**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра терапевтической стоматологии**

**Отдел производственной практики**

**Производственная практика студентов 4 курса**

**по квалификации - помощник врача стоматолога (ортопеда)**

**(Простое зубопротезирование и протезирование при полном отсутствии зубов)**

 ОРЕНБУРГ 2016

В методических указаниях излагаются основные положения и организационные основы производственной практики студентов. Перечисляется перечень навыков, необходимых для освоения студентами в процессе прохождения практики в качестве помощника врача - стоматолога (ортопеда).

Методические указания предназначены для руководителей практики и студентов 4 курса стоматологического факультета.

Составители: Заведующая кафедрой терапевтической стоматологии к.м.н., доцент Кочкина Н.Н., к.м.н., доцент Демина Р.Р.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………………………4

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ……………………………………………………………………...4

3. ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ……………………………………8

4. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ………………………..10

4.1. ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ…………………………………………………………………….14

5. УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА……………………………15

5.1. ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА ЗАДАНИЯ ПО НИРС…………18

6. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА…………………………………………19

7. ПРИЛОЖЕНИЕ……………………………………………………………………………...20

8. ТЕСТЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНАЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ……………..30

**1. ВВЕДЕНИЕ**

С целью оптимизации профессиональной подготовки студентов 4 курса стоматологического факультета в соответствии с программой по циклу "Ортопедическая стоматология" проводится производственная практика в качестве помощника врача-стоматолога (ортопеда). Практика проводится после весеннего семестра. В течение 2 недель (3 зачетных единицы) студенты принимают пациентов вместе с врачом. За время практики студент должен закрепить и практически применить знания и навыки, полученные при изучении клинических и теоретических дисциплин, касающихся методов обследования больного в ортопедическом стоматологическом отделении, с клинической картиной (симптоматологией) при дефектах коронок зубов, частичной и полной потери зубов, оздоровительными мероприятиями в полости рта перед протезированием больного, а также освоить предусмотренный учебной программой перечень практических навыков по дисциплине «Простое зубопротезирование и протезирование при полном отсутствии зубов». Студент должен научиться заполнять учетно-отчетную документацию стоматологической поликлиники. Ежедневно проводится заполнение дневника производственной практики, который проверяет базовый руководитель. По итогам производственной практики выставляется оценка в зачетную книжку.

**2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Программа производственной практики «Помощник врача стоматолога (ортопеда)» составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВПО по направлению подготовки (специальности) 060201 Стоматология, утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 14 января 2011 г. № 16.

**Цель практики:** закрепление и практическое применение знаний и навыков, полученных при изучении студентами клинических и теоретических дисциплин, касающихся вопросов диагностики и лечения при частичной и полной потери зубов, среди различных контингентов населения; освоение предусмотренного учебной программой перечня практических навыков по дисциплине «Простое зубопротезирование и протезирование при полном отсутствии зубов».

**Задачи производственной практики:**

1.Закрепление и совершенствование студентами практических навыков и теоретических знаний по методике обследования больных, диагностике заболеваний зубов, дефектов зубных рядов и их осложнений.

2.Совершенствовать мануальные навыки при проведении различных этапов ортопедического лечения.

3.Закрепить знания по лабораторным методам изготовления конструкций зубных протезов.

4.Получить практические навыки по санитарно- просветительной работе и выполнению основных принципов профессиональной этики и медицинской деонтологии.

Цель собрания: информация о порядке проведения практики, её целях, принципах распределения студентов по базам города, знакомство с курсовым руководителем, информация о маршрутах транспорта, следующего к базовым ЛПУ, ознакомление с тематикой УИРС, вопросами трудовой дисциплины в подготовительном периоде. На собрании, назначаемом курсовым руководителем перед началом практики, уточняются следующие вопросы: окончательный списочный состав студентов по базам, о материальном обеспечении практики (спецодежда, дневник практики, зачетные книжки, учебная литература и справочный материал, медицинские книжки и пр.),

Выезд на практику в ЛПУ по месту жительства возможен лишь при условии своевременного до 1 мая предоставления курсовому руководителю документов, гарантирующих надлежащие условия её прохождения. К этим документам относится заявление на имя ректора ОрГМУ за подписью студента и трехсторонний договор, подписанный и заверенный печатью ЛПУ (договор предоставляется в 3 экземплярах). После утверждения списков и базовых руководителей приказом ректора ГБОУ ВПО ОрГМУ перевод студентов с одной базы на другую не разрешается.

При возникновении непредвиденных причин опоздания на практику или переноса её сроков необходимо заблаговременно информировать *Отдел производственной практики ГБОУ ВПО ОрГМУ (по телефону: (3532) 40-97-16, лично по адресу: 460014 г.Оренбурга ул. Советская 6 .*

Перечень баз для прохождения практики.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Название базы** | **Адрес** |
| 1. | ГАУЗ «Оренбургская областная стоматологическая поликлиника» | г. Оренбург, ул. Пролетарская, 151 |
| 2. | ГБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №2» | г. Оренбург, пр. Победы, 115 |
| 3. |  ГБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №1» | г. Оренбург,ул. Пушкинская, 39 |
| 4. | ГБУЗ «ГКБ №5» стоматологической поликлиники  | г. Оренбург, ул. Джангильдина, 8 |
| 5. | ООО «Ростошь» стоматологическая поликлиника | г.Оренбург ул. Газпромовская, 72 |
| 6. | ГАУЗ «Городская клиническая больница №6»  | г. Оренбургул. Львовская, 144 |

Практика начинается с общего собрания студентов и представителя администрации базового лечебного учреждения, уточняется список студентов, программа и цель практики, обсуждается организация и объем работы студентов, сроки и графики циркуляции, графики зачетов, требования к оформлению дневника, проводится знакомство студентов с отделением, персоналом, организацией работы, правилами работы регистратуры и рабочего кабинета. Собрание завершается инструктажем по технике безопасности. Контроль соблюдения графика работы возлагается на базового руководителя.

**Обязанности студента в период производственной практики:**

В производственной практике студент работает в качестве помощника врача под руководством и наблюдением опытного куратора и обязан:

В подготовительный период:

Надлежащим образом оформить медицинскую книжку с анализами и результатами осмотров, действительными на период прохождения практики.

В основной период практики:

Выполнять правила внутреннего распорядка поликлиники, иметь соответствующий внешний вид: халат, шапочка, маска, вторая обувь. Соблюдать принципы деонтологии в отношениях с пациентами и медицинским персоналом. Познакомиться в первый же день практики с расписанием работы кабинетов, с формами учета и отчетности получить инструкцию от врача-куратора по технической эксплуатации оборудования и оснащения кабинета, по технике безопасности.

 Заполнять ежедневно дневник по установленной форме, где отражается вся работа, проделанная студентами самостоятельно. На каждое посещение больного (первично и повторно) заполняются графы с жалобами, анамнезом, данные объективного и вспомогательных методов обследования, диагноз, лечение, условные единицы трудоемкости работы. Ежедневно заполняется форма №039

 По окончании практики составляются итоги приобретенных мануальных навыков, общий подсчет условных единиц трудоемкости, проведенной научно-исследовательской и санитарно-просветительской работы.

**Обязанности руководителей практики**

1. Базовый руководитель практики:

- подбирает опытных специалистов в качестве руководителя практики в отделении, издает соответствующий приказ и контролирует их работу;

-совместно с вузовским руководителем организует и контролирует проведение практики студентов в соответствии с договором и утвержденными графиками;

-обеспечивает качественное проведение инструктажей по охране труда, технике безопасности, правилам внутреннего трудового распорядка;

- помогает в проведении научно-исследовательской работы;

- организует и руководит санитарно-просветительной работой студентов;

- контролирует соблюдение практикантами производственной дисциплины;

-осуществляет учет работы студентов-практикантов.

