

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 15:25:40
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

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

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ»

Специальность	<u>31.08.74 Стоматология хирургическая</u>
Квалификация	<u>врач-стоматолог-хирург</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии</u>

**Санкт- Петербург
2026 г.**

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Код компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Устный опрос
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Вопросы для зачета
ПК-6	готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	Устный опрос
		Рефераты
		Вопросы для зачета
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи	Устный опрос
		Рефераты
		Ситуационные задачи
		Вопросы для зачета

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

[illegible]

		проводить осмотр зубов, оценивать состояние слизистой рта, пародонта, слюнных желез и лимфатических узлов, определять гигиенические и пародонтологические индексы; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить план и объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; ставить диагноз в соответствии с МКБ; проводить дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний и заболеваний ЧЛЮ; определять необходимость проведения специальных методов исследования стоматологического хирургического пациента с использованием аппаратных и рентгенологических методов исследования и анализировать полученные	компетенции и Пороговый уровень сформированности компетенции и Компетенция не сформирована	«удовлетворительно»/«зачтено» «неудовлетворительно»/«не зачтено»	полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
--	--	---	---	--	--

		нетрудоспособностью и других видов медицинской экспертизы	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/ «зачтено»	объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно»/ «не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
3	ПК-7 - готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи	Знать: возрастные анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области (ЧЛО) организма; закономерности роста и развития ЧЛО; этиологию и патогенез различных стоматологических заболеваний и пороков развития; принципы планирования	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов,

		лечения стоматологических заболеваний; влияние общесоматической патологии на развитие и лечение стоматологических заболеваний. Уметь: определять тактику ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами; проводить местное внутриротовое обезболивание, Проводить первичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области; Накладывать швы на лице и в полости рта. Проводить удаление зубов; Проводить хирургическое лечение периодонтитов, перекоронаритов, периоститов, остеомиелитов; Проводить вскрытие абсцессов и флегмон, фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области; Проводить обработку ран слизистой оболочки рта, костей, мягких тканей лица; Проводить лечение переломов костей лица. Проводить пластику	Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
		Проводить первичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области; Накладывать швы на лице и в полости рта. Проводить удаление зубов; Проводить хирургическое лечение периодонтитов, перекоронаритов, периоститов, остеомиелитов; Проводить вскрытие абсцессов и флегмон, фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области; Проводить обработку ран слизистой оболочки рта, костей, мягких тканей лица; Проводить лечение переломов костей лица. Проводить пластику	Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
		Проводить первичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области; Накладывать швы на лице и в полости рта. Проводить удаление зубов; Проводить хирургическое лечение периодонтитов, перекоронаритов, периоститов, остеомиелитов; Проводить вскрытие абсцессов и флегмон, фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области; Проводить обработку ран слизистой оболочки рта, костей, мягких тканей лица; Проводить лечение переломов костей лица. Проводить пластику	Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно» /«не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		местными тканями, взятыми по соседству с дефектом; Объективно планировать пластические операции; Проводить пластику «лоскутами на ножке»; Проводить пластику лоскутами тканей из отдаленных участков. Владеть: методикой оценки объема лечения с целью выбора адекватного метода лечения.			
--	--	--	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Вопросы для устного опроса	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы для устного опроса	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Ситуационные задачи	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной	Тематика рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы

		научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		(рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
4.	Вопросы для зачета	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дисциплине в целом.	Перечень контрольных вопросов для зачета	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Устный опрос

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

Собеседование по ситуационным задачам

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.

Оценка	Описание
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Собеседование по вопросам для зачета

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

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Вопросы для устного опроса

2 семестр

ПК-5, ПК-6, ПК-7

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

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

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

74. Способы фиксации протезных конструкций на имплантатах.
75. Понятие инфраокклюзии при протезировании на имплантатах.
76. Общие принципы протезирования на имплантатах. Особенности протезирования с использованием различных систем имплантатов.
77. Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения
78. Возможные осложнения дентальной имплантации.
79. Методы профилактики и лечения осложнений стоматологической имплантации.
80. Осложнения, возникающие при пластике дефектов челюстных костей. Диагностика. Лечение.

