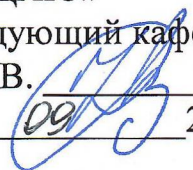


ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

«УТВЕРЖДАЮ»

И. о. заведующий кафедрой
Гимиш И.В.

« 23 »  2021 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

«Зубопротезирование (простое протезирование)»

Направление подготовки:

3.31.05.03 «Стоматология» (уровень специалитета)

Квалификация (степень) выпускника:

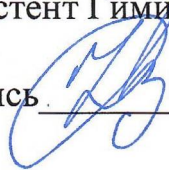
Врач-стоматолог

Форма обучения:

ОЧНАЯ

Разработал:

Ассистент Гимиш И.В.

Подпись 

Г. Тирасполь, 2021 г.

**Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине:
«Зубопротезирование (простое протезирование)»**

1. В результате освоения дисциплины студент должен:

1.1. Знать:

1. теоретические основы строения, состояния и функционирования зубочелюстной системы при патологии твердых тканей зубов и зубных рядов;
2. методы обследования, диагностики и ортопедического лечения пациентов с патологией твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов несъемными и съемными конструкциями зубных протезов;
3. методы выполнения не прямых реставраций, коронок на фронтальную и жевательную группу зубов, штифтовых конструкций, мостовидных протезов, частичных съемных зубных протезов;
4. методы моделирования коронок, мостовидных протезов, частичных съемных протезов.

1.2. Уметь:

1. обследовать пациента, анализировать результаты обследования, поставить диагноз, спланировать ортопедическое лечение и проведение клинических этапов изготовления различных конструкций несъемных и съемных зубных протезов;
2. методами планирования ортопедического этапа комплексного лечения и реабилитации пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
3. провести коррекцию зубных протезов в полости рта;
4. методами проведения стоматологических ортопедических реабилитационных мероприятий пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов.

1.3. Владеть:

1. методами клинического стоматологического обследования пациентов с патологией твердых тканей зубов и дефектов зубных рядов;
2. интерпретацией результатов основных и дополнительных методов стоматологического обследования пациентов с патологией твердых тканей зубов и зубных рядов;
3. оформлением необходимой документации при ортопедическом лечении пациента с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
V семестр			
1.	Итоговая № 1 по темам 1-8 Раздел № 1 «Ортопедическое лечение зубов вкладками»	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Итоговое контрольное занятие № 1 Тесты.
2.	Итоговая № 1 по темам 1-17 Раздел № 1 «Ортопедическое лечение зубов вкладками»	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Итоговое контрольное занятие № 2 Опрос, реферат.
VI семестр			
1.	Итоговая № 1 по темам 1-5 Раздел № 2 «Ортопедическое лечение зубов коронками и частичное отсутствие зубов»	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Итоговое контрольное занятие № 1 Ситуационные задачи

2.	Итоговая № 2 по темам 1-11 Раздел № 2 «Ортопедическое лечение зубов коронками и частичное отсутствие зубов»	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Итоговое контрольное занятие № 2 Тестирование
3.	Итоговая № 3 по темам 1-17 Раздел № 2 «Ортопедическое лечение зубов коронками и частичное отсутствие зубов»	ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Итоговое контрольное занятие № 3 Опрос по предложенным вопросам. Самостоятельная работа
Промежуточная аттестация		ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Зачет: устное собеседования по билетам.

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Итоговое контрольное занятие.	«отлично» (по пятибалльной системе) отличное владение всеми компетенциями, в ответе отлично ориентирован в этиологии и факторах риска, возможны единичные незначительные ошибки в отдельных звеньях патогенеза, однако не в построении общей логической цепи; легко объясняет патогенез клинической картины, может легко объяснить принципы патогенетической терапии, отлично владеет практическими навыками; в подготовке использована дополнительная научная литература. «хорошо» (по пятибалльной системе) очень хорошее владение необходимыми компетенциями, ответ выше среднего уровня, хорошо знаком с этиологией и факторами риска нозологической единицы, допускает 1-2 ошибки в знании отдельных звеньев патогенеза, но не в построении общей логической цепи, способен объяснить патогенез клинических проявлений и общие принципы патогенетической терапии, очень хорошо владеет практическими навыками; в подготовке использована дополнительная учебная литература. «удовлетворительно» (по пятибалльной	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 12-13, 34-35 текущего документа.

		системе) значительное количество недостатков в знании отдельных звеньев патогенеза, цепь логических рассуждений в объяснении патогенеза оказывается не полной, плохо моделирует возможности патогенетической терапии; относительно хорошо владеет практическими навыками; удовлетворительное владение необходимыми компетенциями, материал представляет «заученным», плохо может объяснить связь с клиникой и патогенетической терапией, удовлетворительно владеет практическими навыками, в подготовке использован материал кафедральных методичек минимального уровня знаний по дисциплине. «неудовлетворительно» (по пятибалльной системе) студент владеет не всеми необходимыми компетенциями, с материалом не знаком, однако пытается выстраивать логические патогенетические связи на основании предыдущих знаний или знаний других дисциплин; не способен выходить на логические связи на основании предыдущего материала или учебного материала, полученных на других дисциплинах; для сдачи необходима серьезная дальнейшая работа.	
2.	Ситуационные задачи	- оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; - оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое	Страницы 14-27 текущего документа.

		может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.	
3.	Самостоятельная работа	<i>оценка «отлично»:</i> – глубокие и твердые знания; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; – твердые практические навыки в выполнении экспериментов; <i>оценка «хорошо»:</i> – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы; – достаточные практические навыки и умения, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; <i>оценка «удовлетворительно»:</i> – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – посредственные практические навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; <i>оценка «неудовлетворительно»:</i> – отсутствие знаний; – неправильный ответ на вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять практические знания и навыки при решении практических задач; – отсутствие практических навыков и умений в выполнении экспериментов.	Страница 38.
4.	Промежуточная аттестация в виде собеседования: зачет.	«Зачтено» выносится в зачётную книжку если студент выполнил минимальные требования: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 36-37 текущего документа.

		вопросы; – умение применять теоретические знания к решению ситуационных задач; – демонстрирует навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности; <i>«Не зачтено» выносится в зачётку в случае:</i> – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении ситуационных задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.	
5.	Тесты	Количество баллов соответствует количеству правильных ответов. 100%-70% соответствует оценке «отлично» 70%-60% соответствует оценке «хорошо» 60%-50% соответствует оценке «удовлетворительно» 50%-30% – необходимо повторно сдать тест менее 30% – рекомендовано повторное прохождение курса.	Страницы 7-11, 28-33.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь тестов к итоговому контрольному занятию №1, 5 семестр
по дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»

Тема 1-8

Раздел № 1 «Ортопедическое лечение зубов вкладками»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Сбор анамнеза проводится в последовательности:

- 1) анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез;
- 2) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние больного, анамнез жизни больного, анамнез данного заболевания;
- 3) жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез.

2. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины:

- 1) межальвеолярной высоты;
- 2) клинической коронки зуба;
- 3) анатомической коронки зуба.

3. Расположение кариозной полости на медиальной поверхности клыка верхней челюсти с повреждением окклюзионной поверхности относится по Блэку к классу:

- 1) первому;
- 2) второму;
- 3) третьему;
- 4) четвертому;
- 5) пятому;
- 6) шестому.

4. При заполнении истории болезни врач стоматолог-ортопед в графе "Перенесенные и сопутствующие заболевания" обращает внимание:

- 1) на патологию желудочно-кишечного тракта;
- 2) заболевания эндокринной системы;
- 3) перенесенные инфекционные заболевания;
- 4) болезни сердечно-сосудистой системы;
- 5) нервно-психические заболевания;
- 6) 1+2;
- 7) 1+2+3.

5. Дополнительные методы обследования в клинике ортопедической стоматологии:

- 1) рентгенография;
- 2) сбор анамнеза;
- 3) электроодонтодиагностика;
- 4) осмотр больного;
- 5) мастикациография;

- 6) электромиография;
- 7) перкуссия;
- 8) изучение диагностических моделей.

6. Вкладки не показаны при значениях ИРОПЗ__.

7. Полость "МО" охватывает одновременно поверхности коронки зуба__.

8. Микропротез, восстанавливающий анатомическую форму зуба, заполняя собой дефект в его коронковой части, называется__.

9. Микропротез из керамического материала, покрывающий вестибулярную, апроксимальные и при необходимости режущий край зуба, называется__.

10. Микропротез, укрепляемый в зубе с помощью штифтов, включенных в ткани зуба, называется__.

11. Вкладка, замещающая дефекты внутренних скатов бугорков коронки премоляра, называется__.

12. По классификации Кеннеди, дефект зубного ряда при наличии оставшихся 2.3 и 2.7, соответствует классу:

- 1) первому;
- 2) второму;
- 3) третьему;
- 4) четвертому.

