанию эпителия;

3) биосовместимость;

4) образовывать неплотный контакт.

58. К нерезорбируемым мембранам относится:

1) e-PTFE

2) Bio-Gade

3) Resolut

4) Polyglactin-910

59. Материалы, способные вызывать остеогенез и цементогенез, называются:

1) инертные;

2) остеонейтральные;

3) остеоиндуктивные;

4) остеокондуктивные.

60. 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.

61. 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

62. 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

63. К биоинертным материалам относятся:

1) нержавеющая сталь

2) хромокобальтовые сплавы

3) титан, цирконий

4) гидроксиапатит

64. К биотолерантным материалам относятся:

1) нержавеющая сталь

2) титан и его сплавы

3) цирконий

4) тантал

65. 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

66. Усилие затягивания 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

67. 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

68. 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

69. минимальным расстоянием до стенки нижнечелюстного канала при при постановке дентальных имплантатов в боковых отделах нижней челюсти является:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 0,5 мм

4) 1 мм

70. Абатмент – это

1) супраструктура

2) переходный модуль

3) аналог имплантата

4) фиксирующий винт

71. Для установки пластинчатого имплантата разрез проводят:

1) по центру альвеолярного гребня

2) по центру альвеолярного гребня или чуть-чуть щечно

3) по центру альвеолярного гребня или чуть-чуть орально

4) по краю альвеолярного гребня

72. Для установки пластинчатого имплантата после разреза ткани десны отслаивают на глубину:

1) с каждой поверхности альвеолярного отростка на глубину 5-10мм

2) с каждой поверхности альвеолярного отростка на глубину 10-15мм

3) с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка на глубину 5-10 мм

4) с оральной поверхности альвеолярного отростка на глубину 10-15 мм

73. Для пластиночного имплантата ложе имплнтата формируется:

1) на 1-2 мм короче его размеров

2) на 1-2 мм длиннее его размеров мезиально

3) на 1-2 мм длиннее его размеров с каждой стороны

4) на 1-2 мм длиннее его размеров дистально

74. Перед тем, как формировать костное ложе, для пластинчатого имплантата следует, через кортикальную пластинку в губчаток вещество, сделать каналы:

1) вертикальные по центру альвеолярного гребня

2) параллельно с остальными имплантатами

3) параллельно с естественными зубами

4) вертикальные по центру альвеолярного гребня на расстоянии 3-5 мм и параллельные друг другу

75. После предварительной фиксации пластиночного имплантата основание культевой части должно находиться на расстоянии:

1) 1 мм от вершины альвеолярного гребня

2) 2 мм от вершины альвеолярного гребня

3) 3 мм от вершины альвеолярного гребня

4) 4-5 мм от вершины альвеолярного гребня

76. 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

77. Абсолютным противопоказнием к дентальной имплантации является:

1) аномалии прикуса

2) пародонтит

3) беременность

4) заболевания крови и кроветворных органов

78. Относительным противопоказнием к дентальной имплантации является:

1) отсутствие одного из зубов во фронтальном отделе

2) неудовлетворительная гигиена полости рта

3) заболевания цнс

4) односторонний и двухсторонний концевой деффекты зубного ряда

79. 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

80. Какова потеря костной ткани в первый год функционирования, при нормальной остеоинтеграции?

1) 0,1-0,5 мм

2) 0,5-1,5 мм

3) 2-3 мм

4) 3-4 мм

81. Какова доля коллагена первого типа от общего количества органического матрикса костной ткани?

1) 30%

2) 50%

3) 70%

4) 90%

82. Пациент предъявляет жалобы на отсутствие двух жевательных зубов на нижней челюсти справа, какой вид конструкции необходимо предложить пациенту?

1) съемный пластиночный протез

2) консольный или мостовидный протез

3) протезирование с опорой на имплантаты

4) все вышеперечисленные

83. Какой биомеханический тест применяется для оценки конструктивных особенностей внутрикостной части имплантата?

1) тест на максимальную нагрузку имплантата

2) тест на сдвиг имплантата в кости

3) тест на теплопроводность имплантата

4) тест на устойчивость к коррозии

84. Имплантаты по характеру поверхности внутрикостной части могут быть:

1) текстурированные

2) пористые

3) керамические

4) компактные

85. Имплантаты по методу расположения в тканях могут быть:

1) пластинчатые

2) винтовые

3) субпериостальные

4) самонарезные

86. Пациенту в день обращения в стоматологическую поликлинику был удален зуб 2.1, и установлена внутрикостная часть имплантата, рана ушита. Какая методика Д/И была проведена?