3.1.2. Тематика рефератов

2 семестр

ПК-5, ПК-6, ПК-7

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

31. Особенности проведения хирургического этапа проведения дентальной имплантации.
32. Подготовка к хирургическому этапу проведения операции дентальной имплантации.
33. Хирургический инструментарий, применяемый при установке дентальных имплантатов и связанное с ней медикаментозное сопровождение.
34. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления.
35. Осложнения на этапе установки дентальных имплантатов. Лечение и профилактика.
36. Осложнения в раннем послеоперационном периоде. Лечение и профилактика.
37. Осложнения в отдаленных сроках дентальной имплантации. Профилактика и лечение.
38. Планирование и особенности протезирования при одноэтапной имплантации.
39. Планирование и особенности протезирования при двухэтапной методике имплантации.
40. Протезирование на зубных имплантатах. Показания. Противопоказания.
41. Выбор конструкции протеза при протезировании на зубных имплантатах.
42. Способы фиксации протезных конструкций на имплантатах.
43. Понятие инфраокклюзии при протезировании на имплантатах.
44. Общие принципы протезирования на имплантатах. Особенности протезирования с использованием различных систем имплантатов.
45. Ортопедический этап имплантологического лечения. Особенности проведения

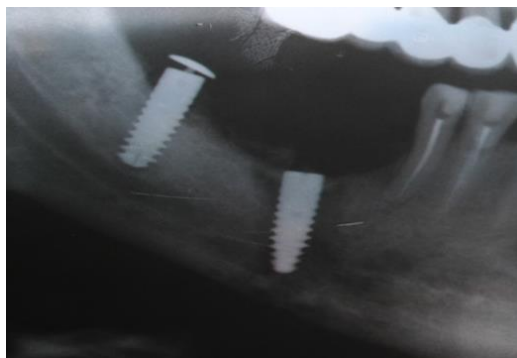
3.1.3. Ситуационные задачи

2 семестр

ПК-5, ПК-7

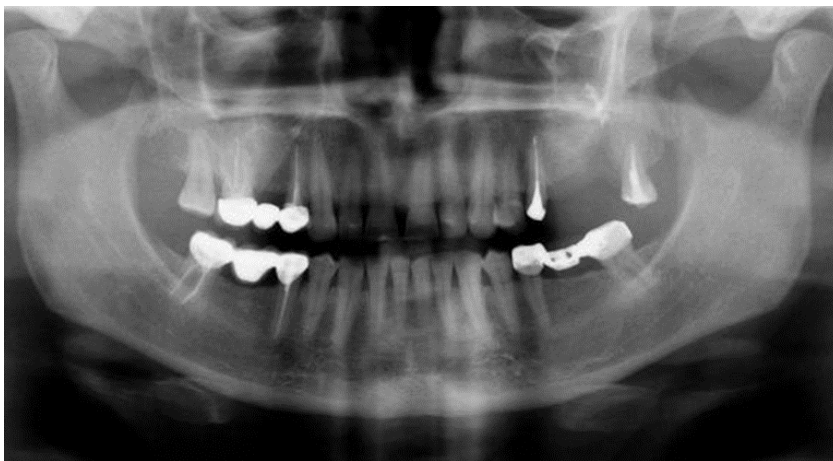
Задача №1

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



Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения.

Задача №2



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

Поставьте диагноз. Составьте план имплантологического лечения.

Задача №3

Пациент, 45 лет обратилась в клинику для лечения последствий спортивной травмы полугодовой давности. Пациентка получила полный вывих зуба 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациенту был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий его по эстетике и фонетике.



При осмотре альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм.

Поставьте диагноз. Составьте план имплантологического лечения.