2. Врач-руководитель:

-знакомит студентов с организацией работы на конкретном рабочем месте, оборудованием, охраной труда и т.п.;

- осуществляет постоянный контроль над производственной работой практикантов, помогает им правильно выполнять все задания на данном рабочем месте, консультирует по производственным вопросам;

- воспитывает у студентов-практикантов навыки врачебной этики и медицинской деонтологии;

- оказывает практическую помощь в работе студентов по заданиям НИРС;

- контролирует ежедневную запись в листе отчета, составляет характеристики на курируемых студентов, уточняет данные, используемые и полученные на базе практики студентом, для написания НИРС.

Курсовой руководитель и руководители практики — преподаватели, ответственные за проведение практики на кафедре: Руководители практики от вуза выбираются кафедрой и перед проведением практики утверждаются приказом ректора.

**Обязанности курсовых руководителей практики:**

- проводить совещания совместно с базовыми руководителями с целью налаживания обратной связи;

-не менее двух раз за две недели посетить базу практики, провести организационное производственное собрание и текущее производственное собрание с целью решения вопросов по заполнению учебной документации, лечебной работе и пр.;

- контролировать своевременность сроков начала и окончания практики, не допуская сокращения практики за счет воскресных, субботних дежурств или работы в две смены;

- следить за выполнением графика работы студентов;

- контролировать выполнение заданий по НИРС;

- обратить внимание на соблюдение графика работы студентов, нарушения трудовой дисциплины;

- определить отношение к практике и студентам со стороны медицинского персонала и администрации лечебного учреждения;

- выявить трудности с подбором материала по темам НИРС;

-выявленные недочеты и нарушения своевременно представить в отдел производственной практики в письменной или устной форме;

- провести аттестацию студентов, прошедших практику.

**3. ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

***Во время производственной практики студент должен освоить:***

1. Оформлять документацию первичного стоматологического пациента;

2. Проводить опрос (жалобы, анамнез);

3. Обследовать пациента:

-осмотр, пальпация мягких тканей лица и костной основы, пальпация ВНЧС;

-определение высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя;

-определения вида прикуса; оценка состояния зубных протезов;

-зондирование зубов;

-определение степени подвижности зубов;

-определение подвижности, податливости и болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта;

4. Формулировать диагноза;

5. Проводить снятие искусственных коронок;

6. Препарировать зубы под искусственные коронки:

-штампованные;

-пластмассовые;

7. Получать анатомические оттиски:

-альгинатными массами;

-силиконовыми массами (двухслойные);

8. Изготавливать гипсовые модели челюстей;

9. Изготавливать восковые базисы с окклюзионными валиками;

10. Изготавливать временные пластмассовые коронки клиническим методом;

11. Препарировать полости зуба под вкладки;

12. Подготавливать корни зубов под штифтовые конструкции;

13. Моделировать восковые композиции:

-вкладки;

-культевой штифтовой вкладки;

14. Определять центральную окклюзию;

15. Припасовывать:

-культевые штифтовые вкладки;

-искусственные коронки;

-мостовидные протезы (паянные, металлокерамические, металлопластмассовые);

16. Фиксировать на цемент:

-культевые штифтовые вкладки;

-искусственные коронки;

-мостовидные протезы;

17. Проверять конструкции съемных протезов;

18. Припасовывать и накладывать съемные протезы;

19. Проводить коррекцию съемных протезов;

20. Проводить починку съемных протезов;

21. Определять степень атрофии альвеолярных отростков;

22. Изготавливать индивидуальные ложки;

23. Проводить припасовку индивидуальных ложек по Гербсту;

24. Получать функциональные слепки;

25. Определять центральное соотношение челюстей;

26. Проводить параллелометрию на диагностических моделей при изготовлении шинирующих конструкций;

27. Припасовывать литой каркас бюгельного протеза;

28. Проводить избирательное пришлифовывание зубов;

29. Шинировать с помощью риббонда;

30. Восстанавливать коронковую часть зуба при помощи анкерного штифта.

**Перечень практических навыков (профессиональных компетенций) и уровень их усвоения во время модуля производственной практики «Помощник врача стоматолога ортопеда»**

1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (УМЕТЬ) САМОСТОЯТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ/АССИСТИРОВАТЬ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Принято больных |  |
|  | Всего | 42 |
|  | Первичных | 11 |
|  | Повторных | 33 |
| 2. | Изготовлено протезов несъемных |  |
|  | Всего | 12 |
|  | Одиночных коронок металлических |  |
|  | пластмассовых | 2 |
|  | с облицовкой |  |
|  | Штифтовых зубов | 2 |
|  | вкладок | 2 |
|  | Отдельно-мостовидных |  |
|  | Всего | 4 |
|  | в них коронок | 6 |
|  | фасеток |  |
|  | литых | 1 |
| 3.  | Протезов съемных |  |
|  | всего | 8 |
|  | из них при частичной адентации | 4 |
|  | бюгельных |  |
|  | пластиночных |  |
|  | при полной адении | 4 |
| 4. | Количество лиц, получивших протезы | 11 |

2. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ

**-** основы состояния и функционирования зубочелюстной системы в норме и при патологии;

- методы обследования пациентов, диагностики, планирования ортопедического лечения с использованием различных конструкций несъемных и съемных зубных протезов;

- принципы диагностики и ортопедического лечения патологии твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов несъемными зубными протезами;

- принципы диагностики и ортопедического лечения при дефектах зубных рядов и при полном отсутствии зубов съемными зубными протезами;

- особенности ортопедического лечения взрослых пациентов с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы, при приобретенных дефектах челюстно-лицевой области;

- методики выявления, устранения и профилактики возможных осложнений при пользовании несъемными и съемными зубными протезами;

- технологии и последовательность проведения лабораторных этапов изготовления различных конструкций несъемных и съемных зубных протезов.

**4. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ**

Производственная практика проводится по окончании 6 семестра и продолжается в течение 2-х недель. Последний день практики отводится для аттестации. Зачет принимается курсовым руководителем практики.

К зачету допускаются студенты:

1. Отработавшие необходимое количество часов на производственной практике.

2. Имеющие дневник практики с указанием даты и часов работы с ежедневным отражением выполненных манипуляций, (включая количественный отчет о выполненных манипуляциях за весь период практики), заверенный базовым руководителем практики.

3. Имеющие характеристику с оценкой за подписью базового руководителя или руководителя ЛПУ, заверенную круглой печатью ЛПУ.

Для аттестации студентов во время производственной практики используется балльно-рейтинговая система, разработанная в соответствии с положением о балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений студентов ОрГМУ, принятой на заседании Учёного совета ОрГМУ Рейтинговая система оценки эффективности производственной практики – комплекс мероприятий, обеспечивающих проверку качества практической работы студентов. Алгоритм определения рейтинга студента. Итоговый рейтинговый балл студентов по производственной практике определяется по 100-балльной шкале. Он складывается из рейтинга, полученного в результате текущего контроля практической работы и экзаменационного рейтинга. Текущий контроль включает в себя оценку полноты и качества освоения практических навыков в процессе производственной практики, в том числе отработку необходимых 72 часов, грамотности и полноценности ведения документации (оформление дневника), количественных показателей выполнения перечня практических навыков согласно программы практики, характеристику работы студента, данную главным врачом или другим представителем ЛПУ, ответственным за организацию практики.

Экзаменационный контроль включает: 1) тестирование (60 заданий) по теории основных лечебно-диагностических манипуляций в детской стоматологии; 2) оценку практических навыков путем демонстрации владений, умений или знаний, полученных во время практики. Также отдельно учитывается выполнение во время практики УИРС с назначением премиальных баллов.

**Вид контроля**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид практической работы и форма контроля | Минимальное количество баллов | Максимальное количество баллов |
| 1. Оформление дневника | 25 | 35 |
| 2. Выполнение перечня практических навыков | 10 | 15 |
| 3. Характеристика работы студента | 5 | 10 |
| **Итого** | **40** | **60** |

Дневник практики, отражающий объем ежедневной работы, заверенный подписью базового руководителя практики, который оценивается следующим образом:

25 баллов – в дневнике студент допускает серьезные ошибки в описании объективного статуса, интерпретации результатов обследования, постановке диагноза и составлении плана лечения больного.