13. У пациента, нуждающегося в протезировании 3.3, при рентгенологическом обследовании 3.3 выявлено периапикальное разрежение костной ткани без четких границ диаметром до 4 мм. Канал полностью obturated пломбировочным материалом. Незначительное количество выведено за верхушечное отверстие. Перкуссия зуба безболезненна. Эндодонтическая терапия проводилась 2 мес назад. Врачебная тактика заключается:

- 1) в удалении зуба;
- 2) перелечивании зуба;3) резекции верхушки корня;
- 4) через 2 мес делается контрольная рентгенограмма;
- 5) в протезировании мостовидным протезом.

14. Препарирование уступа на зубе под металлокерамическую коронку проводят под углом:

- 1) 90°;
- 2) 135°;
- 3) 6°;
- 4) 45°.

15. При препарировании зуба под фарфоровую коронку формируют круговой уступ под углом:

- 1) 90°;
- 2) 135°;
- 3) 6°;
- 4) 45°.

16. Культевая штифтовая вкладка со скользящим (запирающим) штифтом изготавливается в корень:

- 1) резца верхней челюсти;
- 2) резца нижней челюсти;
- 3) клыка верхней челюсти;
- 4) клыка нижней челюсти;
- 5) моляра верхней челюсти.

17. Методику изготовления литой вкладки из металла по восковой модели, полученной во рту больного, впервые описал в 1907 г.:

- 1) Фошар;
- 2) Тигерштедт;
- 3) Таггарт;
- 4) Шротт;
- 5) Хрущев.

18. При подготовке полости под вкладку фальц делают:

- 1) на толщину эмали;
- 2) на 1/3 толщины эмали;
- 3) на 1/2 толщины эмали;
- 4) в пределах твердых тканей, отступая от крыши полости зуба на 1,0-1,5 мм.

19. При формировании дна полости под вкладку оно должно быть:

- 1) параллельным крыше полости зуба;
- 2) повторять рельеф крыши полости зуба;
- 3) под углом 5° к рогам пульпы;
- 4) под углом 10° к рогам пульпы.

20. При препарировании полости на контактной поверхности фальц:

- 1) создается;
- 2) не создается.

21. Дно полости V класса, препарированной под вкладку, должно быть:

- 1) плоским;
- 2) выпуклым;
- 3) вогнутым.

22. При прямом методе моделировку вкладки проводит:

- 1) врач-стоматолог;
- 2) зубной техник.

23. Край штампованной металлической коронки может погружаться в десневую бороздку:

- 1) на 0,8-1,0 мм;
- 2) 0,5-0,7 мм;
- 3) 0,3-0,4 мм;
- 4) 0,2-0,3 мм; 5) 0,1-0,2 мм;
- 6) в зависимости от возраста пациента и состояния краевого пародонта.

24. Под пластмассовую коронку зуб препарируется с уступом:

- 1) обязательно;
- 2) только на вестибулярной поверхности;
- 3) если он депульпирован;

- 4) необязательно;
- 5) если больной старше 25 лет.

25. Кариозное поражение коронки зуба 1.3 по международной классификации болезней МКБ-С имеет код:

- 1) K01;
- 2) K07;
- 3) K03;
- 4) K05;
- 5) K02.

26. Показание к применению культовых вкладок со штифтом:

- 1) повышенное стирание зубов;
- 2) если зуб депульпирован более года назад;
- 3) если канал корня запломбирован не до верхушки;
- 4) при ИРОПЗ менее 0,6;
- 5) при ИРОПЗ более 0,8.

27. Перелом коронки зуба на уровне с краем десны является показанием к протезированию:

- 1) искусственной коронкой;
- 2) вкладкой;
- 3) мостовидным протезом; 4) штифтовой конструкцией.

28. Минимальная толщина колпачка металлокерамической коронки из кобальтохромового сплава равна:

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

29. При препарировании твердых тканей резцов верхней челюсти с живой пульпой особую осторожность следует соблюдать:

- 1) на вестибулярной поверхности;
- 2) оральной поверхности в области вогнутости;
- 3) контактных поверхностях в области экватора;
- 4) контактных поверхностях в пришеечной области;
- 5) оральной поверхности в области зубного бугорка.

30. Косвенный метод моделирования вкладки показан:

- 1) при сложной конфигурации полостей;
- 2) протезировании смежных полостей в ряду стоящих зубах;
- 3) протезировании глубоких полостей;
- 4) протезировании труднодоступных полостей;
- 5) наличии у больных психических заболеваний.

Ответы:

- 1. 3.
- 2. 3.
- 3. 4.
- 4. 1, 2, 3, 4, 5. 1, 3, 5, 6, 8.
- 6. 1 - менее 0,3 и более 0,6.

7. Медиальную и окклюзионную.
8. Вкладка инлей.
9. Винир.
10. Пинлей.
11. Онлей.
12. 3.
13. 4.
14. 2.
15. 1.
16. 5.
17. 2.
18. 1.
19. 1.
20. 2.
21. 2.
22. 1.
23. 4.
24. 1.
25. 5.
26. 5
27. 4.
28. 3.
29. 2.30. 1, 2, 4, 5.

Критерии оценки:

Количество баллов соответствует количеству правильных ответов.

100%-70% соответствует оценке «отлично»

70%-60% соответствует оценке «хорошо»

60%-50% соответствует оценке «удовлетворительно»

50%-30% – необходимо повторно сдать тест

менее 30% – рекомендовано повторное прохождение курса.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к итоговому контрольному занятию № 2, 5 семестр
по дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»
Тема 1-17

Раздел № 1 «Ортопедическое лечение зубов вкладками»

1. Организация клиники ортопедической стоматологии.
2. Методы обследования в клинику ортопедической стоматологии (статические и функциональные).
3. Оттиски: определения, классификация. Оттисковые ложки. Оттисковые материалы.
4. Виды зубных протезов, восстанавливающих анатомическую форму и размер коронок зубов. Индекс Миликевича (ИРОПЗ).
5. Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов вкладками. Виды вкладок, показания, формирование полостей под вкладки.
6. Прямой и косвенный методы изготовления вкладок.
7. Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок (inlay, onlay, overlay, pinlay).
8. Ортопедическое лечение винирами. Правила фиксации.
9. Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов искусственными коронками. Виды коронок, классификация.
10. Виды препарирования под коронки, контроль толщины препарирования твердых тканей зубов.
11. Искусственные коронки. Показания, противопоказания, материалы для металлических штампованных коронок.
12. Полное отсутствие (разрушение) коронок зубов (K08.3). Показания к применению штифтовых конструкций.
13. Клинико-лабораторные этапы изготовления искусственных коронок, штампованных и пластмассовых, комбинированных штампованных коронок по Белкину.
14. Клинико-лабораторные этапы изготовления искусственных литых цельнометаллических коронок, литых с пластмассовой облицовкой.
15. Клинико-лабораторные этапы изготовления искусственных металлокерамических коронок. Правила фиксации искусственных коронок.
16. Показания и клинико-лабораторные этапы изготовления культевых штифтовых конструкций по Ахметову, Ильиной-Маркосян, Копейкину.
17. Штифтовые зубы Логана-Дэвиса, Ричмонда, стандартный штифтовый зуб.
18. Особенности заполнения медицинской карты (форма 043-У). Пациентов с дефектами твердых тканей зубов.

Критерии оценки:

-оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий;

-оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

-оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты;

-оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь ситуационных задач к итоговому контрольному занятию № 2, 6
семестр

по дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»

Тема 1-5

Раздел № 2 «Ортопедическое лечение зубов коронками и частичное отсутствие зубов»

Ситуационная задача № 1

Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.7 и 2.4 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками. Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 2.7 зуба – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 2.4 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет. При обследовании пациенту было предложено изготовить мостовидный протез с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.

Задания.

1. Определите возможность восстановления 2.7 зуба искусственной коронкой-опорой мостовидного протеза.
2. Составьте план лечения данного 2.7 зуба.
3. Назовите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 2.4 и 2.7 зубы.
4. Определите необходимость распломбирования небного канала 2.4 зуба.
5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам-опорам мостовидного протеза.

Ответы №1

1. Восстановление 2.7 зуба искусственной коронкой возможно после проведения пломбирования переднего щечного канала.
2. План лечения 2.7 зуба: необходимо передний щечный канал пройти до апикального отверстия, запломбировать передний щечный канал, наложить постоянную пломбу или восстановить зуб культевой металлической вкладкой.
3. С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых лежит цельнолитая конструкция.
4. Небный канал 2.4 зуба необходимо распломбировать для последующего изготовления литой культевой вкладки.
5. Основные требования к искусственным коронкам:
 - искусственные коронки должны восстанавливать анатомическую форму зуба,
 - иметь плотный межзубной контакт,
 - должны плотно прилегать к шейке зуба,
 - край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм,
 - должны восстанавливать окклюзионные контакты,
 - удовлетворять требованию эстетики.

Ситуационная задача № 2

Пациент С., 42 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи на правой стороне. При обследовании выявлено отсутствие 1.5, 1.6 зубов. Пациенту решено изготовить цельнолитой металлический мостовидный протез с опорой на 1.4, 1.7 зубы.

Задания.

1. Определите противопоказания к восстановлению дефекта зубного ряда цельнолитым мостовидным металлическим протезом.
2. Определите преимущества и недостатки цельнолитых мостовидных металлических протезов.
3. Перечислите сплавы металлов, применяемых при изготовлении цельнолитых металлических протезов.
4. Назовите этапы препарирования опорных зубов под литой мостовидный металлический протез.
5. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку – опору мостовидного протеза.

Ответы № 2.

1. Большие по протяженности дефекты, подвижность опорных зубов II степени, протезирование фронтальной группы зубов, низкая коронковая часть опорных зубов.
2. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культи зуба, отсутствие припоя.
Недостатки: низкая эстетика, более значительное сошлифовывание твердых тканей зуба, так как литая коронка толще паяной.
3. Кобальтовые сплавы – «Дентитан», «Реманиум СД»; кобальтохромовый сплав – «Целлит – К»; никелевые сплавы – «Вирон», «Целлит – Н».
4. Этапы препарирования: сепарация в области контактных пунктов, препарирование оральной, вестибулярной поверхностей, формирование уступа, препарирование окклюзионной поверхности, финишная обработка культи зуба.
5. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма конуса (конвергенция 5-7°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую, одноименные поверхности культей зубов под опорные коронки мостовидного протеза должны быть параллельны друг другу.

Ситуационная задача № 3

Пациент Г., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на отсутствие 4.6 зуба и затруднение жевания. При осмотре: 4.6 зуб отсутствует, имеется стирание окклюзионной поверхности 4.5, 4.7 зубов, обусловленной наличием металлического штампованного протеза на зубах-антагонистах. От депульпирования зубов пациент отказался. Пациенту решено изготовить металлический штампованный мостовидный протез с опорой на 4.5 и 4.7 зубы.

Задания.

1. Назовите показания к изготовлению металлического штампованного мостовидного протеза.
2. Перечислите этапы изготовления металлического мостовидного протеза.
3. Выберите инструменты для одонтопрепарирования 4.5 и 4.7 зубов под металлическую штампованную коронку.
4. Расскажите этапы одонтопрепарирования 4.5 и 4.7 зубов под металлическую штампованную коронку.
5. Перечислите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под металлическую штампованную коронку.

Ответы № 3.

1. Включенный дефект зубного ряда, невозможность восстановления зубного ряда с помощью протезирования на имплантате, патологическая стираемость, с целью шинирования.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка коронок на опорные зубы, припасовка коронок на опорные зубы, снятие оттиска с опорными коронками, отливка модели и моделирование промежуточной части мостовидного протеза, пайка коронок и промежуточной части, фиксация мостовидного протеза.
3. Алмазные боры (конусовидные, цилиндрические, шаровидные, ромбовидные, оливовидные и др.).
4. Этапы препарирования: сепарация контактных поверхностей коронки зуба, препарирование жевательной поверхности, препарирование оральной и вестибулярной поверхности, финишная отделка культи зуба.
5. Форма цилиндра, жевательная поверхность повторяет свой анатомический рельеф, все поверхности гладкие.

Ситуационная задача № 4

Пациентка А., 45 лет, обратилась в стоматологическую клинику с целью ортопедического лечения 4.6 зуба. Из анамнеза выяснено, что 4.6 зуб неоднократно лечен с наложением пломб, но пломбы через три-четыре месяца выпадали. При осмотре 4.6 зуба обнаружена кариозная полость на жевательной поверхности в пределах эмали и средних слоёв дентина, зондирование стенок безболезненно. Индекс ИРОПЗ=0,6. Врач произвел препарирование кариозной полости, наложил постоянную пломбу. И решил изготовить на 4.6 зуб металлокерамическую коронку.

Задания.

1. Перечислите показания к изготовлению металлокерамических коронок.
2. Перечислите противопоказания к изготовлению металлокерамических коронок.
3. Назовите снимаемую толщину твердых тканей зуба, снимаемых под металлокерамическую коронку.
4. Назовите разновидности пришеечных уступов, формируемых при препарировании зуба под металлокерамические коронки.
5. Назовите методику снятия слепков под металлокерамические коронки.

Ответы № 4.

1. Нарушение формы и цвета коронок естественных зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбировочным материалом, по эстетическим требованиям.
2. Детям и подросткам, выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, заболевания пародонта тяжелой степени.
3. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,3-1,5-2 мм
4. Следующие виды уступов:
 - а) под углом 135°
 - б) под углом 90°
 - в) под углом 90° со скосом 45°
 - г) желобообразный уступ
 - д) символ уступа
5. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двухслойный оттиск. Он состоит из следующих этапов: снятие предварительного оттиска (первый слой) и получения окончательного уточненного оттиска (второй слой). Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой силикатного материала. Окончательный оттиск

получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Эта методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарируемых зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.

Ситуационная задача № 5

Пациент А., 32 лет, явился с жалобами на откол коронки 3. 2 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. По рентгенограмме корневой канал запломбирован, периапикальных изменений не выявлено.

Задания.

Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки в 3.2 зубе.

1. Опишите требования, которые предъявляют к корню при изготовлении культевых штифтовых вкладок.
2. Перечислите возможные методы восстановления 3.2 зуба.
3. Назовите материалы применяемые, при изготовлении культевой штифтовой вкладки.
4. Перечислите клинико-лабораторные этапы восстановления 3.2 зуба культевой штифтовой вкладкой непрямым методом.

Ответы № 5.

1. Изготовление культевой штифтовой вкладки возможно, так как корневой канал запломбирован и периапикальные изменения отсутствуют.
2. Требования: длина корня должна быть больше, чем высота будущей искусственной коронки, стенки корня должны иметь достаточную толщину, чтобы противостоять жевательному давлению, корень должен быть устойчивым, не поражен кариесом, его поверхность должна выступать над десной или находится на одном уровне с ней.
3. Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб, восстановление зуба анкерным штифтом и композитом, изготовление штифтового зуба.
4. СПС, сплавы золота, ХКС.
5. Этапы изготовления:
 - 1) Клинический. Подготовка корня, распломбирование канала, изоляция от слюны, снятие оттиска.
Лабораторный. Изготовление огнеупорной модели и отливка искусственной культи из металла);
 - 2) Клинический. Припасовка и фиксация на цемент металлической культи, снятие двойных оттисков).
Лабораторный. Изготовление коронки, закрывающей кулю из металла.
 - 3) Клинический. Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую кулю.

Ситуационная задача № 6

Пациент Ф., 45 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи. При обследовании обнаружено: 4.7 зуб разрушен на 60 %, жевательная поверхность восстановлена пломбировочным материалом, при рентгенологическом обследовании корневые каналы запломбированы, периапикальных изменений не выявлено. Пациенту решено было изготовить металлокерамическую коронку на 4.7 зуб.

Задания.

1. Определите показания к восстановлению зуба металлокерамической коронкой.
2. Определите преимущества и недостатки металлокерамических коронок.
3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления металлокерамической коронки.
4. Назовите принципы одонтопрепарирования под металлокерамические коронки.

5. Назовите виды оттисковых масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.

Ответы № 6.

Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалии формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съёмного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.

1. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культи зуба, хорошая фиксация, эстетичность.
Недостатки: сложность одонтопрепарирования.
 2. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- «Целлит –К», никелевые сплавы- «Вирон», «Целлит –Н». Керамические массы.
 3. а) Сепарация, б) препарирование оральной, вестибулярной поверхностей, в) формирование уступа, г) препарирование окклюзионной поверхности, д) финишная обработка культи зуба. Требования к культе зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку: форма конуса (конвергенция 3°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа, или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую.
5. Силиконовые или поливинилсилоксановые оттисковые массы для рабочего оттиска, альгинатные слепочные массы для вспомогательного оттиска.

Ситуационная задача № 7

Пациент О., 47 лет, обратился в клинику с жалобой на разрушение и изменение в цвете 3.7 зуба. Объективно: коронка 3.7 зуба разрушена кариесом на 3/4, зуб депульпирован, устойчив, перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневые каналы запломбированы до верхушек корней, патологических изменений пародонта нет. Больному решено было изготовить штампованную коронку на 3.7 зуб.

Задания.

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба штампованной коронкой.
2. Перечислите клинические и лабораторные этапы изготовления штампованной коронки.
3. Перечислите материалы, применяемые для изготовления штампованных коронок.
4. Назовите оттисковые массы, применяемые для снятия оттиска под штампованные коронки.
5. Назовите необходимые материалы для проведения этапа фиксации коронки в полости рта.

Ответы № 7.

1. Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации кламмера съёмного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза, с целью шинирования.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттиска, отливка модели, гипсовка модели в окклюдатор, моделирование зубов из воска, получение штампов из легкоплавких металлов, штамповка, отбеливание, шлифовка, полировка, припасовка коронок в полости рта, окончательная припасовка и фиксация коронок.
3. Для изготовления штампованных коронок используются сплавы:
 - нержавеющая сталь
 - серебрянно-палладивый сплав
 - сплав золота 900 пробы
4. Альгинатные оттисковые массы для рабочего и вспомогательного оттисков.
5. СИЦ для фиксации ортопедических конструкций, поликарбоксилатные цементы, цементы двойного отверждения.