Задача №4

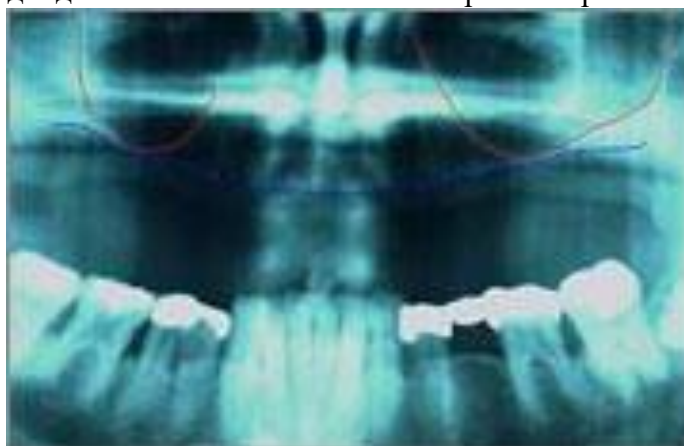
У пациентки 54 лет, при полном отсутствии зубов на н/ч, проведено протезирование с опорой на имплантаты и рекомендованы контрольные осмотры у стоматолога.



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

Задача №5

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



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

Задача №6

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

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

Задача №7

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



Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задача №8

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



Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Задача №9

На следующий день, после проведения оперативного вмешательства, у пациента наблюдается повышение температуры тела до 38.1 °С, слабость, отек в подглазничной области

справа. АД 130/80.

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

Задача №10

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



Рис.1

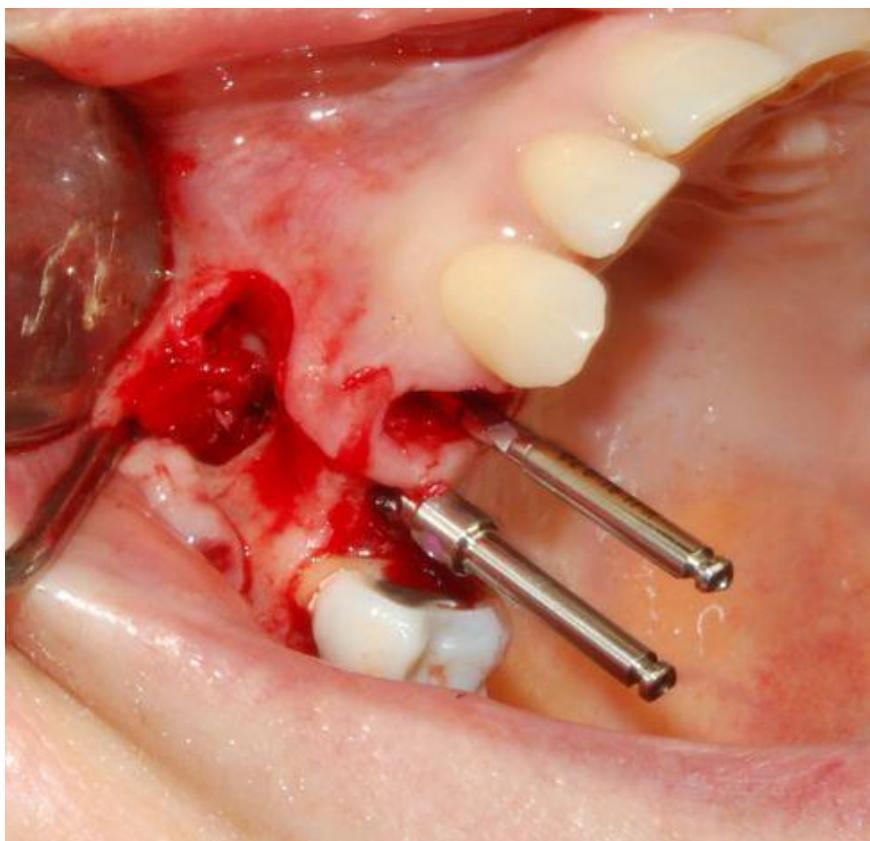


Рис.2

Поставьте диагноз. Составьте план имплантологического лечения.

Задача №11

Пациент К., 56 лет, направлен в хирургическое отделение на консультацию по поводу планирования и проведения лечения при помощи дентальных имплантатов. Обратился с



жалобами на отсутствие зубов верхней челюсти, затрудненное пережевывание пищи.

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

Объективно: при внешнем осмотре выявляется западение верхней губы, нарушение дикции при разговоре.