30 баллов – дневник без серьезных замечаний, все объективные данные, диагностические и лечебные манипуляции описаны в полном объеме, студент хорошо ориентируется в клинических ситуациях, не допуская существенных ошибок.

35 баллов – дневник без замечаний, все объективные данные, диагностические и лечебные манипуляции описаны в полном объеме, объективная картина соответствует диагнозу и составленному плану лечения.

Цифровой отчет-перечень о выполненных практических навыках оценивается следующим образом:

10 баллов – в цифровом отчете количественно отражено выполнение перечня навыков в большинстве пунктов больше чем на 50%;

15 баллов - в цифровом отчете количественно отражено выполнение перечня навыков в большинстве пунктов больше чем на 80%.

Характеристика оценивается следующим образом:

5 баллов – в характеристике работа студента признается удовлетворительной, не содержится принципиальных замечаний и нарушений трудовой дисциплины, отмечается соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

8 баллов – в характеристике отражается хорошая оценка работы студента, отмечается качественное выполнение манипуляций, добросовестное отношение к работе.

10 баллов - в характеристике отражается отличная оценка работы, достижение особых успехов в освоении практических навыков по уходу за больным и т.п.

Алгоритм определения экзаменационного рейтинга производственной практики

Студент, имеющий рейтинг по производственной практике, в общей сложности не менее 40 баллов, считается допущенным к сдаче экзамена. Студент, имеющий текущий итоговый рейтинг по производственной практике в общей сложности не менее 50 баллов, приобретает право на сдачу экзамена в формате «автомат».

**Виды экзаменационного контроля с диапазонами рейтинговых баллов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды экзаменационного контроля | Количество рейтинговых балловmin | Количество рейтинговых балловmax |
| 1 этап. Тестирование | 10 | 20 |
| 2 этап. Оценка практических навыков | 10 | 20 |
| Итого: | 20 | 40 |

Тестирование каждого студента проводится по 30 заданиям, сформированным случайным образом из вопросов основных диагностических и лечебных манипуляций в клинике профилактической стоматологии. В каждом задании предусмотрен один правильный ответ. Вопросы для подготовки к тестированию размещены на сайте кафедры в разделе «Производственная практика».

Критерии оценки тестового задания:

≤ 70% – 0 баллов

71 - 80% – 10 баллов

81 - 90% – 15 баллов

91 - 100% - 20 баллов

Оценка практических навыков проводится путем демонстрации владений, умений или знаний на фантомах и муляжах следующим образом:

10 баллов – студент, справившийся с выполнением большинства (70%) практических навыков и допустивший при этом погрешности, которые способен исправить под руководством преподавателя, допускает в ответе на теоретические вопросы неточности, имеет погрешности в знаниях, не препятствующих дальнейшему обучению.

15 баллов - студент, продемонстрировавший владение и умение основными практическими навыками, успешно отвечающий на теоретические вопросы.

20 баллов – студент свободно демонстрирует владение и умение практическими навыками, предусмотренными программой, имеет всестороннее и глубокое знание по программному материалу, отвечает полно и без наводящих вопросов.

Алгоритм определения премиальных баллов. С целью поощрения студентов за демонстрацию высоких учебных и практических достижений, выполнение УИРС во время производственной практики, студентам, которые желают сдавать зачет в формате «автомат», могут предоставляться на усмотрение кафедры и отдела производственной практики премиальные баллы (min 20 баллов, max 40 баллов).

Алгоритм определения итогового рейтинга студента по производственной практике

1. Итоговый рейтинг студента по производственной практике определяется в результате суммирования рейтинговых баллов, набранных студентом в течение производственн ой практики по результатам текущего контроля, и рейтинговых баллов, полученных студентом по результатам экзаменационного контроля.

2. Полученные студентом аттестационная оценка и итоговый рейтинг по

производственной практике выставляются в зачётную книжку студента и экзаменационную ведомость. Шкала перевода итогового рейтинга студента по производственной практике в аттестационную оценку

Аттестационная оценка студента

Итоговый рейтинг студента по дисциплине в баллах

«зачтено» 50 – 100

«неудовлетворительно» 0 – 49

«удовлетворительно» 50 – 69

«хорошо» 70 – 84

«отлично» 85 – 100

Порядок и сроки добора баллов

1. После подведения итогов текущего контроля и выставления рейтинга студенту по производственной практике данная информация доводится до сведения студентов руководителем практики.

2. До экзаменационного контроля студент вправе добрать баллы до минимальной суммы рейтинговых баллов (40 рейтинговых баллов), при которой он может быть допущен к экзамену. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме отработок пропущенных дней (часов), переоформления дневника, а также дополнительным выполнением и демонстрацией практических навыков. Таким способом студент может набрать до 10 баллов. При выполнении задания объемом до 20 % студент получает 2 балла, от 20 – 30 % – 3 балла; 30 – 40 % – 4 балла, 40 – 50 % – 5 баллов; 50 – 60 % – 6 баллов; от 60 – 70 % – 7 баллов; от 70 – 80 % – 8 баллов; от 80 – 90 % – 9 баллов; от 90 – 100 % – 10 баллов. Таким образом, каждые 10 % верных действий оцениваются в 1 балл.

3. Добор экзаменационных баллов (до min 20) осуществляется повторной демонстрацией практических навыков и повторным тестированием до достижения положительного результата.

**ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ.**

1. Организация стоматологической ортопедической помощи населению.
2. Структура отделения ортопедической стоматологии стоматологической
поликлиники Медицинская документация ортопедического отделения.
3. Организация рабочего места врача-стоматолога ортопеда. Инструментарий, применяемый для обследования стоматологического больного.
4. Этика и деонтология в деятельности врача-стоматолога ортопеда.
5. Особенности обследования больного в клинике ортопедической стоматологии (при дефектах коронковой части зуба, частичной адентии, полной адентии).
6. Санитарно-гигиенические нормативы врачебного кабинета и
зуботехнической лаборатории. Техника безопасности.
7. Дезинфекция и стерилизация в стоматологии.
8. Особенности биомеханики зубочелюстной системы.
9. Штифтовые конструкции, применяемые в клинике ортопедической
стоматологии (виды, показания, противопоказания, методы изготовления).
10. Особенности изготовления виниров (виды, показания, противопоказания).
11. .Методы изготовления вкладок(виды, показания, противопоказания).
12. Показания и противопоказания к применению пластмассовых коронок, методы изготовления.
13. Показания и противопоказания к применению металлической
штампованной коронки, КЛЭ изготовления.
14. Показания и противопоказания к применению металлокерамических коронок КЛЭ изготовления.
15. Показания к изготовлению пластиночных протезов при частичных дефектах зубных рядов, КЛЭ изготовления.
16. Особенности постановки искусственных зубов на восковых базисах при прогеническом соотношении челюстей (прикусе).
17. Особенности постановки искусственных зубов на восковых базисах при прогнатическом соотношении челюстей (прикусе).
18. Особенности определение центрального соотношения челюстей в
клинике ортопедической стоматологии при частичном и полном отсутствии зубов.
19. Особенности изготовления восковых шаблонов на верхние и нижнюю челюсти при частичном и полном отсутствии зубов.
20. Симптомы полного отсутствия зубов. Особенности ортопедического лечения полной адентии.
21. Методы фиксации и стабилизации съемных протезов при полном отсутствии зубов.
22. Методы изготовления и припасовки индивидуальной ложки из пластмассы. Пробы Гербста.
23. Обоснование выбора оттискного материала для получения функциональных слепков.
24. Правила пользования ПСПП и механизм адаптации к ним.
25. Особенности повторного протезирования с полной утратой зубов.
26. Особенности планирования конструкций дугового протеза (параллелометрия).
27. Особенности технологии изготовления каркаса дугового протеза.
28. Клинико-лабораторные этапы изготовления пластмассового базиса
дугового протеза (стадии и режим полимеризации пластмассы).
29. Анатомо-функциональное строение пародонта. Классификация заболеваний тканей пародонта, этиология, патогенез.
30. Избирательное пришлифовывания зубов (показания, требования, методики, правило пришлифовывания зубов).
31. Методы ортопедического лечения очагового поражения тканей пародонта.
32. Методы ортопедического лечения генерализованного поражения тканей пародонта.
33. Требования предъявляемые к шинам. Классификация шин применяемых при заболеваниях пародонта
34. Обоснование конструкций шин или протеза и их протяженность на основе данных анализа пародонтограмм.
35. Виды стабилизаций и их обоснование.
36. Задачи ортопедического лечения при заболеваниях пародонта.
37. Неотложные состояния в клинике ортопедической стоматологии (обмарок, коллапс, анафилактический шок)

**5. УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

Основная цель научно-исследовательской работы студентов – привить способность самостоятельного решения проблемных задач возрастающего уровня сложности. Студенты проходят этапы становления исследовательского процесса путем написания реферативных сообщений, основанных на изучении литературных источников, проводят клинико-статистические работы на основе анализа историй болезни в поликлинике, а также могут проводить клинические и экспериментальные исследования поискового характера. Итогом работы студента должен быть либо реферативный, либо научный доклад на конференции по итогам практики. Научный доклад может быть представлен на заседание СНО кафедры или оформлен на конкурс студенческих научных работ.

**ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ПО УИРС**

* Значение и место непосредственного протезирования в комплексном лечении пациентов с заболеваниями пародонта.
* Показания, методики, особенности непосредственного протезирования при лечении пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области.
* Патологическая стираемость твердых тканей зубов, этиология, клиника и лечение.
* Виды функциональной перегрузки пародонта. Этиология, клиника и принципы лечения.
* Характеристика сплавов металлов, применяемых в ортопедической стоматологии.
* Гальваноз. Дифференциальная диагностика и лечение.
* Несъемные конструкции из диоксида циркония.

За время прохождения практики каждый студент выполняет научно-исследовательскую работу по заданной теме. Тематика подбирается в зависимости от условий прохождения практики. Выполненное студентом исследование оформляется в виде доклада с соответствующими графиками и иллюстрациями. При выполнении задания студент пользуется помощью ответственного работника (работа с архивом амбулаторных и санационных карт, историй болезни и др.), а преподаватели, проверяющие ход практики, консультируют студентов. Доклады по НИРС представляются вместе с дневником и лучшие заслушиваются на заседаниях СНО кафедры.

**ТЕМЫ НИРС ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**НИРС № 1- Деонтология в отделениях ортопедической стоматологии**

Цель работы. Осветить морально-этические стороны взаимоотношений врача с пациентом, показать административную и юридическую ответственность врача за свою работу.

Задача. Студент знакомится с условиями работы стоматологической поликлиники (отделения, кабинета):

1.Работа регистратуры (как принимают и отвечают пациентам).

2. Условия в момент ожидания приема (информация, имеющаяся для пациента, лиц его сопровождающих, наличие памяток или буклетов и др.).

3. Обстановка в кабинете в момент лечения (применение методов обезболивания, премедикации, отношение персонала к пациентам с неустойчивой нервной системой).

4. Взаимоотношение врача с медицинским персоналом и пациентом в момент лечения.

Методика. Студент оформляет теоретическую часть доклада, на основании литературных данных, затем описывает свои наблюдения, касающиеся конкретных исследований работы медицинского учреждения, где проходит практику, в последовательности постановки задач исследования.

Список использованной литературы.

**НИРС № 2 - Обоснование выбора конструкций зубных протезов при заболеваниях тканей пародонта**

Цель работы. Научиться распределять осматриваемый контингент пациентов по классификации заболеваний тканей пародонта.

Задача:

1. Проанализировать истории болезни, в количестве 50-60 случаев.

Отмечая следующие показатели: возраст; хронические заболевания. В соответствии с полученными данными сформировать группы.

Список использованной литературы.

**НИРС № 3 - Лечение и профилактика непереносимости сплавов металлов зубных протезов у стоматологических больных**

Цель работы. Изучить частоту поражения СОПР после постановки ортопедической конструкции.

Задача:

1. Проанализировать истории болезни 100-120 пациентов, с цель выяснения распространенности и интенсивности аллергологического анамнеза.

Список использованной литературы.

**НИРС № 4 - Реабилитация стоматологических больных с дефектами зубных рядов**

Цель работы. Изучить качество состояния стоматологических больных после восстановления дефектов зубных рядов.

Задача:

1. Проанализировать истории болезни 100-120 стоматологических больных.

Список использованной литературы.

**НИРС № 5 - Лечение больных с дефектами зубных рядов, осложнённых зубочелюстными деформациями и их профилактика**

Цель работы. Определить количество вредных привычек у стоматологических больных. Проанализировать полученные результаты с анализом врожденных и приобретенных патологий ЧЛО.

Задачи:

1.Проанализировать 200 амбулаторных карт (историй болезни) пациентов ортодонтического кабинета (отделения).

2. Дать сравнительный анализ частоты вредных привычек у стоматологических больных с аномалиями зубочелюстной системы.

Список использованной литературы.

*ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА ЗАДАНИЯ ПО НИРС*

**Государственное бюджетное образовательной учреждение высшего профессионального образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра терапевтической стоматологии**

НИРС по теме (название темы)

База производственной практики.

**Исполнитель:** Ф.И.О., курс, группа.

**Руководитель работы:** Ф.И.О. и должность врача базы производственной практики.

**Консультант – проверяющий**: Ф.И.О., должность преподавателя кафедры.

ОРЕНБУРГ 2015

**6. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

По санитарно-просветительной тематике каждый студент во время производственной практики читает лекции или проводит беседу на стоматологическую или общемедицинскую тему, принимает участие в выпуске санитарного бюллетеня.

**Примерная тематика санитарно-просветительных лекций и бесед:**

1. Здоровые зубы — красота человеческого лица.

2. Гигиена полости рта при пользовании съемными протезами.

3. Что такое «микропротез»?

4. Что делать, если у Вас сломался зуб?

5. Виниры.

6. Современная безметалловая керамика

7. Зубы и здоровье.

8. Что такое «брекеты»?

9. Парафункции жевательных мышц.

10. Понятие об имплантации.

11. О микробах полости рта.

12. Что вы знаете о болезнях пародонта?

13.Секрет ослепительной улыбки.

14. Виды съемных протезов, показания к применению.

15. Влияние курения и других вредных привычек на состояние зубочелюстной системы.

Путевка о прочитанной лекции (беседе) заверяется печатью и подписью руководителя базы производственной практики. Дата и темы лекции (беседы) заносится в дневник.

**ПРИЛОЖЕНИЕ.**

1. СХЕМА ЗАПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

№ м.ж.

Фамилия, имя, отчество

Адрес

Возраст Профессия

Диагноз

Жалобы

Развитие настоящего заболевания

Перенесённые и сопутствующие заболевания

Данные объективного исследования. Внешний осмотр

При внешнем осмотре больного (в фас и профиль) оценивают:

цвет кожных покровов;

 симметричность отделов лица (в покое и при центральной окклюзии);

 определяют размеры верхней, средней и нижней трети лица, их соотношение;

 выраженность носогубных и подбородочной складок; выраженность подбородка;

 характер смыкания губ (не смыкаются, смыкаются с напряжением и др.). Нарушение смыкания губ может быть обусловлено функциональной недостаточностью круговой мышцы рта, патологией прикуса, аномалией уздечки верхней губы.

оценивают взаимное расположение челюстей: размеры угла нижней челюсти; состояние жевательных и мимических мышц.

исследуют состояние ВНЧС (пальпаторно, на слух);

определяют наличие звуковых симптомов:

* хруст в височно-нижнечелюстном суставе указывает на

 воспалительный процесс;

* щелчок - дисфункциональные изменения;
* смещение нижней челюсти в одну сторону свидетельствует о

 патологии ВНЧС с одной стороны;

* смещение челюсти в обе стороны (девиация) - о патологии обоих

 ВНЧС.

определяют амплитуду открывания рта;

состояние регионарных околочелюстных лимфоузлов.