Ситуационная задача № 8

Пациент П., 40 лет, обратился в клинику с жалобами на разрушение и изменение в цвете 2.1 зуба. Объективно: коронка 2.1 зуба разрушена кариесом на 1/2, зуб депульпирован, устойчив,

перкуссия отрицательная. На рентгенограмме – корневой канал запломбирован до верхушки корня, патологических изменений периодонта нет.

Задания.

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 2.1 зуба.
2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 2.1 зуб.
3. Назовите материалы, применяемые для изготовления металлокерамической коронки.
4. Назовите виды оттискных масс, применяемых для снятия оттиска под металлокерамическую коронку.
5. Назовите клинические этапы изготовления металлокерамической коронки.

Ответы № 8

1. Изготовление культевой штифтовой вкладки и металлокерамической коронки: а) подготовка канала, б) моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, в) отливка вкладки из металла, г) припасовка вкладки, д) фиксация на цемент, е) изготовление искусственной коронки.
2. Возможно изготовление металлокерамической коронки после изготовления культевой штифтовой вкладки или восстановления зуба с помощью анкерного штифта.
3. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав- «Целлит – К», никелевые сплавы- «Вирон», «Целлит – Н». Керамические массы.
4. Силиконовые или поливинилсилоксановые оттискные массы для рабочего оттиска, альгинатные слепочные массы для вспомогательного оттиска.
5. а) Одонтопрепарирование, б) снятие силиконового двухслойного оттиска, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, д) припасовка коронки в полости рта, е) фиксация коронки.

Ситуационная задача № 9

Пациент М., 60 лет, явился к стоматологу с целью протезирования. Он предъявил жалобы на затруднённый приём пищи. При обследовании обнаружено: на верхней челюсти полный съёмный пластиночный протез. На нижней челюсти в 3.7, 4.7 зубах пломбы, остальные зубы отсутствуют. По рентгенограмме каналы зубов запломбированы, периапикальные ткани без патологии.

Задания.

1. Обоснуйте возможность ортопедического лечения с использованием искусственных штампованных коронок на 3.7, 4.7 зубы.
2. Назовите применяемые материалы для получения оттисков.
3. Выберите оттискный материал для этого случая.
4. Расскажите положительные и отрицательные свойства выбранного оттискного материала.
5. Перечислите конструкционные материалы, применяемые для изготовления искусственных штампованных коронок.

Ответы № 9

1. Изготовить искусственные штампованные коронки на 3.7, 4.7 зубы возможно. Они могут служить для крепления съёмного протеза, изготовленного на нижнюю челюсть.
2. Материалы для снятия оттисков: кристаллизирующие (гипс), эластичные (альгинатные, силиконовые, полиэфирные, тиоколовые), термопластические (стенс).
3. Силиконовую оттискную массу.
4. Силиконовые массы. В состав входит основная, корригирующая паста и катализатор.
Положительные свойства: не теряет эластичность в течение длительного периода, даёт чёткое отображение тканей протезного ложа, малая усадка, незначительная остаточная деформация.
Отрицательные свойства: при длительном хранении (более 3-4 суток) подвергается самополимеризации и даёт максимальную усадку 0,5 % от объёма.
5. Нержавеющие стали, на основе золота, серебра, палладия.

Ситуационная задача № 10

Пациент К., 50 лет, обратился к стоматологу с целью изготовления коронки на 2.7 зуб. Из анамнеза выяснено: 2.7 зуб два года назад был лечен с пломбированием каналов и наложением пломбы. Через два-три месяца пломбы выпадали, их заменяли новыми. При осмотре в 2.7 зубе пломба, контактный пункт нарушен, десневые межзубные сосочки синюшного цвета, слегка отёчны. По рентгенограмме: каналы 2.7 зуба запломбированы до верхушки, периапикальные ткани без патологии. Врач решил изготовить на 2.7 зуб литую цельнометаллическую коронку.

Задания.

1. Объясните преимущества изготовления цельнолитых коронок по сравнению со штампованными.
2. Расскажите о первом клиническом этапе приготовления цельнолитой коронки.
3. Дайте определение «оттиску».
4. Расскажите о назначении оттисковой ложки и её видах.
5. Расскажите методику снятия двухслойного оттиска силиконовой массой.

Ответы № 10

1. Преимущества литых цельнометаллических коронок по сравнению со штампованными: физиологичность, т.к. лежат на уступе, прочность, точность прилегания в области шеек, менее травмируют ткани, лучше восстанавливают анатомическую форму зубов, окклюзные контакты, не содержат припоя.
2. Первый клинический этап: литая коронка должна иметь толщину 0,3-0,5 мм. При одонтопрепарировании создают культю зуба конусовидной формы с конвергенцией в 6°. Сошлифовываются ткани зуба от 0,5 до 1,5-2 мм с созданием уступа (по показаниям) затем снимают оттиски.
3. Оттиск – это негативное отображение тканей протезного ложа и прилегающих к нему тканей.
4. Оттиск снимают оттисковой ложкой. Ложки бывают стандартные и индивидуальные. Ложка состоит из ручки, бортов, ложа для зубов, свода у ложки верхней челюсти и выреза для языка у ложки нижней челюсти. Стандартные ложки бывают металлические и пластмассовые различных размеров, перфорированные и неперфорированные.
5. Силиконовые массы применяются для двойных оттисков. В её состав входит: основная (базисная) и корригирующая паста и катализатор. Сначала снимают оттиск базисной пастой, а затем после её отвердения, накладывается корригирующая паста и вводится в полость рта.

Ситуационная задача № 11

Пациент Д., 25 лет, явился к стоматологу с жалобами на появление болей от холодного и горячего в области зуба 1.1. Из анамнеза выяснено, что два месяца была травма челюстно-лицевой области. При осмотре обнаружено: скол коронки 1.1 зуба в пределах эмали и дентина, обнажение пульпы. Врач под анестезией удалил пульпу, запломбировал канал, наложил пломбу и решил изготовить металлокерамическую коронку.

Задания.

1. Расскажите об особенностях препарирования зубов под металлокерамическую коронку.
2. Объясните назначение создания уступа.
3. Назовите виды создаваемых уступов.
4. Выберите материалы для снятия оттиска.
5. Перечислите конструкционные материалы для изготовления металлокерамической коронки.

Ответы № 11

1. При препарировании под металлокерамическую коронку зубы должны сохранять признаки принадлежности к соответствующей группе зубов. Создают культю зуба в форме конуса в 6°.

Зубы укорачивают на 1-2 мм, сошлифовывают твёрдые ткани зуба не менее чем на 1мм, учитывая зоны безопасности. Объём сошлифованных тканей определяют из расчета толщины металлического каркаса 0,3-0,4 мм и слоя керамической облицовки – 0,7-1,2 мм. Особенностью препарирования зубов под металлокерамическую коронку является формирование пришеечного уступа. Предпочтительно его создавать на уровне маргинальной десны или над десной.

2. Назначения уступа – для равномерного распределения жевательной нагрузки на корень зуба, защиты пародонта от травмы краем коронки, обеспечение эстетического эффекта.
3. Виды отступов: под углом 135°, под углом 90°, под углом 90° со скосом 45°, желобообразный уступ, символ уступа.
4. Для более точного отображения протезного ложа лучше получать двойной оттиск силиконовой массой. С противоположной челюсти снимают вспомогательный оттиск.
5. Конструкционные материалы: кобальтово-никелевые, хромокобальтовые и сплавы драгоценных металлов

Ситуационная задача № 12

Пациент М., 40 лет, явился на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломбы из 2.4 зуба и с просьбой восстановить его искусственной коронкой. При обследовании зуба обнаружена глубокая кариозная полость, язычная и задняя стенки отсутствуют. Полость зуба раскрыта, на дне полости зуба и в устьях корневых каналов обнаружен пломбировочный материал. На рентгенограмме – небный канал запломбирован до физиологического отверстия, в щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с нечеткими границами.

Задания.

1. Определите возможность восстановления 2.4 зуба искусственной коронкой.
2. Составьте план лечения данного 2.4 зуба.
3. Выберите пломбировочный материал для пломбирования щечного канала 2.4 зуба.
4. Определите необходимость распломбирования небного канала 2.4 зуба.
5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам.

Ответы № 12

1. Восстановление 2.4 зуба искусственной коронкой возможно после проведения его лечения.
2. План лечения 2.4 зуба: необходимо щечный канал пройти и механически, медикаментозно обработать, запломбировать, в кариозную полость наложить постоянную пломбу.
3. Щечный канал можно запломбировать пластичной твердеющей пастой или методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов.
4. Небный канал распломбировывать нет необходимости, так как он запломбирован полностью и изменений в периапикальных тканях нет.
5. Основные требования к искусственным коронкам:
 - искусственные коронки должны восстанавливать анатомическую форму зуба,
 - иметь плотный межзубной контакт,
 - должны плотно прилегать к шейке зуба,
 - край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм,
 - должны восстанавливать окклюзионные контакты,
 - удовлетворять эстетическим требованиям.