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

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

Прикус – не фиксирован.

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

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

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

Задача №12

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

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

При обследовании пациентки выявлено:

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

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

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

Вопросы и задания.

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

Задача №13

Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении,

прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за полгода до обращения и постепенно нарастала.

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

При обследовании отмечено:

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

Вопросы и задания:

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

Задача №14.

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

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

Задача № 15.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледнорозового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не

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

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

Задача № 16.

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

Задача № 17

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

Зубная формула.

0 П П 0 0 К П П

0 0 К П Рt П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0

Прикус – прогеническое соотношение челюстей.

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

Вопросы и задания:

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

Ответы:

- 1.Полное отсутствие зубов нижней челюсти. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти. Дефект и деформация альвеолярного гребня верхней челюсти в области 2.1., 2.2. Хронический периодонтит в области 25.
- 2.С - тип атрофии
- 3.Удаление зуба 2.5, операция расщепление гребня альвеолярного отростка в области зубов 1.4 и 1.5 или костная пластика аутокостью.
- 4.Съёмный протез на нижнюю челюсть на аттачменах с опорой на дентальные имплантаты, установленные в передний отдел нижней челюсти. Или установка 8 винтовых имплантатов на нижнюю челюсть после проведения костной пластики аутокостью, с последующим изготовлением мостовидного протеза на нижнюю челюсть. На верхней челюсти установка винтовых 5 имплантатов в области 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 2.5 с изготовлением мостовидного протеза
- 5.Проблемы с адаптацией протеза на нижнюю челюсть, т.к. ранее изготовленным протезом пациент не пользовался, т.к. не смог привыкнуть к нему.

Задача № 18

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

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

0 0 0 П П П

П П П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

П П

П П П

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

Вопросы и задания:

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

Ответы:

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

Задача № 19

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

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

Слизистая оболочка полости рта без патологии.

Зубная формула:

0 К К П П П

К К П П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

0 П К И И К

И П П

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

Вопросы и задания:

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

Ответы:

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

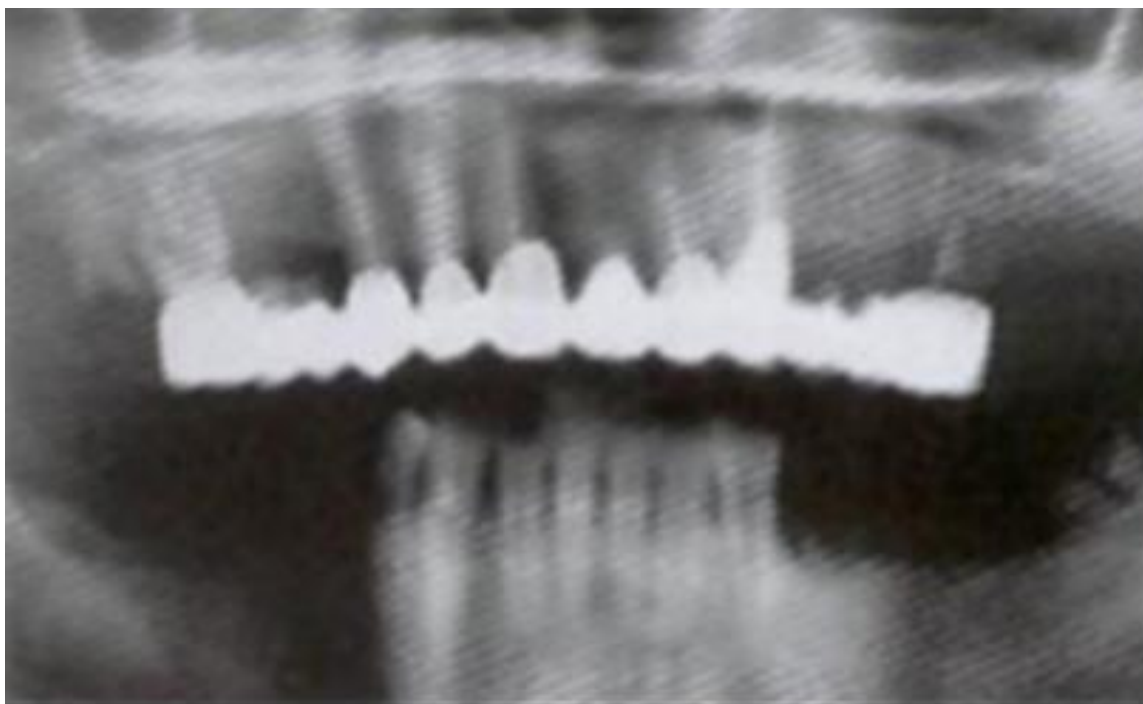
3.Причиной развития данного осложнения может являться несоблюдение принципов атравматичного препарирования костного ложа; неадекватное закрытие операционной рапы: рубцы и мелкое преддверие полости рта, травмирующие и вызывающие ишемию краев послеоперационной раны; неудовлетворительное состояние гигиены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