2. Осмотр полости рта (преддверия и собственной полости):

* осмотр слизистой оболочки (цвет, плотность, влажность, податливость);
* наличие воспалительных процессов на слизистой оболочке;
* наличие участков кератоза, десквамации и др.;
* состояние слизистой по шву твердого неба;
* состояние переходной складки;
* места прикрепления уздечек, складок; при этом могут встречаться 3 основных типа аномалийных уздечек губ:

I тип - тонкая уздечка, прикрепляющаяся на
расстоянии 4 мм от межзубного сосочка, иногда
вплетающаяся в него, имеющая достаточную длину и не
ограничивающая подвижность губы;

II тип - тонкая, нормально прикрепляющаяся уздечка,
имеющая недостаточную длину, подвижность губы может
быть ограничена;

Ш тип - уздечка, имеющая вид широкого тяжа, вплетающегося в межзубный сосочек. При этом подвижность губы ограничена, часто наблюдается широкая диастема. При отведении губы возникает побледнение межзубного сосочка. Оценивают состояние языка (размер, влажность, цвет). Наличие отпечатка зубов на боковых поверхностях языка указывает на макроглоссию и повышение его функции. Подвижность языка во многом зависит от состояния его уздечки.

Выделяют следующие разновидности аномалийных уздечек языка:

I тип - тонкая уздечка, нормально прикрепляющаяся к
языку, но недостаточная по протяженности, в связи с чем
подвижность языка несколько ограничена;

1. тип - тонкая уздечка, прикрепляющаяся близко к кончику языка и имеющая недостаточную протяженность, при поднятии кончика языка образуется желобок;
2. тип - уздечка имеет вид плотного короткого тяжа, вплетающегося в кончик языка, при выдвижении языка кончик его поворачивается и раздваивается, спинка выбухает.

3. Осмотр зубных рядов начинают с верхних правых моляров, осматривают справа налево все зубы верхней челюсти, а затем в обратном порядке осматривают все зубы нижней челюсти (обязательно указывается и заполняется зубная формула по ВОЗ).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осмотр полости рта. Состояние зубов. Условные обозначения: отсутствует - О, корень - R, кариес - С, пульпит - Р, периодонтит - Pt, пломбированные - П, пародонтоз - А, подвижность -I, II, III (степень), коронка - К, искусственный зуб - И | 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |

В процессе осмотра оценивают:

- цвет зубов, форму коронки, плотность и целостность твердых тканей зуба;

* величину коронки (микродентия, макродентия);
* положение зуба к трем плоскостям (вертикальной, горизонтальной, сагиттальной) и к окклюзионной плоскости; положение зубов в зубной дуге. В соответствии с классификацией Энгля выделяют следующие разновидности аномалий положения зубов - вестибулярное, оральное, мезиальное, дистальное, поворот зуба, супраокклюзия и инфраокклюзия;
* прилегание зубов друг к другу (наличие трем, диастем и др.);

- количество зубов.

4. Состояние пародонта зубов:

* состояние десны (цвет сосочков, отечность, атрофия, гипертрофия, изъязвление и т.д.);
* подвижность зубов (по Энтину);
* состояние зубодесневого прикрепления (нарушено, нет);

- наличие патологических зубодесневых карманов (их глубина и др.).

5. Осмотр зубных дуг:

* целостность зубных рядов (концевой, включенный, комбинированный дефекты);
* величина дефектов зубных рядов (малый, средний, большой);
* форма зубных дуг;
* деформация окклюзионной плоскости (окклюзионной поверхности зубов).

6. Прикус:

* ортогнатический, прямой, бипрогнатия, опистогнатия (физиологические);
* прогения, прогнатия, глубокий, перекрестный, открытый и другие (патологические).

7. Форма твердого неба:

* куполообразная;
* готическая;
* плоская;
* наличие небного торуса (размеры, локализация).

8. Состояние альвеолярных отростков челюстей (при
частичном и полном отсутствии зубов):

* степень атрофии (умеренная, резкая, равномерная, неравномерная и др);

наличие костных выступов (экзостозов и острых краев лунки, сохранившихся после удаления зубов);

При обследовании слизистой оболочки беззубых челюстей пользуются классификацией Суппли (4 класса).

9. При осмотре верхней и нижней зубных дуг определяют следующее:

* Число имеющихся зубов;
* Наличие, топографию и протяженность дефектов в зубных

рядах: малый, средний, большой, включенный, концевой, комбинированный.

* Замещены отсутствующие зубы протезами и их вид;
* Характер контакта между стоящими зубами;
* Соотношение внеальвеолярной и внутриальвеолярной частей;
* Форма и положение каждого зуба;
* Уровень окклюзионной поверхности;
* Наличие окклюзионной плоскости. При описании расположения зубов в зубном ряду отмечаются атипично расположенные зубы, а также все отсутствующие. Вариантов отсутствующих зубов может быть великое множество от одного отсутствующего зуба в зубном ряду до наличия на челюсти всего одного зуба. Для систематизации этих вариантов используется классификация Кеннеди (1942), что указывается в диагнозе.

10. При полном отсутствии зубов определяют тип атрофии беззубой челюсти:

* на верхней челюсти по Шредеру (3 типа);
* на нижней челюсти по Келлеру (4 типа).

**Предварительный диагноз.**

Предварительный диагноз ставится на основании всего комплекса данных, полученных из анамнеза и при клиническом обследовании больного.

Например. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти

- 3— класс; на нижней челюсти 2-ой класс по Кеннеди.
Этиологический фактор: кариес и его осложнения.

Дополнительные (специальные) методы обследования:

1. Рентгенологические методы:

* прицельная дентальная рентгенография;
* ортопантомография;
* томография (в т.ч. компьютерная);
* радиовизиография.

2. Статические методы определения жевательной
эффективности по Агапову (число всегда четное).

3. Одонтопародонтограмма.
4.Определение гигиенических индексов.

5.Клинический и биохимический анализы крови, мочи.

6. Изучение диагностических моделей.

7.Консультация врачей других специальностей.

**Клинический диагноз.**

Включает в себя: основное заболевание, сопутствующее. Выражает морфологические, функциональные нарушения и этиопатогенез.

Примеры написания окончательного диагноза:

1.При частичном отсутствии зубов - «Частичное отсутствие зубов верхней челюсти. *3ий* класс; на нижней челюсти 1 класс по Кеннеди. Потеря жевательной эффективности по Агапову 20%. Этиологический фактор: кариес и его осложнения».

1. При полном отсутствии зубов - «Полное отсутствие зубов верхней челюсти. Атрофия альвеолярного отростка - 2ой тип по Шредеру. Состояние слизистой оболочки - 1ый класс по Суппли. Полное отсутствие зубов нижней челюсти. Атрофия альвеолярного отростка - *3ий* тип по Келлеру. Состояние слизистой оболочки - *Зии* класс по Суппли. Потеря жевательной эффективности 100%. Этиология заболевания пародонта».
2. При заболеваниях пародонта - «Обострение хронического пародонтита. Генерализованная форма. Средняя степень тяжести. Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти *Зии* класс по Кеннеди. Потеря жевательной эффективности по Агапову 30%. Этиология -пародонтит».
3. При заболеваниях ВНЧС - «Травматический артрит. Хроническая форма. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти - 1ый' класс по Кеннеди. Полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Атрофия альвеолярного отростка - 1*ыи* тип по Келлеру. Состояние слизистой оболочки нижней челюсти - 1 *ьш* класс по Суппли. Потеря жевательной эффективности по Агапову 100%. Этиологический фактор - отсутствие зубов в результате кариеса и его осложнений.

5. Частичная потеря зубов вследствие удаления (левосторонний концевой дефект верхнего зубного ряда); деформация окклюзионной поверхности с нарушением движений нижней челюсти, нарушение функции жевания. В соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра ряд часто встречающихся нозологических единиц заболеваний претерпели изменения при формулировании диагноза.

Например:

Частичная (или полная) вторичная адентия. Более правильная формулировка — Частичная (или полная) потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита (К08.1).

Патологическая стираемость. Правильная формлировка- повышенная стираемость (КО3.0).

Хронический пародонтит очаговый. Правильная формулировка - Хронический пародонтит локализованный (К05.30).

Травматическая окклюзия при полной вторичной адентии. Правильная формулировка — Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травматической окклюзией (К06. 20).

 **План ортопедического лечения.**

1. Восстановление дефектов твердых тканей зуба вкладками, коронками, штифтовыми конструкциями.
2. Восстановление дефектов зубного ряда мостовидными протезами, частичными съемными протезами (в т.ч. на имплантатах).
3. Изготовление полных съемных пластиночных протезов (в т.ч. на имплантатах).
4. Выравнивание окклюзии методами избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов.
5. Изготовление шин, шин-протезов, аппаратов различной конструкции (при заболеваниях пародонта, травмах челюстей, заболеваниях ВНЧС и т.д.).
6. Ортодонтическое лечение (указывается вид аппаратов и лечение в каждом конкретном случае).

 **Дневник ортопедического лечения.**

В амбулаторной истории болезни врач ведет запись каждого посещения больного с указанием жалоб и клинических этапов изготовления ортопедических конструкций.

Примеры написания дневника ортопедического лечения:

02.07.15г. Снятие анатомических слепков с верхней и нижней челюстей «Юпином» для изготовления пластмассовых индивидуальных слепочных ложек. Явка 10.07.15г. Подпись субординатора и врача.

10.07.15г. Припасовка индивидуальных слепочных ложек на беззубые челюсти с использованием проб Гербста. Снятие функциональных слепков с обеих челюстей. Явка 16.07.15 г. Подпись субординатора и врача.

16.07.15г. Определение центрального соотношения челюстей. Нанесение на валиках анатомических ориентиров для постановки искусственных зубов. Определение цвета, формы зубов. Явка 23.07.15г. Подпись субординатора и врача.

23.07.15г. Проверка конструкций полных съемных пластиночных протезов. Явка 30.07.15 г. Подпись субординатора и врача.

30.07.15г. Припасовка и наложение полных съемных пластиночных протезов. Рекомендации по пользованию протезами. Явка на контрольный осмотр 15.08.15 г. Подпись субординатора и врача.

 **Отдаленные результаты лечения.**

1. Отзыв больных о пользовании протезами.
2. Отзыв больных о качестве протезов.
3. Проведение проб (тестов) врачом для определения качества фиксации съемных протезов.
4. Определение степени атрофии беззубых альвеолярных отростков.
5. Контрольная рентгенография опорных зубов (в том числе имплантатов).
6. Томография ВНЧС.
7. Окклюзиография и др.

**Прогноз.**

Предвидение характера развития и исхода заболевания, основанное на знании закономерностей течения патологических процессов - прогноз. Он определяется сущностью заболевания, формой и стадией процесса, временем начала лечения и успехами комплексной или ортопедической терапии. Оценить прогноз можно лишь спустя некоторое время после лечения. Хронические заболевания очень сложны для прогнозирования.

Наставления и советы больному

Подпись студента

Подпись врача-руководителя

**Образец заполнения истории болезни**

**(амбулаторная карта)**

***Фамилия И.О.*** Иванов В.П.

***Год рождения***. 1991.

***Жалобы в настоящий момент:*** нарушение жевания, эстетики.

***Анамнез заболевания:***Сутки назад произошел отлом коронки центрального зуба верхней челюсти при приеме пищи. Зуб лечен три года назад по поводу осложнений кариеса.

***Общее состояние:*** вредные привычки – курит; сопутствующие заболевания – нет; гепатит, туберкулез, сифилис, ВИЧ – отрицает; аллергологический анамнез – неотягощен, анестезии ранее проводились, эффективны, без патологий.

***Внешний осмотр*:** цвет кожных покровов – чистый; лицо – симметрично; тип лица – конический; высота нижней трети лица – не изменина; подбородок не выступает; губы смыкаются – без напряжения; носогубные и подбородочные складки – умеренно выражены; открывание рта – свободное, безболезненное; движения нижней челюсти – плавный, смещение при движении – нет.

***Исследование ВНЧС:*** наличие хруста, щелканья, шумов в ВНЧС при движении нижней челюсти не регистрируются, жевательные мышцы при пальпации – безболезненны, поднижнечелюстных лимфатические узлы при пальпации безболезненны, не увеличены.

***Объективные данные***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | П |  |  |  |  |  | R |  |  |  |  | П | П |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  | П |  | П |  |  |  |  |  |  |  |  | П |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Осмотр СОПР*: слизистая бледно розового цвета, умеренной влажности, десневые сосочки – в норме.

*Обследования зубов и зубных рядов:*

 - интактные зубы без патологии, не подвижны, перкуссия, зондирование безболезненны, температурная реакция отрицательна, пародонтальные карманы – 0,1мм.

 - пломбы в удовлетворительном состоянии, соответствуют прикусу, краевое прилежание – плотное. Зубы не подвижны, перкуссия зондирование – безболезненны, температурная реакция отрицательна. ИРОПЗ 16; 25; 26; 36; 44; 45 – 0,5.

*Вид прикуса:* фиксированный, прямой.

*Состояние зубных рядов:* форма зубных рядов – элипсивидная на верхней челюсти, параболическая на нижней челюсти. Вторичных деформации – нет.

*Язык:* нормальноги размера, овальной формы, уздечка – в норме.

*Дополнительные методы обследования:*

1. от 5.07.2010. на внутриротовой рентгенограмме, в периапикальных тканях 21 зуба без патологических изменений, канал запломбирован до физиологического аперкса, на всем протяжении.

или по И.М. Оксману

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| зубы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | всего |
| В\Ч | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 4 | 25% |
| Н\Ч | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 25% |

Потеря жевательной эффективности – 3% по И.М. Оксману.

***ДИАГНОЗ –*** дефект твердых тканей зуба врезультате кариса, разрушение коронки 21 на 1\2 поверхности, ИРОПЗ 16; 25; 26; 36; 44; 45 – 0,5; потеря жевательной эффективности 3% по И.М. Оксиану.

***План подготовки полости рта к протезированию*** не проводили.

***План ортопедического лечения:*** культевая штифтовая конструкция на 21 зуб; одиночная металлокерамическая коронка на 21 зуб.

**Правила пользования зубными съемными протезами**

• Процесс привыкания к съемным зубным протезам носит сложный характер и длится в среднем 30—40 дней. В.Ю. Курляндский выделяет три фазы адаптации к съемным зубным протезам:

I — фаза раздражения (2—3 дня)

II — фаза частичного торможения (около 1 недели);

III— фаза полного торможения (до 1 месяца).

• В первое время зубные протезы могут вызывать тошноту, обиль­ное слюнотечение, неясность речи, потерю вкусовых ощущений, затруд­ненное откусывание пищи и ее разжевывание. По мере привыкания к протезам все эти явления проходят.

• Имея протез, следует пользоваться им, не снимая его во время разговора и еды. Не рекомендуется пользоваться протезам при ощуще­нии сильной боли.

• В период привыкания к протезам лучше не снимать их во время сна.

• Протезы следует систематически мыть холодной водой с мылом и чистить зубной щеткой с зубным порошком, не реже 2 раз в день.

• Вне полости рта протез следует сохранять в чистом виде в специ­ально приспособленной для этого коробочке, в воде с использованием очищающих таблеток.

• Первое время пища должна быть мягкой, не вязкой, есть необхо­димо медленно, на той стороне, где удобнее. При приеме пищи следует обратить внимание на то, что кусочки должны быть небольшими.

• Во время пользования протезами могут возникать болевые ощу­щения в слизистой. В этих случаях протезы - можно снять и обратиться к врачу для коррекции. Протезы за 2—3 часа до прихода к врачу должны быть в полости рта, чтобы стала очевидной причина, вызывающая боль.

• В целях лучшего привыкания к протезам и восстановления речи (дикции) рекомендуется сосать леденцы, пить сладкий чай, читать вслух.

• Количество коррекций протезов, в большой степени зависит от ат­рофии альвеолярных отростков (челюстей), наличия костных выступов на них ивосприимчивости боли слизистой оболочкой, которая с возрас­том истончается и воспринимает боль сильнее.