1) отсроченная одноэтапная

2) отсроченная двухэтапная

3) непосредственная одноэтапная

4) непосредственная двухэтапная

87. Для образования костной ткани на поверхности имплантата необходимо:

1) способность к связыванию специфических белков, обеспечивающих адгезию остеобластов и формирование остеоида на поверхности биосовместимого материала

2) способность диффузии ионов водорода к поверхности твердого вещества

3) способность диффузии ионов калия к поверхности твердого вещества

4) способность десорбции ионов водорода, и их высвобождения с поверхности твердого вещества

88. Материал имплантата и продукты, образующиеся от взаимодействия с биологической средой, должны:

1) оказывать патологическое влияние на окружающие ткани

2) вызывать токсическое, канцерогенное или аллергическое воздействие на ткани и организм в целом

3) обеспечивать физическую или химическую связь с матриксом кости

4) подвергаться коррозии и другим структурным изменениям в жидких средах организма

89. При какой поверхности имплантата будет самая высокая выдерживаемая нагрузка?

1) гладкий

2) с титановым напылением

3) с титано-плазменным напылением

4) винтовой с шероховатостью

90. Для изготовления ортопедических конструкций с опорой на имплантаты, расстояние между зубными дугами верхней и нижней челюсти должно быть не менее:

1) 2 мм

2) 5 мм

3) 7 мм

4) 10 мм

91. Медиодистальное расстояние между имплантатами должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

92. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделена должна быть не менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

93. Расстояние между имплантатом и рядом стоящим зубом должно составлять:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 6 мм

4) 8 мм

94. Высота костной ткани над нижнечелюстным каналом не должна быть менее:

1) 2 мм

2) 4 мм

3) 8 мм

4) 10 мм

95. После проверки металлокерамической коронки в полости рта приступают к:

1) индивидуальному окрашиванию и глазурированию;

2) определению цвета;

3) проверке окклюзионных контактов;

4) фиксации.

96. После отливки металлического каркаса приступают к:

1) определению цвета;

2) припасовке металлического каркаса;

3) определению центральной окклюзии;

4) фиксации

97. Какой материал предпочтительнее использовать для снятия оттиска при двухэтапной имплатации:

1) альгинатный

2) гипс

3) силиконовый

3) цинкоксидевгенольный

98. Неплотное прилегание абатмента к внутрикостной части имплантата, служащее местом скопления микробиологического налета приведет к:

1) перимплантиту

2) перелому имплантата

3) перелому винта

4) перелому карскаса

99. Проприоцептивная чувствительность у имплантата возникает при усилии равном:

1) 3 г

2) 5 г

3) 7 г

4) 9 г

100. К критериям успеха дентальной имплантации по Альбрехтсону не относят:

1) срок функционирования менее 8 лет

2) отсутствие негативных симптомов

3) отсутствие прогрессирующей резорбции костной ткани

4) отсутствие повреждений соседних анатомических структур

101. К поздним осложнениям воспалительного характера относят:

1) расхождение швов

2) отек

3) периимплантит

4) гематому

102 К послеоперационным осложнениям относят:

1) гематому

2) перелом инструмента

3) перфорация дна гайморовой пазухи

4) перфорация дна носовой пазухи

103. К интраоперационным осложнениям при проведении синус-лифтинга относится:

1) образование гематомы

2) отек

3) одонтогенный синусит

4) повреждение мембраны Шнайдера

104. К причинам переломов имплантатов относится:

1) изготовление консольных мостовидных протезов на верхнюю челюсть с опорой на имплантаты

2) выбор диаметра имплантата в соответствии с предполагаемой биомеханической нагрузкой

3) правильно выверенные окклюзионные контакты;

4) правильно выбранная ортопедическая конструкция

105. Реимплантация проводится не раньше, чем через:

1) 2 недели

2) 3 недели

3) 6 недель

4) 12 недель

106. При периимплантите глубина зондирования составляет:

1) менее 2 мм

2) менее 4 мм

3) 5 мм

4) более 6 мм

107. К третьему классу периимплантита относится:

1) умеренно выраженное снижение горизонтального уровня кости с образованием вертикального дефекта кости по периметру имплантата

2) умеренное снижение уровня кости с образованием изолированного одностороннего вертикального дефекта костной ткани на границе раздела имплантат/кость

3) незначительное горизонтальное снижение уровня кости с образованием минимального дефекта окружающей имплантат костной ткани

4) выраженное снижение горизонтального уровня кости и образование вертикального дефекта вокруг имплантата с резорбцией одной из стенок кости альвеолярного отростка