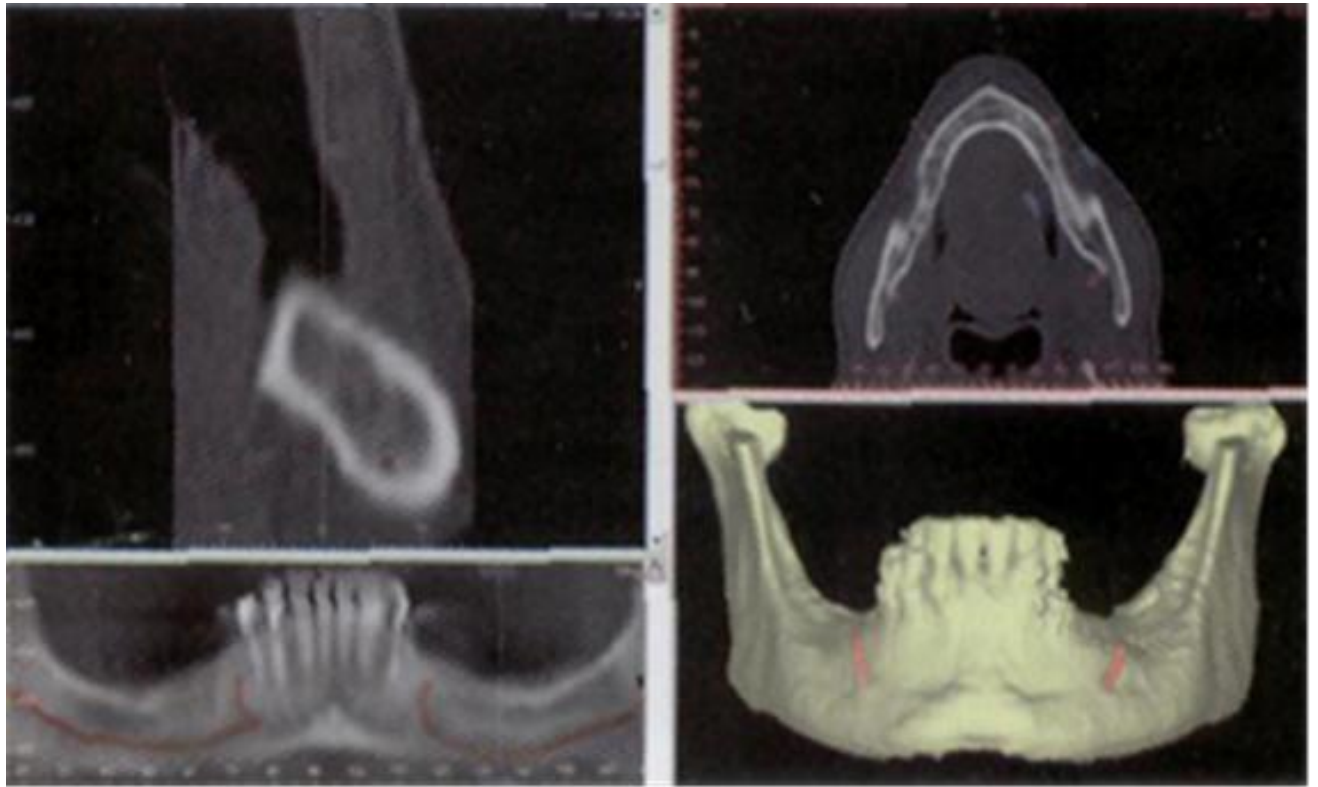
4.Для лечения пациента необходимо удалить имплантат. Дальнейшее протезирование возможно через 6 месяцев.