• При появлении трещин и перелома в протезе следует обратиться в клинику в целях реставрации протеза.

• Поврежденные места слизистой оболочки следует смазывать ма­зями: календулы, облепихи, solkoseril dental, mundizol gel; полоскать:

настоями шалфея, ромашки, календулы, коры дуба.

**Рекомендуемая литература для подготовки:**

1. Ортопедическая стоматология: Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для мед.вузов. 2003г. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М.

2. Ортопедическая стоматология: Прикладное материаловедение.Трезубов В.Н., Щтейнгарт М.З., Мишнев Л.М .Учебник для мед вузов. СПб.:СпецЛит. 2002

3. Прикладная анатомия жевательного аппарата. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. СПб.:Специалист. 2001

4. Рентгенодиагностика в стоматологии. М. Рабухина Н.А., Аржанцева А.П. ООО «Медицинское информационное агентство». 2003

5. Руководство по ортопедической стоматологии. / Под ред. Н. Копейкина М.: «Триада – Х». 2002

6. Эстетическая стоматология. Луцкая И.К. Справочное пособие. Минск, «Беларусская наука». 2000

**ТЕСТЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНАЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ.**

001. Оттиском называется

1) обратное изображение тканей протезного ложа,

2) прямое изображение тканей протезного ложа.

002. Моделью называется

1) обратное изображение тканей протезного ложа,

2) прямое изображение тканей протезного ложа.

003. Для изучения состояния протезируемого органа перед началом, в процессе и после ортопедического лечения используют модели

1) рабочие,

2) фантомные,

3) вспомогательные,

4) музейные,

5) контрольные.

004.Каким свойством должны обладать все оттискные ма­териалы, без которого невозможно получить оттиск?

1) простотой в обращении,

2) эластичностью,

3) приятным цветом, вкусом и запахом,

4) пластичностью,

5) отсутствием усадки,

6) безвредностью,

7)устойчивостью к ротовой жидкости.

005. Борта и дно стандартной оттискной ложки должны отстоять от зубов

1) на 1—2 мм,

2) 2—4 мм,

3) 3—5 мм,

4) 5-7 мм.

006. Для изготовления диагностических моделей наиболее целесообразно применять оттискные массы

1) альгинатные,

2) гипс,

3) силиконовые,

4) тиоколовые,

5) термомассы.

007. Высокопрочный гипс обозначается как

1) а-гипс, 2) в-гипс.

008. Высота цоколя модели должна быть

1) 0,5-1,0 см, 3) 1,5-2,0 см,

2) 1,0-1,5 см, 4) 2,0-2,5 см,

5) 2,5-3,0 см.

008. Определите назначение двойного оттиска.

1) точное отображение рельефа шейки зуба,

2) получение четкого отображения деталей поверхности препарированного зуба,

3) расширение десневой бороздки,

4)1+2+3.

009. Анатомические оттиски снимаются ложками

1) индивидуальными, 2) стандартными.

 010.Функциональные оттиски снимаются ложками

1)индивидуальными, 2) стандартными.

011. При приготовлении гипса в качестве оттискного материала с целью ускорения схватывания его замешивают

1) на 3—4% растворе поваренной соли,

2) 13—14% растворе поваренной соли,

3) холодном солевом растворе,

4) 1+2,

5) теплом солевом растворе,

6) воде с добавлением сахара,

7) воде с добавлением буры,

8) 1+5.

012. Альгинатные оттискные материалы замешиваются

1) на холодной воде,

2) теплой воде,

3) 3—4% растворе поваренной соли,

4) воде с добавлением сахара,

5) воде с добавлением буры.

013. Оттискные материалы относятся к группе

1) конструкционных материалов,

2*)* вспомогательных материалов,

3) зуботехнических материалов.

014. Гипсовые модели по оттискам из альгинатных материа­лов следует отливать после выведения последних изо рта больного не позднее чем

1) через 15—20 мин,

2) 1 час,

3) 2 часа.

015. Одиночно стоящий корень на нижней челюсти оставлять

1) следует, 2) не следует.

016. Одиночно стоящий зуб на нижней челюсти оставлять

1) следует, 2) не следует.

017. Одиночно стоящий зуб на верхней челюсти оставлять

1) следует, 2)не следует, 3) следует после тщательного изучения показаний к его сохранению.

018. Специальная ортопедическая подготовка больных к ор­топедическому лечению складывается

1) из протезирования разрушенных зубов искусственны­ми коронками,

2) устранения деформации зубного ряда с помощью ортодонтической аппаратуры,

3) исправления зубочелюстных аномалий,

4) укорочения зубов, деформирующих окклюзионную плоскость,

5) выравнивания окклюзионной поверхности путем по­вышения межальвеолярной высоты,

6) восстановления разрушенных зубов культевыми вклад­ками.

019. У больных с полной потерей зубов угол нижней челюсти

1) уменьшается, 3) увеличивается,

2) не изменяется, 4) деформируется.

020. Носогубные складки у больных с полной потерей зубов

1) резко выражены, 3) деформированы,

2) сглажены, 4) асимметричны, 5) не изменены.

021. Углы рта у больного с полной потерей зубов

1) западают, 3) не изменены,

2) приподняты, 4) опущены.

022. У больных с полной потерей зубов на верхней челюсти в большей степени выражена атрофия

1) вестибулярной поверхности альвеолярного отростка,

2) небной поверхности альвеолярного отростка,

3) вершины альвеолярного отростка.

023. У больных с полной потерей зубов на нижней челюсти в переднем отделе в большей степени выражена атро­фия

1) вестибулярной поверхности альвеолярного отростка,

2) гребня альвеолярной части,

3) язычной поверхности альвеолярного отростка,

4) язычной поверхности альвеолярной части.

024. У больных с полной потерей зубов на нижней челюсти в боковых отделах в большей степени выражена атро­фия

1) гребня альвеолярного отростка,

2) язычной поверхности альвеолярной части,

3) гребня альвеолярной части,

4) вестибулярной поверхности альвеолярного отростка.

025. С полной потерей зубов морфологические признаки нижней прогнатии

1) стираются, 2) усиливаются.

026. При полной потере зубов суставная ямка височной кости

1) уплощается,

2) углубляется,

3) деформируется.

027.У людей углы рта находятся на уровне окклюзионной поверхности зубов

1)13 и 23, 2) 14 и 24, 3)24 и 34, 4) 34 и 44, 5) 15 и 25.

028. Если причиной полной потери зубов был пародонтит, то атрофические процессы в челюстных костях протека­ют

1) быстрее, 2) медленнее, 3) длительнее.

029. В классификации Шредера представлены

1) пять типов атрофии беззубой нижней челюсти,

2) три типа атрофии беззубой нижней челюсти,

3) три типа атрофии беззубой верхней челюсти.

030. Полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и верхнечелюст­ных бугров, плоское небо и широкий торус — характерные признаки

1)атрофии челюсти по второму типу классификация Шредера,

2) атрофии челюсти по третьему типу классификация Келлера,

3) атрофии челюсти по пятому типу классификации Дой-никова,

4) атрофии челюсти по третьему типу классификации

Шредера,

5) атрофии челюсти по четвертому типу классификации Курляндского.

031. Толщина края пластмассовой индивидуальной ложки в среднем равна

1) 1,0 мм, 2) 2,0 мм, 3) 3,5 мм.

032. Зоны слизистой оболочки твердого неба с обширными сосудистыми полями Е.И. Гавриловым названы

1) амортизационными зонами, 2) буферными зонами, 3) сосудистыми зонами.

033.Способность слизистой оболочки изменять уровень ре­льефа при вертикальном давлении называется

1) сдавливаемостью, 2) податливостью, 3) подвижностью.

034. полной потерей зубов морфологические признаки верхнечелюстной прогнатии

1) могут сглаживаться, 2)сохраняются полностью.

035. Классификация Шредера относится

1) к дефектам зубных рядов,

2) беззубым верхней и нижней челюстям,

3) беззубой верхней челюсти,

4) беззубой нижней челюсти.