Ситуационная задача № 13

Пациент С., 17 лет, явился с жалобами на отлом коронки 1.1 зуба. При обследовании обнаружено отсутствие коронки зуба, оставшаяся часть ее выступает над уровнем десневого края до 3 мм. Зондирование, перкуссия 1.1 зуба безболезненны. Диагноз: хронический периодонтит 1.1 зуба. Проведено эндодонтическое лечение.

Задания.

1. Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки в 1.1 зубе.
2. Опишите показания к изготовлению культовых штифтовых вкладок.
3. Перечислите существующие требования к корню при изготовлении культевой штифтовой вкладки.
4. Назовите материалы, применяемые при изготовлении культевой штифтовой вкладки.
5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки прямым методом.

Ответы № 13

1. Показано изготовление культевой штифтовой вкладки на 1.1 зуб, поскольку коронковая часть зуба сильно разрушена.
2. Показания к изготовлению культовых вкладок: невозможность реставрации разрушенной коронки зуба пломбой, вкладкой, полной коронкой, использование под опору мостовидного протеза, при шинировании, при патологическом стирании зубов.
3. Требования к корню при изготовлении культевой штифтовой вкладки: корень должен быть устойчив в лунке, должен выступать над десной или быть на одном уровне с ней, в области верхушки корня не должно быть патологических изменений, корневого канал должен быть запломбирован не менее, чем на одну треть от верхушечного отверстия, проходим на длину не меньше, чем высота коронки зуба, не быть искривлённым на протяжении двух третей своей длины, считая от эмалево-цементного соединения, стенки корня должны иметь достаточную толщину и не должны быть поражены кариесом или другим патологическим процессом.
4. СПС, сплавы золота, ХКС.
5. Этапы изготовления: подготовка корня, изоляция от слюны, смачивание стенок канала, припасовка металлического штифта, подготовка воска, введение воска в канал корня, армирование воска в канале штифтом, моделировка культевой части под коронку, охлаждение и выведение восковой композиции, отливка культевой штифтовой вкладки из металла, припасовка, фиксация.

Ситуационная задача № 14

Пациент Ш., 20 лет, явился к стоматологу с жалобами на дефект коронки 2.1 зуба, на возникновение боли при приеме пищи. При обследовании врач обнаружил откол коронки зуба, оставшаяся часть зуба выступает над уровнем десны до 3 мм, зондирование корневого канала резко болезненно, видна кровоточащая пульпа.

Задания.

1. Определите план лечения 2.1 зуба.
2. Выберите метод обезболивания при лечении.
3. Опишите показания к изготовлению культовых штифтовых вкладок.
4. Определите противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки.
5. Перечислите клинико-лабораторные этапы изготовления культевой штифтовой вкладки непрямым методом.

Ответы № 14

1. План лечения: эндодонтическое лечение 2.1 зуба метод витальной экстирпации, пломбирование канала и подготовка его для изготовления культевой штифтовой вкладки и искусственной коронки.
2. Местная инфильтрационная анестезия с вестибулярной стороны. Вкол иглы – по переходной складке в области проекции верхушки корня 2.1 зуба, под углом 45° к кости.
3. Показания к изготовлению культовых вкладок: невозможность реставрации разрушенной коронки зуба пломбой, вкладкой, полной коронкой, использование под опору мостовидного протеза, при шинировании, при патологическом стирании зубов.

4. Противопоказаниями в данном случае могут быть неустойчивость зуба в лунке, разрыв циркулярной связки.
5. Непрямой метод:
 - 1) Клинический – подготовка корня и снятие оттиска.
 - лабораторный (изготовление модели и отливка культы из металла);
 - клинический (припасовка и фиксация на цемент металлической культы, снятие двойных оттисков).
 - 2) Лабораторный – изготовление коронки на искусственную культю из металла.
 - 3) Припасовка и фиксация искусственной коронки на металлическую культю.

Ситуационная задача № 15

Пациент У., 26 лет, явился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект 1.2 зуба. Из анамнеза выяснено, что зуб неоднократно лечен, но пломбы выпадали через 2-3 месяца. При осмотре: коронка 1.2 зуба разрушена наполовину, в полости зуба обнаружены остатки пломбировочного материала. На рентгенограмме - канал зуба запломбирован до физиологического отверстия, изменений в периодонте нет.

Задания.

1. Составьте план лечения для устранения эстетического дефекта 1.2 зуба.
2. Определите возможность изготовления металлокерамической коронки на 1.2 зуб.
3. Определите возможность создания уступа при изготовлении металлокерамической коронки.
4. Расскажите о видах уступов при изготовлении металлокерамической коронки.
5. Назовите этапы изготовления металлокерамической коронки.

Ответы № 15

1. План лечения: подготовка канала, моделирование культевой штифтовой вкладки из воска, отливка вкладки из металла, припасовка вкладки, фиксация на цемент, изготовление искусственной коронки.
2. Возможно после изготовления и фиксации культевой штифтовой вкладки.
3. Уступ формируется в данном случае при изготовлении культевой штифтовой вкладки.
4. Виды уступов: под углом 135°, под углом 90°, под углом 90° со скосом 45°, желобообразный, символ уступа.
5. а) снятие оттиска, б) изготовление металлического колпачка на модели, в) припасовка колпачка, г) выбор цвета, нанесение керамической массы, обжиг, д) припасовка, е) глазурирование, ж) фиксация коронки.

Ситуационная задача № 16

Пациент Т., 75 лет, обратился к стоматологу-ортопеду с целью протезирования. При осмотре полости рта: 4.7 зуб имеет большую полость на жевательной поверхности, зондирование и перкуссия безболезненны, стенки зуба до 1мм. На рентгенограмме: каналы запломбированы, изменений в периодонте нет. По показаниям пациенту необходимо изготовить металлическую штампованную коронку на 4.7 зуб.

Задания.

1. Назовите показания к изготовлению металлической штампованной коронки.
2. Перечислите этапы изготовления металлической штампованной коронки.
3. Выберите инструменты для одонтопрепарирования 4.7 зуба под металлическую штампованную коронку.
4. Расскажите методику одонтопрепарирования 4.7 зуба под металлическую штампованную коронку.
5. Перечислите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под металлическую штампованную коронку.

Ответы № 16

1. Невозможность восстановления коронковой части зуба пломбировочными материалами, аномалия формы, положения зуба, патологическая стираемость, для фиксации ортодонтических конструкций, для фиксации кламмера съемного протеза, как опорная коронка мостовидного протеза.
2. Одонтопрепарирование, снятие оттисков, отливка гипсовых моделей, фиксация в окклюдатор, изготовление штампа, контрштампа, подготовка гильзы, штамповка, припасовка, фиксация.
3. Сепарационные диски, алмазные боры (пиковидные, цилиндрические, оливовидные, шаровидные, ромбовидные и др.).
4. а) Сепарация, б) препарирование жевательной поверхности, в) препарирование оральной и вестибулярной поверхности, г) финишное препарирование.
5. Форма цилиндра, жевательная поверхность повторяет свой анатомический рельеф, все поверхности гладкие.

Ситуационная задача № 17

Пациент Ф., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на частое выпадение пломбы в 1.7 зубе. При осмотре 1.7 зуба обнаружена на жевательной и задней контактной поверхности пломба, окклюзионный контакт с зубом-антагонистом неудовлетворительный. Изменений в периодонте нет. Пациенту было решено изготовить цельнолитую металлическую коронку на 1.7 зуб.

Задания.

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба цельнолитой металлической коронкой.
2. Назовите преимущества и недостатки цельнолитых металлических коронок.
3. Перечислите сплавы металлов, применяемых при изготовлении цельнолитых металлических коронок.
4. Назовите этапы одонтопрепарирования под литые металлические коронки.
5. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку.

Ответы № 17

Невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическое стирание, для фиксации кламмера съемного протеза, использование под опору мостовидного протеза, с целью шинирования.

1. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культи зуба, хорошая фиксация. Недостатки: не эстетичность, сложность одонтопрепарирования.
2. Кобальтовые сплавы - «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав - «Целлит –К», никелевые сплавы- «Вирон», «Целлит–Н».
3. а) Сепарация,
б) препарирование оральной, вестибулярной поверхностей,
в) формирование уступа,
г) препарирование окклюзионной поверхности,
д) финишная обработка культи зуба.
4. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма усеченного конуса (конвергенция 5-7°), сохраняется рельеф окклюзионной поверхности, наличие уступа, или его символа, поверхности гладкие, плавно переходят с одной поверхности на другую.

Ситуационная задача № 18

Пациент Т, 43 лет, предъявляет жалобы на отлом коронки 1.3 зуба. Зуб ранее лечился по поводу пульпита. Канал запломбирован до физиологической верхушки. При осмотре

обнаружено отсутствие коронки зуба, оставшаяся её часть над уровнем десневого края до 3 мм. Перкуссия безболезненна. На рентгенограмме изменений в периодонте нет.