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикаторы достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций | знать основные информационные источники в стоматологии, методы решения проблемных ситуаций в познавательной и профессиональной деятельности | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-150 |
| уметь применять к конкретному фактическому материалу теоретические знания, необходимые для решения проблемных ситуаций в сфере стоматологии | Задачи 1-35 |
| владеть навыками использования источников информации для решения проблемных ситуаций в области стоматологии | Задачи 1-35 |
| 2 | ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач | Инд.ОПК6.1. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения наиболее распространенных заболеваний под врачебным контролем на основе знаний о показаниях, противопоказаниях, побочных действиях и возможных осложнениях | знать механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-230 |
| уметь анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов | Задачи 1- 47 |
| владеть навыками назначения немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов и медицинских изделий | Задачи 1- 47 |
| 3 | ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний | Инд.ПК1.3. Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | знать этиологию, патогенез, клинические проявления и методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-237 |
| уметь производить осмотр пациента, анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия и др.) | Задачи 1-47 |
| владеть навыками проведения осмотра пациента, интерпретацией и анализом результатов осмотра и обследования пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-47 |
| 4 | ПК-2 Способен установить показания к выполнению и интерпретировать результаты современных методов исследования: рентгенологических (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы на пленочных и цифровых носителях) лабораторных, инструментальных, цитологического и биопсийного материала с целью установления окончательного диагноза стоматологического заболевания | Инд.ПК2.1. Составляет план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать принципы биохимического анализа и клинико-биохимической лабораторной диагностики заболеваний | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-237 |
| уметь пользоваться физическим, химическим оборудованием. проводить элементарную статистическую обработку экспериментальных данных химических и биохимических экспериментов, интерпретировать данные, полученные в ходе эксперимента, делать выводы и заключения | Задачи 1-47 |
| владеть навыками работы со стоматологическими инструментами, справочной и научной литературой: вести ее поиск, получать необходимую информацию и интерпретировать ее, делать выводы, заключения для решения профессиональных задач | Задачи 1-47 |
| 5 | ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых | Инд.ПК5.1. Разрабатывает план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать правила назначения, показания и противопоказания к назначению немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-237 |
| уметь составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Задачи 1-47 |
| владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения назначенного лечения | Задачи 1-47 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Методические рекомендации составлены с использованием следующих нормативных документов:

Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №479 от 3.03.2020 г.

Положения П 076.04-2023 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №1410 от 15.06.2023 г.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга (Ртф) обучающегося**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в соответствии с пунктами 6, 8.3, 8.4 положения «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», а также пунктом 7.9 положения «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры» определен следующий порядок формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине, который складывается из оценки за устный ответ, тестирование, письменный контроль и практические навыки (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* оценки за итоговую работу, представленную в виде защиты истории болезни (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)

**4.2. Порядок расчета текущего стандартизированного рейтинга**

4.2.1. При отсутствии пропусков по лекциям и практическим занятиям текущий стандартизированный рейтинг с целью стандартизации значений текущего фактического рейтинга вычисляется по следующей формуле:

**Ртс = (Ртф\*70) / 5**

где,

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг** (**0-70 баллов)**

**Ртф – текущий фактический рейтинг (0-5 баллов)**

4.2.2. При наличии у обучающегося пропусков по лекциям и/или практическим занятиям по неуважительной причине от текущего стандартизированного рейтинга, рассчитанного согласно пункту 4.2.1 вычитывается по 3 балла за каждое пропущенное практическое занятие и по 1 баллу за каждую пропущенную лекцию.

4.2.3. При пропуске лекций/практических занятий по уважительной причине, студенту дается 2 недели на отработку пропуска и по окончании этого срока будет производиться расчет Ртс согласно пункту 4.2.2.

**4.3. Порядок расчета бонусного рейтинга**

Бонусный рейтинг рассчитывается отдельно после подсчета текущего стандартизированного рейтинга и определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Бонусные баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде:  1-е место  2-е место  3-е место  участие | 3  2  2  1 |

**4.4. Порядок расчета зачетного / экзаменационного рейтинга**

4.4.1. Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

* Промежуточная аттестация проводится в форме зачета / экзамена.
* Зачет проходит в форме тестирования в информационной системе ОрГМУ / по зачетным билетам.
* Экзамен проходит по экзаменационным билетам.
* К промежуточной аттестации допускаются студенты, имеющие значение текущего стандартизированного и бонусного рейтинга 35 баллов и более.
* Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (в виде тестирования) и выражается в процентах от 71 до 100 в зависимости от результата тестирования. Результат тестирования менее 71% считается неудовлетворительным и у студента формируется академическая задолженность.

Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

* Зачетный / экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (по билетам) и выражается в баллах от 0 до 30.

Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зачетный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен, дифференцированный зачет** | **Зачет** |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15-20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4.4.2. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного / экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

4.4.4. В случае неявки на зачет / экзамен, а также получения обучающимся зачетного / экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не рассчитывается.

**4.5. Порядок расчета дисциплинарного рейтинга обучающегося**

После успешной сдачи промежуточной аттестации производится расчет дисциплинарного рейтинга (Рд) по следующей формуле:

**Рд = Ртс + Б + Рзс/Рэ**

где,

Рд **–** дисциплинарный рейтинг (максимально 105 баллов)

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг (35-70 баллов)**

**Б – бонусные баллы (0-5 баллов)**

Рзс –зачетный стандартизированный рейтинг (15-30 баллов)

Рэ – экзаменационный рейтинг (15-30 баллов)

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен** | **Зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |