Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра стоматологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«17» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.75 Стоматология ортопедическая

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1118 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-стоматолог-ортопед».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-стоматолог-ортопед».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

- готовностью к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6)

Лечебная деятельность:

- готовностью к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи (ПК-7);

- готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8).

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья

окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10).

Организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовностью к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Функциональные методы исследования в ортопедической стоматологии:

1) осмотр;
2) пальпация;
3) перкуссия;
4) реография;
5) определение подвижности зубов.

2. Лабораторные методы исследования в ортопедической стоматологии:

1) термометрия;
2) рентгенография;
3) электроодонтодиагностика;
3) верно 1, 2;
4) верно все.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.75 Стоматология ортопедическая.

Примеры контрольных вопросов:

1. Показания и противопоказания к изготовлению металлокерамических и керамических протезов.

2. CAD/CAM технологии при изготовлении вкладок и виниров. Особенности препарирования.

Примеры контрольных заданий:

1. Применение современных методов местного обезболивания в практике ортопедической стоматологии.
2. Оказание помощи при неотложных состояниях при ортопедическом лечении: анафилактическом шоке, коллапсе, острой сердечно-сосудистой недостаточности, асфиксии.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

В клинику обратился пациент с жалобой на эстетический дефект коронковой части зуба 11. Зуб разрушен на ½ коронковой части зуба ИРОПЗ – 0.6. Прикус ортогнатический. Слизистая бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, патологических изменений не наблюдается. У пациента высокие эстетические требования.

Вопрос: какой план ортопедической реабилитации пациента вы предложите?

Ситуационная задача № 2.

В клинику обратился пациент с жалобой на разрушение 36,37 зуба. 36 разрушен на ½ коронковой части зуба ИРОПЗ – 0.6. 37 разрушен на ⅔ коронковой части зуба ИРОПЗ – 0.8. Прикус ортогнатический. Слизистая бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, патологических изменений не наблюдается. У пациента высокие эстетические требования.

Вопрос: какой план ортопедической реабилитации пациента вы предложите?

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90 % и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80 % до 89 % правильных ответов – **хорошо**;
- от 70 % до 79 % правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70 % правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Базикян Э. А. Стоматологический инструментарий / Э. А. Базикян – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-4049-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440490.html

2. Кулаков А. А. Дентальная имплантация / под ред. Кулакова А. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-4541-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445419.html

3. Лебеденко И. Ю. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 824 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-4948-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449486.html

Дополнительная литература:

1. Ремизова А. А. Клинические аспекты лечения пациентов бюгельными протезами: учебное пособие / А. А. Ремизова, М. Г. Дзгоева, Ю. И. Тиньгаева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-5868-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458686.html

2. Цаликова Н. А. Ведение истории болезни в клинике ортопедической стоматологии: учебное пособие / под ред. Н. А. Цаликовой, Т. И. Ибрагимова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 96 с. – ISBN 978-5-9704-5826-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458266.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.75 Стоматология ортопедическая

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Стоматология ортопедическая /40	**1. Функциональные методы исследования в ортопедической стоматологии:** 1) осмотр; 2) пальпация; 3) перкуссия; 4) реография; 5) определение подвижности зубов. **2. Лабораторные методы исследования в ортопедической стоматологии:** 1) термометрия; 2) рентгенография; 3) электроодонтодиагностика; 3) верно 1, 2; 4) верно все. **3. Укажите инструмент для определения патологической подвижности зубов:** 1) пинцет стоматологический; 2) зеркало стоматологическое; 3) пародонтальныйзонд; 4) фуркационный зонд; 5) кюреткаГрейси. **4. Метод исследования, показывающий развернутое плоскостное изображение тела и альвеолярного отростка челюсти со всеми зубами это:** 1) контактная внутриротовая рентгенография; 2) окклюзионная рентгенограмма; 3) панорамная рентгенограмма; 4) ортопантомограмма; 5) верно все. **5. Контрфорс верхней челюсти – это:** 1) строго ориентированное губчатое вещество челюсти, воспринимающее жевательное давление; 2) мощное утолщение компактного вещества челюсти, передающее жевательное давление; 3)участки компактной кости челюсти, являющиеся местом прикрепления жевательных мышц; 4)компактные пластинки челюсти, ограничивающие воздухоносные полости. **6. Выдвижение нижней челюсти вперед осуществляется:** 1) двусторонним сокращением височных и собственно

		жевательных мышц; 2) двусторонним сокращением латеральных крыловидных мышц; 3) двусторонним сокращением латеральных и медиальных крыловидных мышц; 4) двусторонним сокращением височных мышц; 5) двусторонним сокращением височных и крыловидных мышц. **7. Рабочей частью функционального элемента зуба как органа являются:** 1) пульпа зуба; 2) эмаль зуба; 3) одонтобласты; 4) твердые ткани зуба и одонтобласты; 5) цементобласты. **8. Названию окклюзионная плоскость соответствует определение:** 1) плоскость, проходящая через режущий край центральных резцов и дистальные бугорки вторых моляров отдельно для каждой из челюстей; 2) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край крыла носа; 3) искривление окклюзионной плоскости в трансверсальном направлении; 4) плоскость, проходящая через козелок уха и нижний край глазницы; 5) искривление окклюзионной плоскости в сагиттальном направлении. **9. Признаки глубокого прикуса:** 1) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние более чем на 1/3 коронки с контактом в области шейки; 2) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы не перекрывают нижние с отсутствием контакта; 3) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние на 1/3 коронки с режуще-бугорковым контактом; 4) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и впереди стоящим, нижние передние зубы перекрывают верхние; 5) нижний первый моляр контактирует с верхним одноименным и позади стоящим, верхние передние зубы перекрывают нижние без межзубного контакта. **10. Цели ортопедического лечения больных с приобретенными дефектами неба:** 1) разобщение полости рта и полости носа; 2) восстановление функций дыхания, жевания, глотания; 3) восстановление фонетики 4) верно 1) и 2);

		5) верно 1), 2) и 3). **11. При каком индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба рекомендуется применять штифтовые культевые конструкции:** 1) 0,2 – 0,3; 2) 0,3 – 0,6; 3) 0,6 – 0,8; 4) более 0,8. **12. При формировании полости под вкладку наиболее опасным местом у резцов являются:** 1) у режущего края; 2) с оральной и вестибулярной сторон на уровне экватора и шейки; 3) оральная вогнутость коронки между бугорком и режущим краем, а также контактные стенки на уровне экватора и шейки. **13. Классификация какой патологии твердых тканей зубов приведена: штриховая форма; пятнистая форма; меловидно-крапчатая форма; деструктивная форма:** 1) гипоплазия эмали; 2) флюороз; 3) лучевой некроз; 4) неполноценный амелогенез; 5) неполнеценный дентиногенез. **14. По классификации полостей коронок зубов по Г. Блэку к первому классу относится:** 1) на проксимальных поверхностях передних зубов; 2) в пришеечной зоне всех зубов; 3) в естественных фиссурах жевательных зубов; 4) на проксимальных поверхностях и углах передних зубов на проксимальных поверхностях. **15. У металлокерамических протезов в сравнении с цельнолитыми металлопластмассовыми протезами:** 1) выше стираемость и цветостойкость; 2) выше стираемость, но ниже цветостойкость; 3) ниже стираемость и цветостойкость; 4) ниже стираемость, но выше цветостойкость. **16. Предел выносливости пародонта премоляров к давлению, т.е. пороговые нагрузки, увеличение которых приводит к возникновению боли:** 1) 25-30 кг; 2) 35-40 кг; 3) 45-50 кг; 4) 55-60 кг; 5) 65-70 кг; 6) 75-80 кг. **17. При восстановлении жевательных зубов в боковых участках верхней и нижней челюсти, какие компоненты окклюзии должны восстанавливаться в первую очередь:** 1) фиссуробугорковое соотношение антагонистов;

		2) высота окклюзии; 3) окклюзионная плоскость; 4) кривая Шпее; 5)все компоненты одновременно. **18. Применение алмазных режущих инструментов и высоких скоростей их вращения позволяет снизить:** 1) вибрацию зуба; 2) нагрев зуба; 3) давление на зуб. **19. При лечении металлокерамическими протезами, при невозможности одновременного протезирования переднего и боковых участков зубного ряда:** 1) вначале замещают передний участок, затем боковые; 2) вначале замещают боковые участки, затем передний; 3) не имеет принципиального различия. **20. При изготовлении металлокерамического протеза фронтальные зубы:** 1) препарируют с циркулярным уступом; 2) препарируют с вестибулярным уступом; 3) препарируют с проксимальными уступами; 4) без уступа. **21. Очень тонкий слой обмазки при литье каркаса металлокерамического протеза вызывает образование:** 1) наплывов; 2) трещин; 3) недоливов или раковин; 4) шероховатости поверхности отливки. **22. При отливке гипсовой модели и заполнении слепка очень жидким супергипсом приводит:** 1) к увеличению усадки гипса; 2) к уменьшению усадки гипса; 3) к образованию пустот и пор в гипсовой модели; 4) к увеличению шероховатости поверхности гипсовой модели. **23. На верхней челюсти при высоком и среднем альвеолярном отростке граница базиса опирающегося протеза проходит с оральной стороны:** 1) на уровне перехода альвеолярного отростка в твердое небо; 2) на уровне середины альвеолярного отростка; 3) на уровне ската альвеолярного отростка; 4) покрывает часть твердого неба; 5)принципиального значения не имеет. **24. Отношение каркаса опирающегося протеза к слизистой оболочке альвеолярного отростка:** 1) касается; 2) отстоит на 0,3 мм; 3) отстоит на 0,5 мм; 4) отстоит на 0,8 мм; 5) отстоит на 1,0 мм. **25. Минимальный размер диаметра основного**

		литника: 1) 1 мм; 2) 1,5 мм; 3) 2 мм; 4) 2,5 мм; 5) 3 мм. **26. Отношение границы базиса частичного пластиночного протеза к фронтальным зубам:** 1) на верхней и нижней челюсти граница проходит по шейкам зубов; 2) на верхней и нижней челюсти граница проходит перекрывая бугорки резцов; 3) на верхней челюсти граница проходит по шейкам зубов, а на нижней – перекрывает бугорки резцов; 4) на верхней челюсти граница проходит перекрывая бугорки резцов, а на нижней – по шейкам зубов. **27. Назовите главный недостаток гнутого кламмера:** 1) высокая прочность; 2) высокая жесткость; 3) высокая упругость; 4) высокая пластичность; 5) простота изготовления; 6) сложность изготовления. **28. Назовите главный критерий выбора опорного зуба под кламмер:** 1) устойчивость зуба; 2) выраженность анатомического экватора; 3) высота клинической коронки; 4) поражение твердых тканей зуба. **29. Показания к изготовлению иммидиат-протеза:** 1) множественный кариес; 2) удаление зубов в связи с пародонтитом; 3) деформация зубных рядов; 4) частичное отсутствие зубов с протяженными дефектами. **30. Шинированию 18, 17, 16, 15, 14 зубов соответствует стабилизация:** 1) парасагиттальная; 2) сагиттальная; 3) фронтальная; 4) по дуге; 5) фронто-сагиттальная. **31. При изготовления съемного протеза на балке на имплантах применяется:** 1) методика «закрытой ложки»; 2) методика «открытой ложки»; 3) методика двуслойного тоттиска; 4) все вышеперечисленное верно; 5) все вышеперечисленное не верно. **32. Для цементной фиксации мостовидного протеза на имплантах применяются цементы:** 1) силикатные;

		2) силико-фосфатные; 3) двойного отверждения; 4) с серебром; 5) водный дентин. **33. При изготовлении консольного мостовидного протеза отрицательным является:** 1) необходимость депульпации опорных зубов; 2) препарирование большого количества опорных зубов; 3) неудовлетворительное эстетическое качество; 4) наличие опорокидывающего момента на опорных зубах; 5) сошлифовывание большого количества тканей опорных зубов. **34. Причиной появления пор в отображении препарированного зуба при снятии двухслойного оттиска может быть:** 1) недостаточное высушивание протезного ложа; 2) плохое проведение ретракции десны; 3) снятие оттиска с компрессией; 4) неравномерное распределение корригирующей массы в базисном слое; 5) верно 1) и 4). **35. Эффект «широкой» литой коронки возникает при:** 1) нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака в области шейки; 2) усадке оттискного материала; 3) моделировании колпачка только с помощью адапты, без уточнения прише-ечной области воском; 4) верно 1)и 3). 5) верно 1) и 2). **36. Причиной завышения нижнего отдела вследствие утолщения базиса съемного протеза является:** 1) неточность снятия слепка; 2) нарушение режима полимеризации пластмассы; 3) неточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы; 4) деформация протеза во время извлечения его из кюветы после полимеризации; 5) отсутствие изоляции поверхности гипсовой модели от пластмассы. **37. Применять жесткие базисы при определении центрального соотношения беззубых челюстей целесообразно:** 1) при значительной атрофии альвеолярных отростков; 2) при применении прикусного устройства; 3) при использовании фонетических проб на этапе постановки зубов; 4) во всех вышеперечисленных случаях. **38. Значение нормализации окклюзии при имплантации:** 1) это 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 влияние на результат лечения у больных с сопутствующей патологией. **39. При сошлифовывание передних зубов при глубоком резцовом перекрытии преследуется цель:** 1) создание трехпунктного контакта при движениях нижней челюсти; 2) уменьшение перегрузки передних нижних зубов; 3) уменьшение перегрузки передних верхних зубов; 4) нормализация окклюзии**.** **40. Для создания прочного переходного слоя керамика – металл необходимо чтобы:** 1) коэффициент термического расширения сплава должен быть близок или несколько выше коэффициента термического расширения керамики; 2) коэффициент термического расширения сплава должен быть близок или несколько ниже коэффициента термического расширения керамики; 3)принципиального значения не имеет.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского

		персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится все, кроме** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его

	/5	соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза) 3) витаминизация основных и дополнительных пайков 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают** 1) оперативную обстановку 2) время года 3) наличие пригодной для использования воды 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки 5) все верно **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф** 1) природных 2) техногенных 3) антропогенных 4) социальных **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются** 1) таблетки Пантоцид 2) таблетки Аквасепт 3) таблетки Рапосепт **5. Способы хлорирования воды** 1) хлорирование нормальными дозами 2) гиперхлорирование 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются** 1) рост бактерий в организме человека или животных 2) рост на синтетических средах 3) культивирование при низких температурах 4) рост на средах, содержащих количество углеводов **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют** 1) метод диффузии в агар с применением дисков 2) метод серийных разведений в жидкой питательной

		среде 3) метод серийных разведений в плотной питательной среде 4) ускоренный метод с кровью 5) ускоренный метод с ТТХ **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии** 1) ветвящиеся тонкие нити 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом 4) грамотрицательные диплококки 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме** 1) Streptococcus гр. А 2) Klebsiella 3) St. Pneumoniae 4) Acinetobacter **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге холеры, кроме** 1) интерферон 2) тетрациклин 3) эритромицин 4) доксициклин 5) левомицетин
6.	Стоматология детская /10	**1. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью: а) определения структуры стоматологической заболеваемости; б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям; в) получения объективных данных для оценки эффективности оздоровительных программ; г) определения потребности в стоматологической помощи; д) определения потребности в стоматологических кадрах. Выберите правильный ответ по схеме** 1) если правильны ответы а, б, в 2) если правильны ответы а, в 3) если правильны ответы б, г 4) если правильный ответ г 5) если правильны ответы а, б, в, г, д **2. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта и «факторы риска» возникновения стоматологических заболеваний, следует** 1) один раз в год 2) 2 раза в год 3) по показаниям, но не реже 2 раз в год 4) 3 раза в год 5) 4 раза в год **3. Ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития твердых тканей зубов, осложненный и**

		сочетающийся с кариесом следует осматривать в год 1) 1 раз 2) 2 раза 3) 3 раза 4) по индивидуальным показаниям 5) с учетом формы активности кариеса **4. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается** 1) тело нижней челюсти 2) мыщелковый отросток нижней челюсти 3) альвеолярный отросток нижней челюсти 4) альвеолярный отросток верхней челюсти 5) твердое небо **5. У детей наиболее эффективным для лечения воспаления пульпы постоянных однокорневых зубов с неполностью сформированной верхушкой корня является метод** 1) диатермокоагуляции 2) прижизненной ампутации коронковой пульпы 3) глубокой ампутации 4) девитальной ампутации 5) прижизненной экстирпации **6. Абсолютное показание к удалению временного зуба** 1) возраст физиологической смены зубов 2) наличие периодонтита 3) наличие свища 4) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба 5) отлом части коронки **7. Исход хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте: а) выздоровление; б) микрогения; в) дефект челюсти; г) адентия; д) деформация. Выберите правильный ответ по схеме** 1) если правильны ответы а, б, в 2) если правильны ответы а, в 3) если правильны ответы б, г 4) если правильный ответ г 5) если правильны ответы а, б, в, г, д **8. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюнокаменной болезни в детском возрасте** 1) острый лимфаденит поднижнечелюстной области 2) симптом слюнной колики 3) данные рентгенологического обследования 4) мутная слюна 5) сухость во рту **9. Удалять весь кариозный дентин со дна кариозной полости во временных зубах** 1) следует, т.к остатки размягченного инфицированного дентина будут способствовать развитию пульпита 2) следует, т.к. адгезия пломбировочных материалов к размягченному дентину, оставшемуся на дне, будет плохой, что приведет к выпадению пломбы

		3) не следует, т.к. возможна реминерализация размягченного дентина под действием лечебных одонтотропных препаратов, накладываемых на определенный срок 4) не следует, т.к. образования заместительного дентина во временных зубах не происходит. Возможно развитие осложнений 5) не следует; достаточно обработать полость антисептически и запломбировать материалом, не токсичным для тканей пульпы **10. При формировании дна кариозной полости I класса у детей опасно применять бор** 1) фиссурный 2) пламевидные 3) обратноконусный 4) шаровидный 5) ВАТТ-бор
7.	Стоматология хирургическая /10	**1. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета** 1) наличие санитарных книжек у сотрудников 2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета 3) объём и характер производимых хирургических вмешательств 4) результаты азопирамовой пробы **2. В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить** 1) операцию Ванаха 2) уранопластику 3) вскрытие флегмоны дна полости рта 4) вскрытие абсцесса **3. Наличие болевых точек, в местах выхода тройничного нерва определяют пальпацией в области** 1) надбровных дуг 2) область скулочелюстного шва 3) проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа 4) верны ответы 1, 3 **4. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде** 1) «гроздьев винограда» 2) «чернильного пятна» 3) сужение протоков паренхимы 4) расширение протоков паренхимы **5. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с** 1) лобным нервом 2) скуловым нервом 3) подглазничным нервом

		4) щёчным нервом **6. Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами** 1) продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба 2) наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба 3) наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба 4)смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба **7. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется** 1) цианозом, сонливостью 2) судорогами 3) тошнотой и рвотой 4) всем перечисленным **8. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в** 1)удалении причинного зуба 2)широкий периостотомии челюсти с двух сторон 3)в периостотомии в области причинного зуба, дренировании 4)удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании **9. Как часто нужно подтягивать дренажи при лечении флегмон?** 1)5-6 раз в день 2)каждый час, полтора 3)1-2 раза в сутки 4)если дренаж стоит хорошо, его подтягивать не надо 5)каждый раз, когда он проваливается в мягкие ткани (рану) **10. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют** 1)шпатель 2)распатор 3)зажим Кохера 4)крючок Фарабефа 5)элеватор Карапетяна
8.	Стоматология терапевтическая /10	**1. Из каких слоев состоит слизистая оболочка, выстилающая полость рта?** 1) многослойный плоский эпителий; 2) базальная мембрана; 3) собственного; 4) подслизистого; 5) всех вышеперечисленных. **2. Формируя диспансерные группы у стоматолога необходимо учитывать**: а) форму активности кариеса; б) уровень соматического и стоматологического здоровья; в) факторы риска возникновения заболеваний; г) факторы риска утяжеления патологии; д) уровень

		стоматологического здоровья. Выберите правильный ответ по схеме: 1) если правильны ответы а, б, в; 2) если правильны ответы а, в; 3) если правильны ответы б, г; 4) если правильный ответ г; 5) если правильны ответы а, б, в, г, д. **3. При определении гигиенического состояния полости рта с помощью индекса Федорова-Володкиной окрашиваются:** 1) вестибулярные поверхности 6 верхних фронтальных зубов; 2) вестибулярные поверхности 6 нижних фронтальных зубов; 3) язычные поверхности первых постоянных моляров; 4) вестибулярные поверхности верхних и нижних резцов; 5) вестибулярные поверхности всех групп зубов верхней и нижней челюсти. **4. Интенсивность кариеса зубов выражается:** 1) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента; 2) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных к возрасту пациента; 3) средним показателем суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов в группе обследованных; 4) отношением количества лиц, имеющих кариозные зубы, к общему числу обследованных, выраженное в процентах; 5) разницей между индексами КПУ(з) и КПУ(п). **5. При начальном кариесе в эмали происходит:** 1) нарушение белковой матрицы эмали; 2) дисминерализация и реминерализация; 3) деминерализация эмали; 4) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали; 5) резорбция эмали. **6. Основным фактором риска возникновения кариеса является:** 1) высокое содержание фторида в питьевой воде; 2) неудовлетворительная гигиена полости рта; 3) сопутствующие заболевания; 4) социальный фактор; 5) нерациональное питание. **7. С целью уменьшения кровоточивости десен пациентам следует рекомендовать использовать зубную пасту содержащую:** 1) фторид натрия; 2) карбонат кальция; 3)экстракты лекарственных растений; 4) карбамид; 5) формальдегид.

		8. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите: 1) девитализацию пульпы; 2) сохранение жизнеспособности всей пульпы; 3) витальную ампутацию; 4) витальную экстирпацию; 5) удаление зуба. **9. Корневая пломба должна:** 1) достигать верхушечной трети канала; 2) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке; 3) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия; 4) располагать на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке; 5) достигать уровня дентино-цементного соединения. **10. Согласно общему плану лечения, лечебные мероприятия (кроме неотложных случаев) нужно начинать с:** 1) выявления кариеса; 2) лечение заболеваний пародонта; 3) профессиональная гигиена полости рта; 4) эндодонтическое лечение; 5) удаление зубов, которые нельзя сохранить.
9.	Ортодонтия /10	**1. Ортопантомографию в ортодонтии применяют для определения** 1) длины верхней челюсти 2) длины нижней челюсти 3) наличия зачатков постоянных зубов в дистальных отделах челюстей 4) размеров апикального базиса 5) всего вышеперечисленного **2. Специальным методам диагностики в ортодонтии относятся** 1) опрос, осмотр полости рта 2) рентгенологические методы 3) антропометрические, функциональные, графические методы 4) анализ ТРГ 5) измерение гипсовых моделей челюстей **3. Клиническими признаками, характерными для деформации зубных рядов, являются** 1) тесное положение зубов 2) дистопия зубов 3) стираемость зубов 4) подвижность зубов 5) изменение формы и размера зубного ряда **4. С целью укорочения зубной дуги верхней челюсти в период прикуса постоянных зубов чаще всего удаляют** 1) клыки 2) первые премоляры 3) вторые премоляры

		4) первые моляры 5) вторые моляры **5. К профилактическим ортодонтическим аппаратам относятся** 1) аппараты, используемые для лечения зубочелюстных аномалий 2) аппараты, предупреждающие развитие деформаций зубных рядов и челюстей 3) аппараты, используемые для стабилизации достигнутых результатов лечения 4) аппараты, предупреждающие рецидив ЗЧА 5) съёмный **6. Использование ортодонтических имплантатов отменяет физические принципы биомеханики и не требует постоянного контроля над перемещениями зубов** 1) утверждение верно 2) утверждение не верно **7. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим:** 1) дистальное 2) нейтральное 3) антериальное 4) правильный ответ не назван 5) мезиальное **8. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте** 1) до 6 лет 2) до 7 лет 3) до 8 лет 4) до 9 лет 5) до 11 лет **9. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа** 1) срединного небного шва 2) носовых костей 3) скуловых костей 4) сошника 5) во всех перечисленных **10. Объем полости рта возможно увеличить** 1) выдвижением нижней челюсти 2) расширением зубных рядов 3) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы 4) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов 5) всеми перечисленными мероприятиями

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Структура ортопедического отделения стоматологической клиники. Принцип работы ортопедического отделения стоматологической клиники. Оснащение ортопедического отделения стоматологической клиники.
2. Мышцы поднимающие нижнюю челюсть. Мышцы опускающие нижнюю челюсть
3. Какими мышцами осуществляется смещение нижней челюсти в стороны и выдвижение вперед.
4. Что иннервирует нерв выходящий из подбородочного отверстия.
5. Клинические и параклинические методы обследования больного.
6. Рентгенологические и лабораторные методы обследования больного.
7. По какому методу показано проведение анестезии для снятия контрактуры жевательных мышц.
8. Классификация съёмных и несъёмных ортопедических конструкций.
9. Искусственные коронки. Показания, противопоказания, используемые материалы для изготовления коронок. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
10. Особенности препарирования зубов под различные типы коронок. Возможные ошибки препарирования зубов.
11. Восстановительные вкладки. Показания, противопоказания, используемые материалы для изготовления. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
12. Особенности препарирования под восстановительные вкладки.
13. Виниры. Показания, противопоказания, используемые материалы для изготовления виниров. Клинико-лабораторные этапы изготовления.
14. Особенности препарирования под виниры. Получение оттисков при несъёмном протезировании зубов. Классификация оттискных материалов. Плюсы и минусы различных методик получения оттисков.
15. Временные коронки, виниры, накладки. Функции и методики изготовления. Материалы для изготовления и фиксации временных конструкций.
16. Различные протоколы фиксации несъёмных ортопедических конструкций. Адгезивный протокол.
17. Причины возникновения дефектов зубного ряда. Классификация по Кеннеди.
18. Протезирование при частичной потере зубов. Обоснование выбора съёмной или несъёмной конструкции. Мостовидные протезы.
19. Протезирование при частичной потере зубов. Обоснование выбора съёмной или несъёмной конструкции. Виды частичных съемных протезов. Сравнительная характеристика частичных съемных пластиночных и бюгельных протезов.
20. Бюгельные протезы. Классификация, конструктивные особенности. Элементы бюгельных протезов, их назначение. Типы кламмеров.
21. Морфологические и функциональные нарушения при полном отсутствии зубов. Клиническая анатомия беззубой полости рта. Методы фиксации полных съемных протезов. Проблемы ретенции и стабилизации (фиксации) полных съемных протезов.
22. Протезирование больных с полным отсутствием зубов. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съёмных протезов.
23. Правила и методы конструирования зубных рядов в полных съемных протезах. Границы базисов полных съёмных протезов.
24. Адаптация к съёмным ортопедическим конструкциям. Перебазировка протезов: клиническая и лабораторная.
25. Деформации зубных рядов. Классификация, этиология, лечение.
26. Повышенная стираемость зубов. Этиология, патогенез, лечение.
27. Строение и функция ВНЧС. Классификация заболеваний ВНЧС. Ошибки при

ортопедическом лечении, ведущие к заболеваниям ВНЧС.
28. Парафункции жевательных мышц. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
29. Бруксизм. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
30. Дислокации диска ВНЧС. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
31. Диагностика заболеваний ВНЧС. Инструментальная диагностика ВНЧС. Роль КТ и МРТ в диагностике заболеваний ВНЧС.
32. Настройка артикулятора. Анализ моделей в артикуляторе.
33. Центральное соотношение челюстей: понятие, методы определения.
34. Ортопедические методы лечения переломов верхней челюсти.
35. Принципы комплексного лечения переломов челюстно-лицевой области.
36. Избирательное пришлифовывание зубов. Показания, методика проведения.
37. Классификация аппаратов, применяемых в челюстно-лицевой ортопедии по функции, по месту прикрепления, по способу изготовления.
38. Стоматологические полимерные материалы. Полимерные материала, как основные конструкционные материалы, для ортопедической стоматологии.
39. Стоматологические металлы и сплавы. Общая характеристика, металлические связи, особенности строения, понятие о дислокациях и деформациях в металлах.
40. Классификация стоматологических материалов. Принципы построения классификации стоматологических материалов по назначению.
41. Полимерные материалы для изготовления базисов съемочных протезов. Процесс радикальной полимеризации в получении порошка базистых материалов и полимеризата из полимер-мономерной композиции.
42. Полимерные материалы для несъемных зубных протезов. Общие представления и особенности в применении полимерных материалов в комбинированных зубных протезах и технологических процессах получения.
43. Стоматологическая керамика в комбинированных конструкциях зубных протезов. Соединение слоя керамики с металлом каркаса комбинированного зубного протеза.
44. Гипс в стоматологии. Принципиальный химический состав и механизм твердения гипса. Термопластичные компаунды. Состав и свойства.
45. Гидроколлоидные оттискные материалы. Обратимые и необратимые гидроколлоиды. Свойства и принцип отверждения альгинатных оттискных материалов
46. Эластомерные оттискные материалы. Процесс отверждения (вулканизации). Основные сведения о составах а процессах отверждения силиконовых, полисульфидных и полиэфирных эластомеров.
47. Планирование конструкции съемного протеза при полной потере зубов с опорой на имплантаты
48. Показание и противопоказания к фиксации съемного протеза при полной потере зубов на имплантаты
49. Показания к одноэтапному протезированию с использованием дентальной имплантации и к двухэтапной дентальной имплантации.
50. Основные задачи планирования дентальной имплантации. Расчет количества имплантатов. Показания и противопоказания к дентальной имплантации.
51. Общие принципы протезирования на имплантатах.
52. Технологические требования предъявляемые к изготовлению индивидуальных фрезеруемых абатментов, абатментов методом литья.
53. Роль трансферчека и абатментчека в клинико-лабораторных этапах изготовления конструкций с опорой на имплантаты.
54. Клинико-лабораторные этапы изготовления покрывных протезов на болл-

атачментах, на локатор абатментах, с балочной фиксацией.
55. Критерии подбора болл-атачментов и локатор – абатментов для изготовления покрывных протезов с опорой на имплантаты.
56. Протокол фиксации одиночных коронок с винтовой фиксацией на имплантатах, с цементной фиксацией на имплантатах.
57. Протокол фиксации шинированных конструкций с винтовой фиксацией на имплантатах, с цементной фиксацией на имплантатах.
58. Клинико-лабораторные этапы изготовления покрывных протезов с опорой на имплантаты с телескопической фиксацией.
59. Тактика снятия оттиска с челюсти после имплантации открытой ложкой и закрытой ложкой. Слепочные материалы, используемые для снятия оттиска.
60. Ортопедические методики формирования профиля прорезывания мягких тканей при протезировании на имплантатах.

2.2 Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Определение оптимального варианта протезирования
2. Разработка тактики ведения ортопедического этапов лечения имплантации
3. Получение оттиска методом закрытой ложки
4. Подбор слепочного трансфера в соответствии с диаметром формирователя десны иустановка в полости рта
5. Получении оттиска методом открытой ложки
6. Применение специального устройства – аппарата T-scan,
7. Примерка стандартной ложки или изготовление и припасовка индивидуальной ложки.
8. Примерка каркаса в полости рта, определение цвета окончательной конструкции протезов
9. Нанесение керамической массы на каркасы
10. Припасовка абатментов в полости рта
11. Рентгенологический контроль плотности прилегания готовой конструкции к абатментам
12. Припасовка и фиксация одиночной или мостовидной конструкции в полости рта
13. Прикручивание лабораторных аналогов имплантатов к трансферам в оттиске
14. Заливка искусственной десны (десневой маски) и изготовление рабочей модели с десневой маской
15. Моделирование восковой композиции. Изготовление каркаса протеза (металлического или цельнокерамического)
16. Определение центрального соотношения челюстей (также по ранее изготовленному восковому базису)
17. Припасовка и установка лабораторных аналогов шариковых имплантатов в пластиковые колпачки на рабочей модели, заливка искусственной десны
18. Примерка восковой композиции полного съемного протеза в полости рта на челюсти
19. Припасовка балки в полости рта и рентгенологический контроль плотности прилегания к абатментам, коррекция промывного пространства, проверка фиксации на винтах
20. Замена матриц покрывного балочного протеза

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1

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. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 1.2, 1.1, 2.1 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области 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.
Вопросы: Поставьте диагноз. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования

Задача 2

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи. В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни, болезнь Боткина в 15-ти летнем возрасте. Повышенный рвотный рефлекс. Зубы на верхней челюсти удалялись в течении жизни по поводу хронических воспалительных процессов. Пациенту был изготовлен полный съемный протез, но удовлетворительной фиксации протеза достигнуто не было, а так же из-за повышенного рвотного рефлекса пациент пользоваться протезом не может. Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие дефекта и деформации боковых отделов альвеолярного гребня верхней челюсти. Отсутствуют: 1.8-1.1, 2.1-2.8, 3.5, 4.4, 4.6. Прикус – не фиксирован. На рентгенограмме – отмечаются дефекты альвеолярного гребня верхней челюсти в области отсутствующих 1.7-1.5, 2.4-2.8. В области отсутствующих 1.4-2.3 дефицита костной ткани не выявлено. В области зубов 3.1, 4.1 в проекции верхушек корней отмечается наличие очага деструкции костной ткани размером 1,5/1.0 см, с четкими границами.
Вопросы: Поставьте диагноз. Укажите, какую ортопедическую конструкцию необходимо изготовить в данной клинической ситуации и объясните почему?

Задача 3

Стоматолог-ортопед направил пациента Л. Для удаления корня зуба 2.3 и непосредственной имплантации в лунку зуба. Местный статус: корень зуба 2.3 выше уровня десневого края, зондирование безболезненно, слизистая оболочка без признаков воспаления. На дентальной R-грамме: в области верхушки корня зуба 2.3 определяется очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами диаметром около 5 мм.
Вопросы:
Определите возможность проведения непосредственной имплантации в данном случае.

Назовите показания и противопоказания для непосредственной имплантации.

Задача 4

У пациентки М., 42 лет, отсутствуют 3.4, 3.5 и 3.6 зубы. Протяжённость дефекта составляет 22 мм. Ширина альвеолярного отростка в проекции 3.4 зуба -5 мм, 3.5 зуба -5,5 мм и 3.6 зуба 6.3 мм. На ортопантомограмме расстояние от гребня альвеолярного отростка до нижнечелюстного канала в зоне 35-36 зубов составляет 15 мм.

Вопросы:

Составьте план имплантационного лечения.

Определите типоразмеры имплантатов.

Задача 5

У пациента П, 39 лет, протяжённость дефекта зубного ряда нижней челюсти справа составляет 20 мм, ширина альвеолярного отростка в области отсутствующего 4.5 зуба - 5,5 мм, 4.6 зуба - 6.3 мм. Расстояние от альвеолярного гребня до нижнечелюстного канала - 13 мм.

Вопросы:

Составьте план имплантационного лечения. Выберите типоразмеры имплантатов

Задача 6

Пациенту Л., 3 месяца назад был установлен двухэтапный винтовой имплантат в области отсутствующего 2.4 зуба. Послеоперационный период протекал без осложнений. Во время контрольного осмотра обнаружены грануляции над винтомзаглушкой. Жалоб не предъявляет. На дентальной R-грамме определяется незначительная резорбция костной ткани у шейки имплантата

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Укажите причины данного явления.

Определите лечебную тактику

Задача 7

Пациент Ш., 55 лет, обратился с жалобой на дискомфорт в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата в области зуба 4.4. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся. При осмотре полости рта выявлены обильные зубные отложения, покрывающие все зубы. Межзубные сосочки отёчны, застойно-синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании. В области зуба 4.4- металлокерамическая коронка, перкуссия безболезненна, конструкция устойчива. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отёчна, определяются выбухающие грануляции. На R-грамме: имплантат оссеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2мм у шейки имплантата

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Укажите причину заболевания.

Назначьте лечение.

Задача 8

Пациент П., 47 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и периодически возникающую припухлость десны в области мостовидного протеза, установленного 4 года тому назад с опорой на зуб 3.5 и дентальный имплантат. При осмотре: лицо симметрично, поднижнечелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, открывание рта в полном объёме. На нижней челюсти слева установлен металлокерамический мостовидный протез (зона 3.5-3.7), перкуссия его болезненна, определяется незначительная подвижность в

вестибулярно-оральном направлении. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области зубов 3.6-3.7 отёчна, гиперемирована и болезненна при пальпации. В области дистальной опоры протеза определяется патологический карман глубиной 5-6 мм. с гнойно-геморрагическим отделяемым. На боковой R-грамме нижней челюсти слева определяется пластиночный имплантат длиной 2см, установленный в проекции 3.6-3.7 зубов, по периметру которого имеется разрежение костной ткани шириной 1,5мм; у зуба 3.5 - V-образный дефект кости ниже шейки зуба глубиной 4мм.
Вопросы:
Поставьте диагноз.
Укажите причину заболевания.
Определите лечебную тактику.

Задача 9

Пациентка К., 47 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический недостаток и затрудненное пережевывание пищи.
При осмотре полости рта выявлены:
- концевой дефект зубного ряда нижней челюсти;
- подвижность 4.7, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3 зубов II-III степени;
- зубоальвеолярное удлинение 2.6 зуба по типу вакатной гипертрофии;
- травмирование слизистой оболочки нижней челюсти жевательной поверхностью 26 зуба;
- перкуссия 2.6 зуба болезненная.

Зубная формула:

	П	П											
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
II	R				III	III	III	III	III			0	0

На рентгенограмме каналы 2.6 зуба пломбированы на 1/3, периодонтальная щель значительно расширена.
Вопросы:
1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести.
3. Предложите методы лечения.

Задача 10

Больная, 63 лет, обратилась с жалобами на ощущение дискомфорта, боли в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, ограничение открывания рта в течение 1,5 месяца.
Диагноз направившего лечебного учреждения: артрит височно-нижнечелюстного сустава слева. Клинических признаков воспаления в суставе нет. Контрактура степени.
Из перенесенных заболеваний больная отмечает левостороннюю мастэктомию 12-летней давности и правостороннюю, спустя восемь лет по поводу карциномы.
При рентгенологическом обследовании ВНЧС выявлен очаг деструкции костной ткани до основания суставного отростка нижней челюсти слева, размером 2,5х2,0 см с нечеткими контурами, в органах грудной клетки патологических изменений не выявлено.
1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести.

