



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра ортопедической стоматологии

**«Утверждаю»
Зав. кафедрой, д.м.н., профессор
В.И. Шемонаев**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА № 4
СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ (ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ)
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»
МОДУЛЬ «ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА»
4 КУРС (7 СЕМЕСТР)
(ДЛЯ СТУДЕНТОВ)**

ТЕМА: «Генерализованный пародонтит. Ортопедические методы лечения генерализованного пародонтита. Непосредственное протезирование при заболеваниях пародонта.»

Квалификация выпускника: специалист
31.05.03 Стоматология (специалитет)

Волгоград

Цель: изучить болезни пародонта, обосновывать выбор лечения при заболеваниях пародонта на основе обследования пациентов, различать основные симптомы пародонтитов.

Формируемые универсальные компетенции (УК), общепрофессиональные компетенции (ОПК) и профессиональные компетенции (ПК):

№	Код компетенции	Содержание компетенции
1	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий
2	УК-2	Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла
3	УК-11	Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению
4	ОПК-1	Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.
5	ОПК-2	Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.
6	ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач.
7	ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач.
8	ОПК-8	Способен использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач.
9	ОПК-9	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
10	ОПК-12	Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента.
11	ОПК-13	Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности.
12	ПК-1	ПК-1. Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза путем сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных и иных исследований с целью установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.
13	ПК-2	ПК-2. Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности.
14	ПК-3	Способен к оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме.
15	ПК-4	Способен разрабатывать, реализовывать и контролировать эффективность индивидуальных реабилитационных программ.
16	ПК-6	Способен к проведению и контролю эффективности санитарно-противоэпидемических и иных мероприятий по охране здоровья населения.
17	ПК-7	Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями.

18	ПК-8	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала
----	------	---

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебная база кафедры ортопедической стоматологии с курсом клинической стоматологии.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Этиология воспалительных заболеваний пародонта.
2. Травматическая перегрузка пародонта в патогенезе пародонтитов.
3. Роль и место ортопедических стоматологических методов в комплексной терапии пародонтитов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Часть 1

1. Этиология, патогенез генерализованного пародонтита.
2. Анализ рентгенограмм при генерализованном пародонтите.
3. Обоснование выбора конструкции шинирующего протеза

Часть 2

1. Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита при интактных зубных рядах. Виды лечебных аппаратов. Показания.
2. Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита при частичном отсутствии зубов. Виды лечебных аппаратов.
3. Клинико-лабораторные этапы изготовления шинирующих конструкций

Часть 3

1. Показания к непосредственному протезированию.
2. Клинические и технические этапы изготовления непосредственных шин-протезов.
3. Подготовка модели при непосредственном протезировании передней и боковых групп зубов.
4. Обработка имедиат-протеза перед наложением в полости рта.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ,

НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», МОДУЛЬ «ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА»:

1. Абдурахманов, А. И. Ортопедическая стоматология. Материалы и технологии : учебник / А. И. Абдурахманов, О. Р. Курбанов. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3863-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438633.html>
2. Абакаров, С. И. Микропротезирование в стоматологии : учебник / Абакаров С. И., Д. В. Сорокин, Д. С. Абакарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5002-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450024.html>
3. Ортопедическая стоматология : учебник / под ред. Каливрадджияна Э. С., Лебеденко И. Ю., Брагина Е. А. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-5272-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452721.html>
4. Стоматологическое материаловедение : учебник / Каливрадджиян Э. С., Брагин Е. А., Рыжова И. П. и др. ; Министерство образования и науки РФ. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 559 с. : ил. - Текст : непосредственный.
5. Арутюнов, С. Д. Зубопротезная техника : учебник / под ред. М. М. Расулова, Т. И. Ибрагимова, И. Ю. Лебеденко. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-3830-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438305.html>
6. Миронова, М. Л. Съёмные протезы : учеб. пособие / М. Л. Миронова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3718-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437186.html>
7. Основы несъёмного протезирования : [учебник] / Г. Шиллинбург [и др.] ; изд.: Х.-В. Хаазе, А. Островский ; пер. Б. Яблонский ; науч. ред. пер.: Б. Иосилевский, Д. Конев, В. Ордовский-Танаевский, С. Пырков. - М. : Квинтэссенция, 2011. - 563 с. : ил. - Текст : непосредственный.
8. Параллелометрия и параллелометрическое фрезерование в ортопедической стоматологии : учеб.-метод. пособие : учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. 060105 (0404000) "Стоматология" и для системы ППО врачей / [сост. : В. И. Шемонаев, Т. В. Моторкина, Д. В. Михальченко] ; Минздравсоцразвития, ВолГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2009. - 72 с. : ил. - Текст : непосредственный.
9. Пчелин И. Ю. Протезирование встречных концевых дефектов зубных рядов : учеб. пособие для спец. 160105 - Стоматология / И. Ю. Пчелин, Т. Б. Тимачева, В. И. Шемонаев ; ВолГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2013. - 61, [3] с. : ил. - Текст : непосредственный.
10. Тимачева Т. Б. Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления основных ортопедических конструкций при лечении патологии твердых тканей зубов, дефектов зубных рядов, полном отсутствии зубов : учеб.-метод. пособие / Т.Б.Тимачева, В.И.Шемонаев, О.В.Шарановская. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2016. -88с. - Текст : непосредственный.
11. Тимачева Т. Б. Последовательность клинико-лабораторных этапов изготовления основных ортопедических конструкций при лечении патологии твердых тканей зубов, дефектов зубных рядов, полном отсутствии зубов : учеб.-метод. пособие / Т.Б. Тимачева, В.И. Шемонаев, О.В. Шарановская. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2016. – 88 с. – Текст : электронный // ЭБС ВолГМУ : электронно-библиотечная система. -

URL:: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%D2%E8%EC%E0%F7%E5%E2%E0_%CF%EE%F1%EB%E5%E4%EE%E2%E0%F2_%20%EA%EB%E8%ED%E8%EA%EE-%EB%E0%E1_%FD%F2%E0%EF%EE%E2_2016&MacroAcc=A&DbVal=47

12. Дьяков И. П. Типовые тестовые задания по ортопедической стоматологии "Зубопротезирование (простое протезирование)" : метод. пособие / И. П. Дьяков, А. В. Машков, В. И. Шемонаев ; ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф. ортопед. стоматологии. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 90, [2] с. : ил. - Текст : непосредственный.

13. Типовые тестовые задания по ортопедической стоматологии для студентов : Раздел "Протезирование при полном отсутствии зубов" : учеб. пособие / Шемонаев В. И., Бадрак Е. Ю., Грачёв Д. В. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф. ортопед. стоматологии ; [сост. : В. И. Шемонаев, Е. Ю. Бадрак, Д. В. Грачёв и др.]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 87, [1] с. - Текст : непосредственный.

14. Типовые тестовые задания по ортопедической стоматологии для студентов : Раздел: Протезирование при полном отсутствии зубов : учебное пособие / [сост.: Шемонаев В.И., Бадрак Е.Ю., Грачев Д.В. и др.] – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 88 с. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL:http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%D2%E8%EF_%F2%E5%F1%F2_%E7%E0%E4_%EF%EE_%EE%F0%F2%EE%EF%E5%E4_%F1%F2%EE%EC%E0%F2_2016&MacroAcc=A&DbVal=47

15. Типовые тестовые задания по ортопедической стоматологии "Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)": учеб. пособие / ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф. ортопед. стоматологии ; [сост. : Е. А. Буянов, О. В. Шарановская, В. И. Шамонаев и др.]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016. - 89, [3] с. - Текст : непосредственный.

16. Функциональная диагностика в клинике ортопедической стоматологии : учеб. пособие по спец. 31.05.03 "Стоматология" по дисциплине "Стоматология" / Шемонаев В. И., Линченко И. В., Климова Т. Н. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 94, [2] с. : ил. - Текст : непосредственный.