Задания.

1. Определите возможность изготовления культевой штифтовой вкладки на 1.3 зуб.
2. Назовите основные части культевой штифтовой вкладки.
3. Перечислите основные показания и противопоказания к изготовлению культевой штифтовой вкладки.
4. Назовите преимущества изготовления культевой штифтовой вкладки по сравнению с другими видами штифтовых зубов.
5. Назовите материалы, применяемые при изготовлении культевой штифтовой вкладки.

Ответы № 18

1. Изготовление штифтовой культевой вкладки на этот зуб возможно при условиях:
 - а) отсутствия подвижности III степени,
 - б) отсутствия изменений в периодонте,
 - в) наличие запломбированного канала корня до верхушки,
 - г) отсутствия искривления канала в апикальной и средней его трети.
2. Культевая штифтовая вкладка состоит из штифта, жестко соединенного с искусственной культей. На культю отдельно изготавливается коронка.
3. Показания:
 - а) дефекты коронковой части зуба на уровне десневого края,
 - б) невозможность реставрации пломбами, вкладками, коронками,
 - в) в качестве опоры мостовидного протеза, в комбинации шинирующих конструкций при заболеваниях пародонта.Противопоказания:
 - а) недостаточная длина корня (длина штифта должна быть не меньше, чем высота корня),
 - б) зубы с искривленными корнями и непроходимыми каналами,
 - в) зубы с патологическими изменениями в периапикальных и других окружающих тканях,
 - г) зубы с неполной obturацией корневого канала,
 - д) подвижность зубов III степени.
2. Основные преимущества:
 - а) искусственную коронку, покрывающую культю, при необходимости можно легко снять и заменить без извлечения культевой штифтовой вкладки,
 - б) имеет большие возможности в выборе вида искусственной коронки,
 - в) лучше фиксируется в канале корня и более прочная.
5. Применяемые материалы: хромокобальтовый сплав (КХС), золотоплатиновый сплав 750 пробы, серебряно-палладиевый сплав (СПС).

Ситуационная задача № 19

Пациентка А, 32 лет, обратилась в поликлинику с целью профилактического осмотра. Врач выяснил наличие жалоб, развитие заболевания, анамнез жизни, провел внешний осмотр и приступил к осмотру преддверия полости рта. В истории болезни в графе «прикус» врач написал «ортогнатический».

Задания.

1. Назовите вид окклюзии, при котором определяется прикус.
2. Опишите соотношение резцов верхней и нижней челюсти.
3. Расскажите о взаиморасположении моляров верхней и нижней челюсти.
4. Определите отношение ортогнатического прикуса к физиологическому, патологическому или аномалийному.
5. Опишите выраженность бугров жевательной группы зубов при ортогнатическом прикусе.

Ответы № 19

1. Центральная.
2. Верхние резцы перекрывают нижние на 1/3-1/2 коронки.
3. Передний щечный бугор верхнего первого моляра находится между щечными буграми первого нижнего моляра.
4. Физиологический.
5. Ж

Ситуационная задача № 20

Пациент Ф, 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на косметический дефект. При осмотре была выявлена кариозная полость в 1.1 зубе IV класса по Блеку. Поставлен диагноз «Глубокий кариес». Было проведено лечение кариеса, поставлена пломба. Для коррекции пломбы в окклюзии врач просит пациента выдвинуть нижнюю челюсть вперед, а затем назад.

Задания.

1. Назовите плоскость, в которой происходят движения нижней челюсти.
2. Опишите движения, совершаемые суставными головками нижней челюсти.
3. Назовите путь, пройденный суставными головками.
4. Перечислите мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед.
5. Опишите путь, пройденный нижними фронтальными зубами при ортогнатическом прикусе.

Ответы № 20

1. Сагиттальная.
2. Вперед и вниз по скату суставного бугорка и обратно.
3. Сагиттальный суставной путь.
4. Латеральные крыловидные и жевательные мышцы.
5. Сагиттальный резцовый путь – скольжение по небной поверхности верхних резцов.

Ситуационная задача № 21

Пациент У, 34 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в височно-нижнечелюстном суставе. Боли наблюдаются в течение года. К стоматологу с данной проблемой пациент ранее не обращался. После проведения опроса, внешнего осмотра врач попросил пациента открыть и закрыть рот.

Задания.

1. Назовите плоскость, в которой происходят движения нижней челюсти в данном случае.
2. Опишите движения, совершаемые суставными головками нижней челюсти.
3. Охарактеризуйте степень открывания рта при разговоре шепотом.
4. Перечислите мышцы, сокращающиеся при закрывании рта.
5. Назовите мышцы, сокращающиеся при открывании рта.

Ответы № 21

1. Сагиттальная.
2. Вращение вокруг горизонтальной оси, движение по скату суставного бугорка, вращение вокруг горизонтальной оси.
3. Незначительное.
4. Жевательные, височные, медиальные крыловидные.
5. Челюстно-подъязычные, подбородочно-подъязычные, передние брюшки двубрюшных мышц.

Ситуационная задача № 22

Пациент Р, 45 лет, обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта, оголение корней зубов. Периодически появляются ноющие

боли в десне. После сбора анамнеза, внешнего осмотра врач приступил к осмотру полости рта. На приеме у врача-стоматолога выявлены патологические изменения в полости рта. В патологический процесс вовлечены: периодонт, десна, зубная альвеола и цемент корня зуба.

Задания.

1. Назовите часть зуба, находящуюся в зубной альвеоле.
2. Назовите систему, в которой происходят патологические изменения.
3. Перечислите функции, выполняемые этой системой.
4. Назовите ткани, осуществляющие опорно-удерживающую роль.
5. Назовите возможные причины возникновения патологических процессов в этой системе.

Ответы № 22

1. Корень зуба.
2. Пародонт.
3. Защитная, опорно-удерживающая, амортизационная, трофическая, пластическая, барьерная.
4. Костная ткань, волокна периодонта.
5. Местные и общие.

Ситуационная задача № 23

Пациент Б, 65 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью протезирования зубов. Со слов пациента зубы были потеряны в результате осложнений кариозного процесса. При осмотре полости рта было выявлено, что у пациента отсутствуют все зубы на верхней челюсти и часть зубов на нижней челюсти.

Задания.

1. Охарактеризуйте возможность определения прикуса.
2. Опишите условия измерения нижней трети лица у данного пациента.
3. Расскажите о возможности определения базальных дуг.
4. Расскажите о возможности определения зубных дуг.
5. Расскажите о возможности определения альвеолярных дуг.

Ответы №23

1. Прикус не фиксирован.
2. В состоянии физиологического покоя.
3. На верхней челюсти не определяется, на нижней – в проекции верхушек корней зубов.
4. На верхней челюсти не определяется, на нижней – по режущим краям фронтальных зубов и окклюзионной поверхности премоляров и моляров.
5. На верхней челюсти не определяется, на нижней – по вершине гребня альвеолярного отростка. Жевательные бугры равномерно выражены.

Критерии оценки:

- оценка «**зачтено**» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; - оценка «**не зачтено**» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к итоговому контрольному занятию № 2, 6 семестр
по дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»
Тема 1-11

Раздел № 2 «Ортопедическое лечение зубов коронками и частичное отсутствие зубов»

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Показания к протезированию мостовидным протезом больного с частичной потерей зубов определяются:
 - 1) желанием больного;
 - 2) состоянием опорного аппарата зубов, видом прикуса;
 - 3) величиной и топографией дефекта зубного ряда, видом прикуса;
 - 4) видом дефекта, его величиной и топографией, видом прикуса, состоянием пародонта зубов, пограничных с дефектом зубного ряда;
 - 5) видом дефекта и прикуса, состоянием пародонта зубов, пограничных с дефектом.
2. При наклоне опорных зубов в сторону дефекта показан:
 - 1) разборный мостовидный протез, одна из опор которого сочленяется с наклонившимся зубом вкладкой, вкладкой во вкладке, опорно-удерживающим кламмером, замковым креплением;
 - 2) паяный мостовидный протез с опорой на штампованных коронках;
 - 3) мостовидный протез с телескопической системой крепления.
3. При протезировании мостовидными протезами оттиски снимают на этапе припасовки:
 - 1) каркасов цельнолитых цельнометаллических мостовидных протезов;
 - 2) каркасов цельнолитых комбинированных мостовидных протезов;
 - 3) опорных элементов паяных мостовидных протезов.
4. У паяных золотых мостовидных протезов по сравнению со стальными:
 - 1) выше гальванизм и выше твердость;
 - 2) выше гальванизм, но ниже твердость;
 - 3) ниже гальванизм, но выше твердость;
 - 4) ниже гальванизм и ниже твердость.
5. У мостовидного протеза по сравнению с дуговым:
 - 1) выше нагрузка на пародонт опорных зубов и быстрее адаптация к протезу;
 - 2) выше нагрузка на пародонт опорных зубов и длительнее адаптация к протезу;
 - 3) ниже нагрузка на пародонт опорных зубов и быстрее адаптация к протезу;
 - 4) ниже нагрузка на пародонт опорных зубов и длительнее адаптация к протезу.
6. В качестве опорных элементов в мостовидных протезах используют:
 - 1) коронки;
 - 2) полукоронки;

- 3) штифтовые зубы;
- 4) вкладки;
- 5) телескопические коронки;
- 6) кламмеры;
- 7) все перечисленное.

7. Основными элементами конструкции мостовидных протезов являются:

- 1) опорные части;
- 2) дуги;
- 3) кламмеры;
- 4) промежуточная часть;
- 5) 1+4;
- 6) 2+3+5.

8. Промежуточная часть (тело) мостовидного протеза в переднем отделе зубного ряда верхней челюсти по отношению к слизистой оболочке располагается:

- 1) касательно;
- 2) в виде седла;
- 3) с промывным пространством (висячая форма);
- 4) произвольно;
- 5) зависит от протяженности дефекта зубного ряда.

9. Промежуточная часть (тело) мостовидного протеза в переднем отделе зубного ряда нижней челюсти по отношению к слизистой оболочке располагается:

- 1) касательно;
- 2) в виде седла;
- 3) с промывным пространством (висячая форма);
- 4) произвольно;
- 5) зависит от протяженности дефекта зубного ряда.

10. Возможные недостатки паяных мостовидных протезов из нержавеющей стали:

- 1) окисление припоя, почернение места пайки;
- 2) функциональная перегрузка опорных зубов;
- 3) низкая жевательная эффективность;
- 4) возникновение гальванических токов;
- 5) привкус металла во рту;
- 6) быстрое стирание зубов-антагонистов;
- 7) перелом в месте спайки частей протеза;
- 8) 1+4+5+7;
- 9) 1+3+6+7.

11. Мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность зубного ряда до:

- 1) 20 %;
- 2) 40 %;
- 3) 60 %;
- 4) 80 %;
- 5) 100 %.

12. На этапе припасовки паяного мостовидного протеза врач должен получить протез из зуботехнической лаборатории:

- 1) на рабочей модели;
- 2) без модели;

3) на гипсовых моделях штампов.

13. Припасовка опорных коронок является клиническим этапом при изготовлении мостовидного протеза:

- 1) паяного;
- 2) цельнолитого;
- 3) любого;
- 4) металлокерамического;
- 5) металлопластмассового.

14. Промежуточная часть (тело) мостовидного протеза в боковом отделе зубного ряда по отношению к десне располагается:

- 1) касательно;
- 2) с промывным пространством (висячая форма);
- 3) седловидно;
- 4) в зависимости от протяженности дефекта зубного ряда.

15. Промежуточная часть мостовидного протеза в боковом отделе зубного ряда по отношению к десне располагается следующим образом:

- 1) касается ее на всей протяженности;
- 2) касается ее в одной точке;
- 3) не касается.

16. Промывное пространство между телом мостовидного протеза и альвеолярной частью в боковом отделе зубного ряда больше:

- 1) на нижней челюсти;
- 2) верхней челюсти.

17. При потере четырех боковых зубов заместить дефект зубного ряда мостовидным протезом с опорой на клык и третий моляр возможно:

- 1) если зубами-антагонистами являются естественные зубы;
- 2) если зубами-антагонистами являются зубы съемного протеза;
- 3) при любой клинической ситуации.

18. По способу передачи жевательного давления на пародонт опорных зубов несъемные мостовидные протезы относятся:

- 1) к физиологическим;
- 2) полуфизиологическим;
- 3) нефизиологическим.

19. Положительные качества мостовидных протезов:

- 1) высокая гигиеничность;
- 2) высокая жевательная эффективность;
- 3) небольшие размеры, пациенты быстро к ним привыкают;
- 4) обеспечение характера жевания, приближенного к естественному;
- 5) несъемность;
- 6) необходимость препарирования зубов.

20. Альгинатные оттисковые материалы используются при изготовлении:

- 1) штампованных коронок;
- 2) цельнолитых коронок;
- 3) вкладок;

- 4) паяных мостовидных протезов;
- 5) цельнолитых мостовидных протезов;
- 6) металлокерамических мостовидных протезов;
- 7) съемных мостовидных протезов (малых седловидных протезов).

21. Методику двойного (корригированного) оттиска применяют при протезировании:

- 1) одиночными литыми цельнометаллическими коронками;
- 2) цельнолитыми цельнометаллическими мостовидными протезами;
- 3) вкладками;
- 4) штампованными коронками;
- 5) цельнолитыми металлокерамическими и металлопластмассовыми мостовидными протезами;
- 6) паяными мостовидными протезами;
- 7) фарфоровыми коронками.

22. В качестве опор для мостовидных протезов используют:

- 1) интактные зубы с непораженным пародонтом;
- 2) зубы с изменениями в периапикальных тканях без признаков протекающего воспаления, каналы которых запломбированы до верхушки;
- 3) зубы с явлениями протекающего воспаления в околоверхушечных тканях;
- 4) зубы с изменениями в периапикальных тканях и без симптомов протекающего воспаления, но с не запломбированными до верхушки каналами;
- 5) корни зубов с хорошо запломбированными каналами без признаков протекающего воспаления;
- 6) имплантаты.

23. При оценке качества оттисков для изготовления мостовидных протезов важны:

- 1) четкий рельеф десневой бороздки по периметру каждого опорного зуба;
- 2) четкость отображения поверхности альвеолярных частей в области отсутствующих зубов;
- 3) точность отображения переходной складки;
- 4) отсутствие нечетких, размытых отпечатков протезного ложа;
- 5) отсутствие пор на поверхности протезного ложа.

24. При отсутствии заболеваний пародонта протезирование мостовидными протезами допустимо при потере:

- 1) от одного до четырех резцов;
- 2) клыка;
- 3) премоляров;
- 4) двух премоляров и одного моляра;
- 5) резцов и клыка;
- 6) клыка и премоляра.

25. Для временной фиксации несъемных мостовидных протезов используют:

- 1) цинкоксид-фосфорную пасту ("Дентол");
- 2) карбодент;
- 3) висфат-цемент;
- 4) цинкоксид-эвгеноловую пасту ("Репин");
- 5) водный дентин;
- 6) цемент "Унифас".

26. Для постоянной фиксации несъемных мостовидных протезов используют:

- 1) цинкоксид-эвгеноловую пасту ("Репин");

- 2) водный дентин;
- 3) цемент "Унифас";
- 4) висфат-цемент;
- 5) акрилоксид;
- 6) стеклоиономерные цементы.

27. Касательное расположение тела мостовидного протеза по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка в переднем отделе применяется с целью:

- 1) сохранения нормальной дикции;
- 2) сохранения эстетики;
- 3) предупреждения разбрызгивания слюны во время речи;
- 4) повышения гигиенических качеств протеза;
- 5) предупреждения повреждения слизистой оболочки.

28. Клинические этапы протезирования паяными мостовидными протезами:

- 1) обследование больного, анестезия, препарирование зубов, получение оттисков;
- 2) припасовка коронок, получение оттисков;
- 3) припасовка мостовидного протеза, фиксация временным цементом;
- 4) шлифовка и полировка протеза;
- 5) фиксация мостовидного протеза постоянным цементом.

29. Несъемный протез, состоящий из опорных частей и промежуточной части (тела), называется _____.

Ответы:

1. 4.
2. 1.
3. 3.
4. 4.
5. 1.
6. 7.
7. 5.
8. 1.
9. 1.
10. 8.
11. 5.
12. 1.
13. 1.
14. 2.
15. 3.
16. 1.
17. 2.
18. 1.
19. 2, 3, 4, 5.
20. 1, 4, 7.
21. 1, 2, 3, 5, 7.
22. 1, 2, 5, 6.
23. 1, 2, 4, 5.
24. 1, 2, 3, 4.
25. 1, 4, 5.
26. 3, 4, 6.
27. 1, 2, 3.

28. 1, 2, 3, 5.

29. Мостовидный протез

Критерии оценки:

Количество баллов соответствует количеству правильных ответов.

100%-70% соответствует оценке «отлично»

70%-60% соответствует оценке «хорошо»

60%-50% соответствует оценке «удовлетворительно»

50%-30% – необходимо повторно сдать тест

менее 30% – рекомендовано повторное прохождение курса.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к итоговому контрольному занятию № 3, 6 семестр
По дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»
Тема 1-17

Раздел 2 «Ортопедическое лечение зубов коронками и частичное отсутствие зубов.»