3. Предложите методы лечения.

Задача 11

Пациент Г., 37 лет, обратился с жалобами на затрудненное разжевывание пищи, связанное с потерей отдельных зубов верхней челюсти, и эстетические нарушения в области передней группы зубов в связи с незначительной скученностью.

При осмотре полости рта выявлено:

- включенный и концевой дефекты верхней челюсти;
- патологическая подвижность III степени 1.3 зуба, увеличение клинической коронки;
- разрушение коронковой части 15.

Зубная формула:

		R	0	III						0	0	0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Вопросы:

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести.
3. Предложите методы лечения.

Задача 12

Больной К.., 54 лет, обратился с жалобами на нарушение функции жевания и речи в связи с потерей зубов на верхней и нижней челюстях. При этом пациент пожелал иметь такой протез, чтобы не были видны ретенционные элементы.

При осмотре полости рта выявлены концевые дефекты на верхней и нижней челюстях.

Зубная формула:

0	0	0	П									0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0								П		0	0

Вопросы:

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести.
3. Предложите методы лечения.

Задача 13

Пациент М., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на нарушение функции жевания, речи и эстетики из-за утраты верхних боковых и стираемости нижних передних зубов. Два года назад был протезирован частичным съемным пластиночным протезов на нижнюю челюсть

При осмотре полости рта выявлены:

- двусторонние концевые дефекты зубного ряда нижней челюсти;
  - повышенная стираемость 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 зубов II степени;
  - разрушение коронковой части 15 зуба.
  - атрофия десневого края по шейке металлической штампованной коронки на 3.4 зубе.

Зубная формула:

	0	R	П	П								0	0
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
0	0	0								К	0	0	0

Вопросы:
1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести.
3. Предложите методы лечения.

Задача 14

К вам обратилась пациентка С. 55 лет с целью завершения протезирования, начатого в другой клинике. Два месяца назад ей изготовили металлокерамические коронки на нижней челюсти 4.3-и-4.5-4.6, и-3.6-3.7 с опорой на имплантаты. Какая именно имплантационная система использовалась, пациентка не знает.
Жалобы: на затруднённое пережёвывание пищи, попадание пищи под новые коронки, эстетический дефект и наличие «красной керамики» вокруг коронок.
Анамнез: Имеющиеся в полости рта имплантаты установлены 7 месяцев назад. Формирователи имплантатов 1.1, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 установлены месяц назад.
Объективно при осмотре: Определяются нависающие края и нарушение краевого прилегания коронок, опирающихся на имплантаты 4.3-и-4.5-4.6, и-3.6-3.7. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.
Слизистая оболочка полости рта: Маргинальная десна гиперемирована. Кровоточивость десны при зондировании.
Прикус: по ортогнатическому типу
Рентгенография: на ортопантомограмме (сделанной до изготовления коронок 4.3-и-4.5-4.6, и-3.6-3.7) зубы 1.7, 1.4, 1.3, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 3.1 депульпированы.
Твёрдые ткани: полное разрушение коронковой части зубов 2.2, 3.4. Кариес 2.1, 2.3 зубов.
Зубная формула

								С		С					
0	П	П	П	П	П	П	0	П	R	П	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	**К**	**К**	**И**	**К**	П	П	П	П	П	П	**И**	**К**	**К**	0

Условные обозначения:
Отсутствует - 0, корень - R, кариес - С, Пульпит - Р, Периодонтит - Pt, Пломбированный - П, подвижность - 1,2,3 (степень), Коронка - К, искусственный зуб - И.










Вопросы:
Поставьте диагноз.

Составьте комплексный план ортопедического лечения.
Как определить, какие имплантаты установлены пациентке?
Как оценить остеинтеграцию установленных имплантатов и проверить их стабильность перед началом протезирования?
Перечислите все компоненты имплантационной системы, необходимые для изготовления коронки на имплантате как на клинических, так и на лабораторных этапах

Задача 15

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Н. 55 лет с жалобами на эстетический дефект и затруднённое пережёвывание пищи.
Анамнез: несколько месяцев назад обращалась в другую клинику в связи с выпадением мостовидного протеза
2.1-и-и-2.4-и-2.6 и острой болью в зубе 4.3.
Зубы 4.3, 4.2, 4.1, 3.2, 2.1 были удалены.
Объективно при осмотре: носогубные складки выражены, углы рта опущены.
Определяется обнажение и разрушение корней зубов 1.1, 1.4, 1.5 на 1/2 и более их длины**.**
Слизистая оболочка полости рта: маргинальная десна гиперемирована. Кровоточивость десны при зондировании. Гигиена полости рта неудовлетворительная.
Прикус: патологический.
Рентгенография: на ортопантомограмме (до выпадения коронок 2.1-и-и-2.4-и-2.6 и удаления зубов 4.3, 4.2, 4.1, 3.б) определяется атрофия костной ткани на 2/3 длины корней зубов 1.1, 1.4, 1.5.
Твёрдые ткани: полное разрушение коронковой части зуба 3.3

Зубная формула

0	0	0	К	К	И	И	К	0	0	0	R	0	R	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	R	0	0	0	0	0

Условные обозначения:
Отсутствует - 0, корень - R, кариес - С, Пульпит - Р, Периодонтит - Pt, Пломбированный - П, подвижность - 1,2,3 (степень), Коронка - К, искусственный зуб - И.











Вопросы:
Поставьте диагноз.
Составьте комплексный план ортопедического лечения.
Назовите клинико-лабораторные этапы изготовления полных съёмных пластиночных протезов.
Перечислите функциональные пробы для верхней и нижней челюсти.
Перечислите ортопедические конструкции с опорой на имплантаты, показанные при полном отсутствии зубов.