17. Функциональная диагностика в клинике ортопедической стоматологии : учеб. пособие по спец. 31.05.03 "Стоматология" по дисциплине "Стоматология" / Шемонаев В. И., Линченко И. В., Климова Т. Н. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2017. - 94, [2] с. : ил. – Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. -

URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%D4%F3%ED%EA%F6%E8%EE%ED%E0%EB_%E4%E8%E0%E3%ED%EE%F1%F2%E8%EA%E0_%E2%EA%EB%E8%ED%E8%EA%E5_%EE%F0%F2%EE%EF%E5%E4_%F1%F2%EE%EC%E0%F2_2017&MacroAcc=A&DbVal=47

18. Основы технологии зубного протезирования. Т. 1 : учебник : в 2 т. / С. И. Абакаров [и др.] ; под ред. Э. С. Каливрадзяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-7475-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474754.html>

19. Основы технологии зубного протезирования. Т. 2 : учебник : в 2 т. / Е. А. Брагин [и др.] ; под ред. Э. С. Каливрадзяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 2. - 392 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-7476-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474761.html>

20. Лебеденко, И. Ю. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 824 с. (Национальные руководства) - ISBN 978-5-9704-4948-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449486.html>

21. Применение фиксирующих материалов в клинике ортопедической стоматологии :

- учеб. пособие / Тимачева Т. Б., Шемонаев В. И., Климова Т. Н. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 111, [1] с. : ил., табл.- Текст : непосредственный.
22. Применение фиксирующих материалов в клинике ортопедической стоматологии : учеб. пособие / Тимачева Т. Б., Шемонаев В. И., Климова Т. Н. и др. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2018. - 111, [1] с. : ил., табл. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL:: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=%CF%F0%E8%EC%E5%ED%E5%ED%E8%E5_%F4%E8%EA%F1%E8%F0%F3%FE%F9%E8%F5_%EC%E0%F2%E5%F0%E8%E0%EB%EE%E2_2018&MacroAcc=A&DbVal=47
23. Одонтопародонтограмма в клинике ортопедической стоматологии: учебно-методическое пособие / сост.: Буянов Е. А., Пчелин И. Ю., Малолеткова А. А., Сидорова Н. Е. ; рец.: Линченко И. В., Михальченко Д. В., ; Министерство здравоохранения РФ ; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2020. - 84 с. - Текст : непосредственный.
24. Грачев, Д. В. Основы протезирования с опорой на дентальные имплантанты : учебное пособие / Д. В. Грачев, В. И. Шемонаев, А. А. Лукьяненко ; Министерство здравоохранения РФ ; Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2020. - 84 с. : ил. - Текст : непосредственный.
25. Шемонаев В. И. Современные методы полимеризации пластмасс : учеб. пособие / В. И. Шемонаев, И. В. Линченко, О. Г. Полянская ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2020. - 72 с. - Библиогр.: с. 71. - ISBN 978-5-9652-0614-8. - Текст : непосредственный.
26. Шемонаев В. И. Современные методы полимеризации пластмасс : учеб. пособие / В. И. Шемонаев, И. В. Линченко, О. Г. Полянская ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2020. - 72 с. - Библиогр.: с. 71. - ISBN 978-5-9652-0614-8. - Текст : электронный // ЭБС ВолгГМУ : электронно-библиотечная система. - URL: http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=SHemonaev_Sovr_metody_2020&MacroAcc=A&DbVal=47
27. Пчелин, И. Ю. Конструирование искусственных зубных рядов в артикуляторе: учебное пособие / И. Ю. Пчелин, И. В. Линченко, В. И. Шемонаев. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 120 с. - Текст : непосредственный.
28. Пчелин, И. Ю. Монтаж моделей в артикулятор : учебное пособие / И. Ю. Пчелин., И. В. Линченко, В. И. Шемонаев. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. - 60 с. - Текст : непосредственный.
29. Шемонаев В. И. Современные методы полимеризации пластмасс : учеб. пособие / В. И. Шемонаев, И. В. Линченко, О. Г. Полянская ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2020. - 72 с. - Библиогр.: с. 71. - ISBN 978-5-9652-0614-8. - Текст : непосредственный.
30. Цельнокерамические несъемные зубные протезы : учебное пособие / А. В. Машков, В. И. Шемонаев, А. В. Лашакова, Гаценко С. М. - Волгоград : ВолгГМУ, 2022. - 108 с. - ISBN 978-5-9652-0667-4. - Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. - URL: <https://e.lanbook.com/book/250061> . - Режим доступа: для авториз. пользователей.
31. Осложнения протезирования на дентальных имплантатах : учебное пособие / А. В. Машков, В. И. Шемонаев, А. В. Лашакова [и др.]. - Волгоград : ВолгГМУ, 2022. - 120 с. - ISBN 978-5-9652-0720-6. - Текст : электронный // Лань : электронно-

- библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295769> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
32. Фонетические и эстетические аспекты ортопедического лечения стоматологических больных : учебное пособие / А. В. Машков, В. И. Шемонаев, А. В. Лашакова, С. М. Гаценко. — Волгоград : ВолгГМУ, 2022. — 84 с. — ISBN 978-5-9652-0719-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295802> . — Режим доступа: для авториз. пользователей..
33. Основы стоматологического материаловедения : учебное пособие / В. И. Шемонаев, В. А. Клёмин, Т. Б. Тимачева [и др.]. — Волгоград : ВолгГМУ, 2023. — 256 с. — ISBN 978-5-9652-0935-4. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/418934> . — Режим доступа: для авториз. пользователей..
34. Функциональный анализ зубочелюстно-лицевой системы. Клинические и аппаратные методы : учебное пособие / А. Н. Пархоменко, В. И. Шемонаев, Т. Б. Тимачева, А. В. Осокин. — Волгоград : ВолгГМУ, 2024. — 80 с. — ISBN 978-5-9652-1004-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/450176>
35. Мирсаев, Т. Д. Основы зубного протезирования : учебное пособие / Т. Д. Мирсаев. — Екатеринбург : Уральский ГМУ, 2024. — 204 с. — ISBN 978-5-00168-072-7. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/459605> (дата обращения: 03.04.2025). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
36. Dental materials science : textbook / edited by S. N. Razumova. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-8884-3, DOI: 10.33029/9704-8884-3-DMS-2025-1-168. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970488843.html> (дата обращения: 03.04.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
37. Relationship between systemic and dental diseases. Management of dental patients with comorbidities = Взаимосвязь соматических и основных стоматологических заболеваний. Особенности ведения пациентов стоматологических клиник с коморбидной патологией : учебное пособие для студентов стоматологического факультета на английском языке : a tutorial for english-medium dentistry students / В. Н. Наумова, Ю. В. Рудова, Е. Е. Маслак, Т. В. Колесова. - Волгоград : ВолгГМУ, 2021. - 48 с. - ISBN 9785965206278. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : <https://www.books-up.ru/ru/book/relationship-between-systemic-and-dental-diseases-management-of-dental-patients-with-comorbidities-15056219/> (дата обращения: 03.04.2025). - Режим доступа : по подписке.
38. Preventive dentistry: methodical guidance for dental students = Профилактическая стоматология : Учебно-методическое пособие / А. В. Дубовец, С. А. Кабанова, А. В. Кузьменкова, А. О. Моисеев. - Витебск : ВГМУ, 2022. - 121 с. - ISBN 9789855801093. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : <https://www.books-up.ru/ru/book/preventive-dentistry-methodical-guidance-for-dental-students-15969341/> (дата обращения: 08.04.2025). - Режим доступа : по подписке.

ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ИСТОЧНИКОВ (ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ) И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БАЗ ДАННЫХ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»,

МОДУЛЬ «ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА»:

1. <http://bibl.volgmed.ru/MegaPro/Web> - Электронно-библиотечная система ВолгГМУ (ЭБС ВолгГМУ) (профессиональная база данных)
2. <http://www.studentlibrary.ru/> - Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (профессиональная база данных)
3. <https://e.lanbook.com/books> - Электронно-библиотечная система ЛАНБ. Коллекция «Медицина» (профессиональная база данных)
4. <https://dentalsite.ru/> - профессионалам о стоматологии
5. <https://aptekaherb.ru/> - сайт для студентов стоматологов сайт создан для студентов, учащихся на различных стоматологических факультетах вузов
6. <https://stom.ru/> - Российский стоматологический портал
7. <http://www.med-edu.ru/> - медицинская видеобиблиотека (презентации, статьи)
8. <http://dlib.eastview.com> – универсальная база электронных периодических изданий
9. <http://elibrary.ru> – электронная база электронных версий периодических изданий
10. <http://www.consultant.ru/> – справочно-правовая система «Консультант-Плюс»
11. <https://eduport-global.com/catalog/show/MedicalScience/8> – электронная библиотека англоязычной медицинской литературы
12. <https://vras-vlg.ru/> - Волгоградская региональная ассоциация стоматологов

АННОТАЦИЯ К ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

Генерализованный пародонтит - это деструктивно-воспалительное заболевание, поражающее обе челюсти и характеризующееся воспалительным процессом в пародонте и деструктивным процессом в костной ткани тела челюсти и альвеолярного отростка. Заболевание имеет в основном эндогенный характер. Ведущая роль в развитии пародонтита отводится сосудисто-нервным нарушениям в челюстно-лицевой области. Определенную роль в происхождении пародонтита играют иммунологические сдвиги в организме. Существенное значение имеют и местные факторы, способствующие усугублению заболевания. Следовательно, в вопросе этиологии заболеваний пародонта доминируют два фактора: общий и местный.

К общим этиологическим факторам можно отнести: гормональные нарушения и заболевания (сахарный диабет, синдром трисомии С, синдром Папильон-Лефевра, нарушения гипофизарно-адреналовой системы); нарушения метаболических процессов, сопровождающихся генерализованным поражением сосудистой сети всего организма, приводящих к микроангиопатиям в пародонте (гипертоническая болезнь, атеросклероз, инфекционные заболевания); заболевания нервной системы (эпилепсия, парафункции и др.), заболевания крови, генетическая предрасположенность и наследственные болезни, аллергические заболевания, выраженные общие

дистрофические процессы, снижающие иммунитет и приводящие к изменению защитных сил организма.

К местным факторам относятся: плохой гигиенический уход за полостью рта, курение табака, профессиональные вредности. К местным факторам также можно отнести патогенную флору в полости рта, образование бактериальных токсинов (кариозные зубы, корни, хронический тонзиллит и др.), различные виды нарушения артикуляционного равновесия, некачественное изготовление зубных протезов, аномалии положения и формы зубов, патологии прикуса. Следовательно, можно говорить о полиэтиологическом генезе заболеваний пародонта зубов.

Патогенетическими механизмами заболеваний пародонта являются сосудистые сдвиги в виде нарушений микроциркуляторного русла пародонта. С помощью современных методов исследования (реография, радиоизотопные методы и др.) показано, что инициальным фактором в патогенезе являются нарушения микроциркуляции, приводящие вначале к функциональным, а затем и к органическим изменениям сосудистых стенок в тканях пародонта. Это приводит вначале к гипоксии тканей, а затем к значительным дистрофическим расстройствам. Кроме того, доказана извращенная или повышенная иммунологическая реактивность организма при пародонтите, что указывает на роль этого фактора в патогенезе заболеваний пародонта. Поэтому при составлении плана лечения основное внимание следует направить на эти нарушенные механизмы. Только при таком условии лечебные мероприятия будут носить патогенетический характер.

Основными симптомокомплексами, присущими генерализованному пародонтиту, являются: симптоматический гингивит, над- и поддесневой зубной камень, кровоточивость десен, подвижность зубов, пародонтальный карман, прогрессирующая резорбция альвеолярной кости, образование травматической окклюзии. Выраженность этих признаков зависит от тяжести процесса.

При генерализованном пародонтите легкой степени глубина пародонтальных карманов может достигать 3,5 мм, при пародонтите средней тяжести – до 5 мм. Клинические признаки воспаления и деструкции тканей пародонта усугубляются. Зубы становятся подвижными (I, II степень), оголяются их шейки и, частично, корни, высота альвеолярного отростка верхней челюсти (альвеолярной части нижней челюсти) неравномерно снижается до 1/3- 1/2 длины корней. При тяжелой степени пародонтита все симптомы нарастают, образуются абсцессы, глубина пародонтальных карманов

может быть более 6-8 мм, подвижность зубов – II-III степени. Убыль костной ткани альвеолярного отростка достигает $\frac{3}{4}$ длины корня зуба и более.

К основным рентгенологическим признакам генерализованного пародонтита относятся: различная степень деструкции кортикального слоя, резорбция межальвеолярных перегородок, остеопороз губчатого вещества альвеолярной кости, расширение периодонтальной щели. Эти проявления патологического процесса при различном течении болезни неоднозначны.

Рентгенологически при хроническом пародонтите легкой степени отмечается резорбция межальвеолярных перегородок до $\frac{1}{4}$ длины корня зуба, отсутствие компактной пластинки на вершине альвеолы и прилегающих боковых отделах. При пародонтите средней тяжести на рентгенограмме отчетливо выражена резорбция альвеолярной кости до $\frac{1}{2}$ длины корня, резорбция идет по вертикальному, горизонтальному и смешанному типу атрофии; происходит увеличение петлистости губчатой кости. При пародонтите тяжелой степени на рентгенограмме определяется резорбция альвеолы на $\frac{1}{4}$ и более длины корня.

Следует отметить, что панорамная рентгенография и ортопантомография позволяют изучить обзорные представления об уровне деструктивных процессов. С помощью внутриротовой рентгенографии удастся получить более точные данные о структуре костной ткани и более детально определить протекающие в ней процессы.

При выборе конструкции шин следует исходить из функциональной ценности каждого зуба и функциональных соотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей. Топография и величина дефекта зубных рядов наряду с состоянием пародонта зубов, граничащих с дефектом, и всех оставшихся зубов определяют характер стабилизации и вид шины-протеза.

На основе ортопедического лечения болезней пародонта лежит использование резервных сил пародонта, выравнивание функционально-силовых взаимоотношений и их перераспределение между группами зубов и зубными рядами в целом. Для этого необходимо проведение тщательного анализа одонтопародонтограммы больного.

Ортопедическое лечение при болезнях пародонта может осуществляться при сохранении всех зубов в зубных рядах. В этих случаях говорят о шинировании, иммобилизации всех зубов несъемными или съемными лечебными аппаратами. Если болезни пародонта сопровождаются дефектами зубных рядов, то в задачу ортопедического лечения дополнительно включается необходимость восстановления

отсутствующих зубов. Для этих целей используют конструкции, которые называют шинами протезами.

Вопрос о том, какую ортопедическую конструкцию лучше избрать для лечения болезней пародонта (съёмные или несъёмные шины), может быть решен только следующим образом: показан тот вид иммобилизации, который с учетом всех индивидуальных особенностей течения заболевания позволит приостановить дальнейшее развитие патологического процесса.

Изготовление шинирующих конструкций для постоянного шинирования требует тщательного анализа и изучения зубо-челюстной системы у каждого больного пародонтитом.

При планировании конструкции шинирующего протеза необходимо:

- а) распределить жевательную нагрузку с учетом состояния опорного аппарата каждого зуба;
- б) выбрать опорные, шинирующие и фиксирующие элементы и способы их соединения (жесткое, лабильное, полу лабильное);
- в) учесть эстетические требования пациента.