Задача № 20

Составить по данному фото:

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





Задача №21

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

Зубная формула:

0 П П П П Рt Рt

П П П П 0

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

0 П П

П П П

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

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

Вопросы и задания:

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

Задача №22

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

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

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

Вопросы и задания:

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

Ответы:

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

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

Задача № 23

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

Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съёмный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы.

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

Вопросы и задания.

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

Задача №24

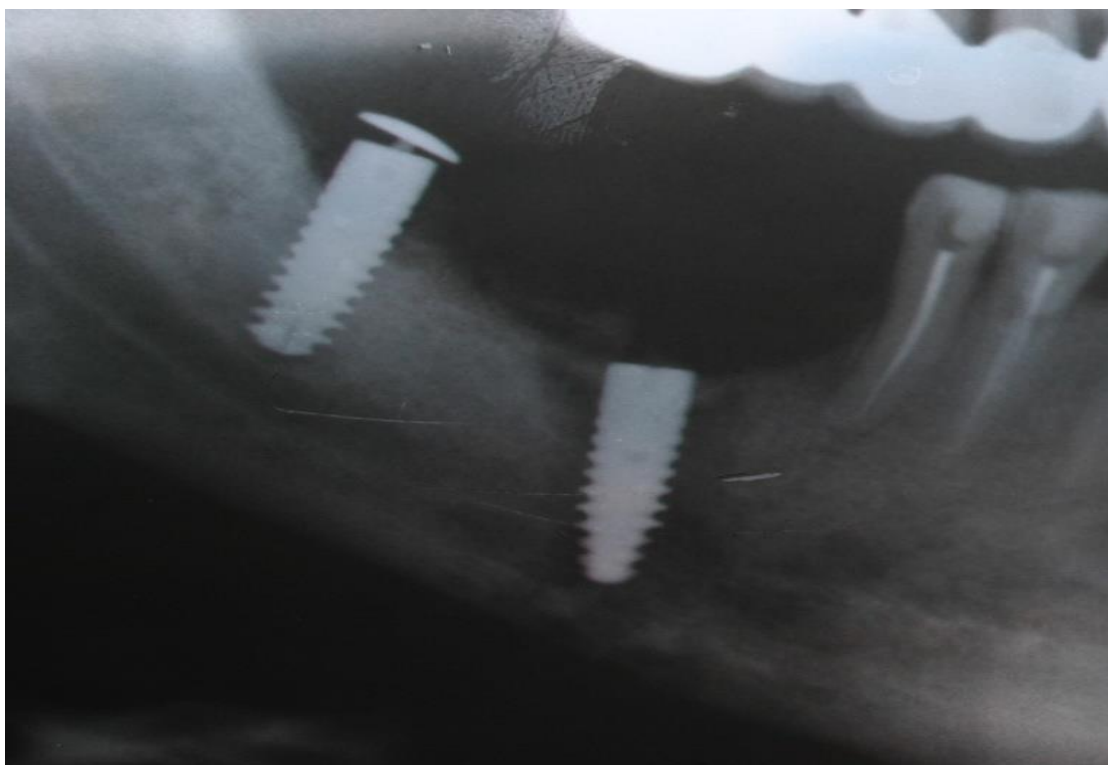
Пациент 55 лет обратился в клинику с жалобами на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 2 года назад в другом лечебном учреждении, прекратившем свое существование. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат фирмы Нобель, а в последующем изготовлена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

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

Вопросы и задания:

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

Задача №25



Вопросы:

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

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Вопросы для зачета

2 семестр

ПК-5, ПК-6, ПК-7

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

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

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

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);

2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);

3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут.

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).