036. Укажите количество типов слизистой оболочки поло­сти рта, предложенных Суппле в своей классифика­ции.

1)три, 2) четыре, 3) пять, 4) шесть.

037. Наибольшей податливостью обладает слизистая обо­лочка

1) в области сагиттального шва твердого неба,

2) в области поперечных складок твердого неба,

3) покрывающая вершину альвеолярного отростка,

4) в области задней трети твердого неба.

038. Слизистая оболочка, покрывающая мышцы и смещаю­щаяся при сокращении последних, называется

1) активно-подвижной слизистой оболочкой,

2) пассивно-подвижной слизистой оболочкой,

3) нейтральной зоной,

4) клапанной зоной.

039. При снятии оттиска с верхней челюсти ложку с оттискной массой, как правило, прижимают к челюсти

1) строго вертикально,

2) сзади наперед,

3) спереди назад,

4) произвольно.

040. При снятии оттиска с нижней челюсти ложку с оттискной массой, как правило, прижимают к челюсти

1) строго вертикально,

2) сзади наперед

3) спереди назад,

4) произвольно.

041. Согласно статистике, полное отсутствие зубов у людей старше 60 лет встречается

1) у 15% из них, 2) 25% из них, 3) 40% из них, 4) 50% из них,

5) 60% из них.

042. Согласно статистике, не пользуются съемными проте­зами при полной потере зубов

1) 5% больных, 2) 15% больных, 3) 25% больных, 4) 40% больных,

5) 60% больных.

043.Наиболее благоприятная форма ската альвеолярного отростка для сохранения замыкающего клапана по краю полного протеза во время жевания — это

1) пологая, 2) отвесная, 3) конусообразная, 4) с навесами.

044.Первый тип атрофии беззубых челюстей по Оксману — это

1) неравномерная, умеренная атрофия,

2) равномерная, незначительная атрофия,

3) равномерная, средневыраженная,

4) равномерная, сильно выраженная,

5) неравномерная, средневыраженная.

045. Классификация Келлера относится

1) к оттискным материалам,

2) дефектам зубных рядов,

3) беззубым верхней и нижней челюстям,

4) беззубой нижней челюсти,

5) беззубой верхней челюсти.

046. Слизистую оболочку, покрывающую продольными складками альвеолярные части нижней челюсти после ее сильной атрофии, Суппле относит

1) к первому типу, 3) третьему типу,

2) второму типу, 4) четвертому типу.

047. Рыхлую, податливую слизистую оболочку Суппле от­нес

1) к первому типу, 3) третьему типу,

2) второму типу, 4) четвертому типу.

048. Многокорневой зуб с гранулемой у одного из корней под опору мостовидного протеза использовать

1) нельзя,

2) можно всегда,

3) можно, если провести ампутацию пораженного корня

4) можно, если канал корня запломбирован до верхушки на десне в области проекции верхушки корня отсут­ствует свищ и в анамнезе не отмечается склонности к обострению воспалительного процесса.

049. Одиночно стоящий зуб на верхней челюсти целесооб­разно сохранить

1) при плохих условиях фиксации полного съемного про­теза,

2) при дефектах неба,

3)при опасении врача за исход протезирования,

4) если одиночно стоящими зубами являются резцы,

5) если одиночно стоящий зуб имеет подвижность I сте­пени, а условия фиксации протеза хорошие.

050. Оздоровительная подготовка больных к ортопедичес­кому лечению складывается

1)из лечения больных зубов,

2) удаления рубцов по переходной складке,

3) удаления непригодных для протезирования корней и зубов,

4) исправления положения опорных зубов,

5) удаления зубных отложений,

6) лечения заболеваний слизистой оболочки,

7) удаления острых костных выступов на беззубом аль­веолярном отростке.

051.Специальная терапевтическая подготовка больных к ор­топедическому лечению складывается

1)из лечения больных зубов,

2) удаления зубных отложений,

3)депульпирования зубов, подлежащих значительному укорочению,

4) подготовки зубов перед гемисекцией, ампутацией корней и т.д.,

5) депульпирования наклоненных, аномалийно располо­женных зубов.

052. Специальная хирургическая подготовка больных к ор­топедическому лечению складывается

1)из удаления непригодных для протезирования корней

и зубов,

2) удаления рубцов по переходной складке,

 3) введения поднадкостничного имплантата,

4) удаления эпулиса,

5) углубления преддверия полости рта,

6) пластики вершины беззубой альвеолярной части.

053. Назовите процессы, происходящие с оттисками из об­ратимых гидроколлоидов при их старении.

1) уменьшение массы оттиска в объеме при сохранении

формы,

2) выделение на поверхность оттиска жидкости (среды),

3) коробление поверхности,

4) появление на поверхности оттиска порошкообразного

налета.

054.Силиконовые и тиоколовые оттискные материалы при­меняются

1) Для дублирования моделей,

2)Получения двойных (корригированных) оттисков,

3) получения функциональных оттисков с беззубых че­люстей,

4)получения функциональных оттисков при частичной потере зубов,

5) объемного моделирования полированной поверхнос­ти полного протеза,

6) получения оттиска при перебазировке протеза,

7) получения оттиска при помощи медного кольца.

055. Избыток влаги при замешивании гипса

1) ускоряет его схватывание,

2) замедляет его схватывание,

3) снижает прочность застывшего гипса,

4) повышает прочность застывшего гипса,

5) приводит к повышению пористости в застывшем гипсе.

056. Механохимическое расширение десневых бороздок перед получением двойного (корригированного) оттис­ка проводят с помощью хлопчатобумажных нитей или ретракционных колец, пропитанных растворами

1) ортофосфорной кислоты,

2) алюмокалиевых квасцов,

3) 0,05—0,1% раствора галазолина,

4) гидрохлорида эфедрина,

5) трихлоруксусной кислоты,

6) гидроокиси кальция.

057. Укажите наиболее эффективные способы борьбы с повышенным рвотным рефлексом при получении слепков.

1) подбор ложки соответствующего размера,

2) недопущение избытка оттискной массы,

3)изменение способов ускорения схватывания оттискных материалов,

4)прием пациентом за 30-40 минут до снятия оттисков галоперидола в дозах 0,0015-0,002 г.

058.Скорость схватывания тиоколовых оттискных материалов увеличивается

1) при повышении температуры,

2) понижении температуры,

3) добавлении в смесь 2—3 капель воды.

059. Диагностические модели необходимы

1)для уточнения характера смыкания зубных рядов с оральной стороны,

2) антропометрических измерений,

3) определения наклона коронок зубов,

4) определения клинического экватора,

5) определения общей экваторной линии зубного ряда,

6) уточнения конструкционных особенностей зубных протезов,

7) уточнения задней границы протеза,

8) контроля качества лечения,

9) 1+2+3+4+5+6+7,

10) 1+2+3+6+7+8.

060. Оттискные материалы на основе агар-агара морских водорослей относятся

1) к необратимым гидроколлоидам, 2) обратимым гидроколлоидам.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **ответы** | **№** | **ответы** |
| 1 |  | 31 |  |
| 2 |  | 32 |  |
| 3 |  | 33 |  |
| 4 |  | 34 |  |
| 5 |  | 35 |  |
| 6 |  | 36 |  |
| 7 |  | 37 |  |
| 8 |  | 38 |  |
| 9 |  | 39 |  |
| 10 |  | 40 |  |
| 11 |  | 41 |  |
| 12 |  | 42 |  |
| 13 |  | 43 |  |
| 14 |  | 44 |  |
| 15 |  | 45 |  |
| 16 |  | 46 |  |
| 17 |  | 47 |  |
| 18 |  | 48 |  |
| 19 |  | 49 |  |
| 20 |  | 50 |  |
| 21 |  | 51 |  |
| 22 |  | 52 |  |
| 23 |  | 53 |  |
| 24 |  | 54 |  |
| 25 |  | 55 |  |
| 26 |  | 56 |  |
| 27 |  | 57 |  |
| 28 |  | 58 |  |
| 29 |  | 59 |  |
| 30 |  | 60 |  |