Задача 16

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент М. 39 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи.
Анамнез: 2 месяца назад пациенту в другой клинике сняли коронки 2.4-2.5-2.6 и удалили зуб 2.4 по острой боли.
Объективно при осмотре: полное разрушение коронковой части 1.4, 2.5, 2.6 зубов. Пломбы зубов 1.6, 2.7, 3.6, 3.7, 3.8 не отвечают клиническим требованиям (нарушение краевого прилегания, изменение цвета, вторичный кариес, ИРОПЗ>0,7). Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.
Слизистая оболочка полости рта: Маргинальная десна гиперемирована в области зубов 1.4, 2.5, 2.6. При зондировании отмечается кровоточивость.
Прикус: по ортогнатическому типу. Зубочелюстная деформация зубов 1.6, 4.5, 4.7. Скученность фронтальной группы зубов на нижней челюсти
Рентгенография: на ортопантомограмме (сделанной до выпадения коронок 2.4-2.5-2.6 и удаления зуба 2.4): зубы 1.6, 3.7 депульпированы, пломбировочный материал прослеживается неравномерно.
Зубная формула

		С												С	
	П	П	0	R	П				П		0	R	R	П	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
П	П	0											П	П	П
													С	С	С

Условные обозначения:
Отсутствует - 0, корень - R, кариес - С, Пульпит - Р, Периодонтит - Pt, Пломбированный - П, подвижность - I,II,III (степень), Коронка - К, искусственный зуб - И.





Вопросы:
Поставьте диагноз.
Составьте комплексный план ортопедического лечения.
Составьте план подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
Опишите варианты временных ортопедических конструкций, которые могут быть изготовлены в данном случае.

Задача 17

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Н. 55 лет с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи и эстетический дефект.
Анамнез: имеющиеся в полости рта коронки изготовлены 15 лет назад.
Объективно при осмотре: Подвижность II-III степени зубов на верхней челюсти 1.7, 1.3, 1.2, 1.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 2.7. Определяется рецессия десны с обнажением корней зубов до 2/3 их длины. Все ортопедические конструкции неудовлетворительного качества (нарушено краевое прилегание в области опорных зубов, вторичный кариес). Металлокерамические коронки 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. имеют остатки пломб.
Слизистая оболочка полости рта: Гигиена полости рта неудовлетворительная. Имеется значительное количество мягких и твёрдых зубных отложений. Маргинальная десна гиперемирована в области всех зубов. При зондировании отмечается кровоточивость.
Прикус: по ортогнатическому типу.
Рентгенография: на ортопантомограмме атрофия костной ткани в области всех присутствующих зубов от 1/3 до 2/3 длины корней.
Зубная формула

	II				II	III	III	III	III	II	II	II	II	II	
0	П	0	0	0	П	К	К	К	К	К	К	И	К	П/С	Ret
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	К	И	К	К	К		И	И	И	К	К	К	И	И	К

Условные обозначения:
Отсутствует - 0, корень - R, кариес - С, Пульпит - Р, Периодонтит - Pt, Пломбированный - П, Коронка - К, искусственный зуб – И, Подвижность (I, II, III степени)









Вопросы:

Поставьте диагноз.
Составьте комплексный план ортопедического лечения.
Предложите варианты временных конструкций, возможных в данной ситуации.
Цементная и винтовая фиксация на имплантатах. Показания, преимущества и недостатки каждой методики.

Задача 18

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Т. 45 лет с жалобами на отсутствие боковых зубов, затруднённое пережёвывание пищи и эстетический дефект.
Анамнез: Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.
Объективно при осмотре: снижение высоты нижнего отдела лица на 2 мм. Имеются композитные реставрации неудовлетворительного качества в области 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 3.4, 3.1, 4.1, 4.5 зубов (изменение цвета, вторичный кариес, нарушение краевого прилегания). Коронковая часть зуба 1.2 отсутствует полностью.
Слизистая оболочка полости рта: Гигиена полости рта неудовлетворительная. Имеется значительное количество мягких и твёрдых зубных отложений. Маргинальная десна гиперемирована в области всех зубов. При зондировании отмечается кровоточивость.
Прикус: по ортогнатическому типу.
Рентгенография: у 1.2 зуба отмечается разрежение костной ткани с чёткими границами около 1 см в диаметре в области средней трети корня.
Зубная формула

						Pt	C	C	C	C			C		
0	П	П	0	0	П	R	П	П	П	П	0	0	П	П	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
П	0	0	П	П	П	П	П	П	П	П	П	0	0	0	П
			C				C	C			C				

Условные обозначения:
Отсутствует - 0, корень - R, кариес - С, Пульпит - Р, Периодонтит - Pt, Пломбированный - П, подвижность - 1,2,3 (степень), Коронка - К, искусственный зуб - И.











Вопросы:
Поставьте диагноз.
Составьте комплексный план ортопедического лечения.
Составьте план подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
Назовите классификацию стоматологической керамики.

Задача 19

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Т. 45 лет с жалобами на отсутствие боковых зубов, затруднённое пережёвывание пищи и эстетический дефект.
Анамнез: Зубы удалялись в результате осложнений кариеса.

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

Объективно при осмотре:
На нижней челюсти металлокерамические коронки с опорой на 33,32,31,41,42,43 и 47,48 соответствуют клиническим требованиям.
Наблюдается выраженная костная деформация с увеличением альвеолярного отростка в области зубов 47,48, резкая атрофия альвеолярного отростка на в/ч справа, на н/ч слева



На ОПТГ корневые каналы зубов 33,32,31,41,42,43 ,47 запломбированы, материал прослеживается на всем протяжении, плотность пломбирования не однородна.
Вопросы:
Поставьте диагноз.
Феномен Попова-Годона вариантов развития патологии.
Сформулируйте задачи лечения.
Составьте план ортопедического лечения.
Составьте план хирургической подготовки полости рта к протезированию.

Задача 20

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Л. 57 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, косметический дефект.
Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса и заболеваний пародонта. Последнее протезирование проводилось около 8 лет назад. Последний раз посещала стоматолога 2 года назад.
Объективно при осмотре**:** конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.

0	0	0	К	Ф	К	К	К	К	К	К	Ф	К	0	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	П	К	П										0	П/С	0

Осмотр полости рта:
У всех зубов в/ч определяется подвижность зубов 2-3 степени. Подвижность1-2 степени зубов 32,31,41,42. Нарушение краевого прилегания ортопедических конструкций в/ч. Обширная пломба 37 с нарушением краевого прилегания и очагами вторичного кариеса. Имеются деформации окклюзионной плоскости зубных рядов.
Прикус: ортогнатический. Состояние слизистой оболочки рта: умеренно гиперемирована, нормально увлажнена.



На ОПТГ убыль костной ткани в области зубов в/ч 2/3 и зубов 32,31,41,42 до 1/2 длины корня.
Имеются периапикольные изменения зубов 25,46.
Вопросы:
Поставьте диагноз.
Составьте план хирургического лечения.
Составьте план ортопедического лечения.
Что такое иммедиат-протезы.
Укажите фазы адаптации к полным съёмным протезам.