1. Частичное отсутствие зубов. Этиология, клиника, функциональные нарушения, связанные с дефектом зубного ряда.
2. Биологические, клинические и биомеханические обоснования ортопедического лечения несъемными мостовидными протезами.
3. Классификация дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова и др.).
4. Основные принципы конструирования мостовидных протезов.
5. Показания, противопоказания, материалы для лечения дефектов зубных рядов несъемными штампованно-паяными мостовидными протезами.
6. Показания, противопоказания, материалы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
7. Показания, противопоказания, материалы для изготовления комбинированных металлопластмассовых мостовидных протезов.
8. Показания, противопоказания, материалы для изготовления комбинированных металлокерамических мостовидных протезов.
9. Гнатодинамометрия, ЭОД, измерение подвижности зубов двухпараметрическим периодонтометром.
10. Методы определения центральной окклюзии при частичном отсутствии зубов.
11. Клинико-теоретическое обоснование выбора числа опорных зубов при лечении мостовидными протезами.
12. Виды дефектов зубного ряда. Тактика врача при их различном сочетании.
13. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованно-паяных мостовидных протезов.
14. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
15. Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированных металлопластмассовых мостовидных протезов.
16. Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированных металлокерамических мостовидных протезов.
17. Показания, противопоказания, материалы, технологии, клинико-лабораторные этапы лечения частичного отсутствия зубов цельно-керамическими мостовидными протезами. CAD/CAM-технология.
18. Ортопедическое лечение частичной потери зубов с применением адгезивных мостовидных протезов.
19. Клинико- лабораторные этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.
20. Припасовка и фиксация мостовидных протезов в полости рта.
21. Возможные осложнения при лечении мостовидными протезами. Методы профилактики и устранение причин.
22. Особенности гигиены полости рта при наличии мостовидных протезов.

Критерии оценки:

«отлично» (по пятибалльной системе) отличное владение всеми компетенциями, в ответе отлично ориентирован в этиологии и факторах риска, возможны единичные незначительные ошибки в отдельных звеньях патогенеза, однако не в построении общей логической цепи; легко объясняет патогенез клинической картины, может легко объяснить принципы патогенетической терапии, отлично владеет практическими навыками; в подготовке использована дополнительная научная литература.

«хорошо» (по пятибалльной системе) очень хорошее владение необходимыми компетенциями, ответ выше среднего уровня, хорошо знаком с этиологией и факторами риска нозологической единицы, допускает 1-2 ошибки в знании отдельных звеньев патогенеза, но не в построении общей логической цепи, способен объяснить патогенез клинических проявлений и общие принципы патогенетической терапии, очень хорошо владеет практическими навыками; в подготовке использована дополнительная учебная литература.

«удовлетворительно» (по пятибалльной системе) значительное количество недостатков в знании отдельных звеньев патогенеза, цепь логических рассуждений в объяснении патогенеза оказывается не полной, плохо моделирует возможности патогенетической терапии; относительно хорошо владеет практическими навыками; удовлетворительное владение необходимыми компетенциями, материал представляет «заученным», плохо может объяснить связь с клиникой и патогенетической терапией, удовлетворительно владеет практическими навыками, в подготовке использован материал кафедральных методичек минимального уровня знаний по дисциплине.

«неудовлетворительно» (по пятибалльной системе) студент владеет не всеми необходимыми компетенциями, с материалом не знаком, однако пытается выстраивать логические патогенетические связи на основании предыдущих знаний или знаний других дисциплин; не способен выходить на логические связи на основании предыдущего материала или учебного материала, полученных на других дисциплинах; для сдачи необходима серьезная дальнейшая работа.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь вопросов к зачету
по дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»

1. Организация клиники ортопедической стоматологии.
2. Методы обследования в клиники ортопедической стоматологии (статические и функциональные).
3. Оттиски: определения, классификация. Оттисковые ложки. Оттисковые материалы.
4. Виды зубных протезов, восстанавливающих анатомическую форму и размер коронок зубов. Индекс Миликевича (ИРОПЗ).
5. Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов вкладками. Виды вкладок, показания, формирование полостей под вкладки.
6. Прямой и косвенный методы изготовления вкладок.
7. Клинико-лабораторные этапы изготовления вкладок (inlay, onlay, overlay, pinlay).
8. Ортопедическое лечение винирами. Правила фиксации.
9. Ортопедическое лечение дефектов твердых тканей зубов искусственными коронками. Виды коронок, классификация.
10. Виды препарирования под коронки, контроль толщины препарирования твердых тканей зубов.
11. Искусственные коронки. Показания, противопоказания, материалы для металлических штампованных коронок.
12. Полное отсутствие (разрушение) коронок зубов (K08.3). Показания к применению штифтовых конструкций.
13. Клинико-лабораторные этапы изготовления искусственных коронок, штампованных и пластмассовых, комбинированных штампованных коронок по Белкину.
14. Клинико-лабораторные этапы изготовления искусственных литых цельнометаллических коронок, литых с пластмассовой облицовкой.
15. Клинико-лабораторные этапы изготовления искусственных металлокерамических коронок. Правила фиксации искусственных коронок.
16. Показания и клинико-лабораторные этапы изготовления культевых штифтовых конструкций по Ахметову, Ильиной-Маркосян, Копейкину.
17. Штифтовые зубы Логана-Дэвиса, Ричмонда, стандартный штифтовый зуб.
18. Особенности заполнения медицинской карты (форма 043-У). Пациентов с дефектами твердых тканей зубов.
19. Частичное отсутствие зубов. Этиология, клиника, функциональные нарушения, связанные с дефектом зубного ряда.
20. Биологические, клинические и биомеханические обоснования ортопедического лечения несъемными мостовидными протезами.
21. Классификация дефектов зубных рядов (Кеннеди, Вильд, Гаврилова и др.).
22. Основные принципы конструирования мостовидных протезов.
23. Показания, противопоказания, материалы для лечения дефектов зубных рядов несъемными штампованно-паяными мостовидными протезами.
24. Показания, противопоказания, материалы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
25. Показания, противопоказания, материалы для изготовления комбинированных металлопластмассовых мостовидных протезов.

26. Показания, противопоказания, материалы для изготовления комбинированных металлокерамических мостовидных протезов.
27. Гнатодинамометрия, ЭОД, измерение подвижности зубов двухпараметрическим периодонтометром.
28. Методы определения центральной окклюзии при частичном отсутствии зубов.
29. Клинико-теоритическое обоснование выбора числа опорных зубов при лечении мостовидными протезами.
30. Виды дефектов зубного ряда. Тактика врача при их различном сочетании.
13. Клинико-лабораторные этапы изготовления штампованно-паяных мостовидных протезов.
31. Клинико-лабораторные этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов.
32. Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированных металлопластмассовых мостовидных протезов.
33. Клинико-лабораторные этапы изготовления комбинированных металлокерамических мостовидных протезов.
34. Показания, противопоказания, материалы, технологии, клинико-лабораторные этапы лечения частичного отсутствия зубов цельно-керамическими мостовидными протезами. CAD/CAM-технология.
35. Ортопедическое лечение частичной потери зубов с применением адгезивных мостовидных протезов.
36. Клинико- лабораторные этапы изготовления адгезивных мостовидных протезов.
37. Припасовка и фиксация мостовидных протезов в полости рта.
38. Возможные осложнения при лечении мостовидными протезами. Методы профилактики и устранение причин.
39. Особенности гигиены полости рта при наличии мостовидных протезов.

Критерии оценки:

«Зачтено» выносится в зачётную книжку если студент выполнил минимальные требования: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению ситуационных задач; – демонстрирует навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

«Не зачтено» выносится в зачётку в случае: – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении ситуационных задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Медицинский факультет
Кафедра стоматологии

П Е Р Е Ч Е Н Ь тем к самостоятельной работе
по дисциплине «Зубопротезирование (простое протезирование)»

1. Дефекты зубных рядов.
2. Изменения в зубочелюстной системе при наличии дефектов зубных рядов.
3. Классификация деформаций зубных рядов по В.А. Пономарёвой.
4. Резервные силы пародонта, понятие и методы их определения.
5. Штампованно-паяные мостовидные протезы.
6. Цельнолитые мостовидные протезы.
7. Виды контроля окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений при всех видах окклюзии.
8. Системы фиксации съёмных протезов пластиночных, бюгельных, съёмных мостовидных.
9. Сравнительная характеристика штампованно-паяных и цельнолитых мостовидных протезов.
10. Металлокерамические мостовидные протезы.
11. Основные материалы для их изготовления металлокерамических протезов.
12. Частичные съёмные опирающиеся и не опирающиеся протезы (определение).
13. Основные элементы бюгельных (дуговых) протезов.
14. Частичные съёмные протезы с металлическим базисом.
15. Показания и клинико-лабораторные этапы изготовления частичных съёмных протезов с металлическим базисом.
16. Адаптация и рекомендации к съёмным протезам.

Критерии оценки:

оценка «отлично»: – глубокие и твердые знания; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; – твердые практические навыки в выполнении экспериментов;

оценка «хорошо»: – достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; – умение самостоятельно анализировать изучаемые явления и процессы; – достаточные практические навыки и умения, обеспечивающие решение задач дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «удовлетворительно»: – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – посредственные практические навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;

оценка «неудовлетворительно»: – отсутствие знаний; – неправильный ответ на вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять практические знания и навыки при решении практических задач; – отсутствие практических навыков и умений в выполнении экспериментов.