Регулировать передачу жевательного давления с промежуточной части шины протеза можно путем увеличения числа опорных зубов, выравнивая углы наклона коронковой части опорных зубов, уменьшая ширину искусственных зубов, меняя конструктивные особенности кламмеров и увеличивая базис протеза. Нивелировка функциональных возможностей между зубными рядами верхней и нижней челюстей может быть достигнута путем обоснованного применения съёмных и несъёмных шин протезов.

Необходимо соблюдать следующее условие: несъёмная шина не должна перегружать антагонизирующие зубы.

Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита при сохраненных зубных рядах различно в зависимости от степени тяжести заболевания.

При легкой степени, когда дистрофический процесс захватывает менее четверти длины стенок лунки, происходит незначительное снижение резервных сил зубного ряда. Шинирование при таком состоянии зубочелюстной системы не показано. Рекомендуются местное и общеукрепляющее лечение, а также избирательное пришлифовывание зубов (по показаниям).

При атрофии более четверти длины стенки лунки зуба уменьшаются резервные силы, увеличивается патологическая подвижность зубов. В этом случае перед ортопедическим лечением стоят следующие **задачи**:

- 1) добиться перераспределения жевательного давления, приходящегося на отдельные зубы, на весь зубной ряд;
- 2) объединить в блок все зубы каждой челюсти;
- 3) устранить патологическую подвижность;
- 4) предупредить смещение зубов.

Применяемые шины должны обеспечить иммобилизацию по дуге, а по возможности - в сочетании с парасагиттальной стабилизацией.

При лечении генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени применяют цельнолитые съемные шины, состоящие из единой системы различных модификаций опорно-удерживающих и многосвязных кламмеров с вестибулярными когтевидными отростками. При конструировании таких шин следует целенаправленно использовать модификации кламмеров системы Neu с целью уменьшения действия травмирующих компонентов жевательного давления на пародонт отдельного зуба.

Ортопедическое лечение должно устранить действие на зубы горизонтальных, а также перераспределить вертикальные компоненты жевательного давления. Для этого в конструкцию съемных шин необходимо включить литые элементы, перекрывающие окклюзионную поверхность зубов (например, шина Эльбрехта с окклюзионными накладками). Возможно применение сочетанного шинирования - несъемного и съемного.

При атрофии более 1/2 длины стенки лунки зуба хороший эффект дает применение несъемных шин в сочетании со съемными, которые обеспечивают парасагиттальную стабилизацию и перераспределение вертикального компонента жевательного давления.

К несъемным шинам относятся: экваторные, колпачковые шины, интердентальная шина Копейкина, шина Мамлока (цельнолитые вкладки со штифтами), цельнолитые коронки, облицованные композитными материалами. Элементами соединения между звеньями передних и боковых зубов служат аттачмены, кламмеры Роуча и др. При лечении пародонтитов применяют шины типа "Мерилэндсистем" и ее варианты (Попов Н., 1984; Копейкин В.Н., 1988). Это несъемные шины (фиксируются на зубах с помощью композитных материалов), представляющие

собой расширенный оральный многозвеньевой кламмер с системой окклюзионных накладок, перекидных элементов и вестибулярных отростков.

При генерализованном пародонтите, осложненном частичной потерей зубов, ортопедическое лечение затруднено в связи со снижением или полным отсутствием резервных сил пародонта зубов и нарушением силовых взаимоотношений между зубными рядами. Применяемые при этом шины-протезы должны сбалансировать распределение жевательного давления между отдельными зубами или их функционально ориентированными группами на каждой из челюстей и равномерно перераспределить жевательное давление с базиса протеза на оставшиеся зубы.

Задачами ортопедического лечения являются:

1. объединение в единый блок всех зубов каждой челюсти;
2. равномерное распределение всех компонентов жевательного давления на пародонт оставшихся зубов;
3. устранение дополнительной нагрузки на пародонт зубов, граничащих с дефектом;
4. восстановление функции жевания во всех функционально ориентированных группах зубов.

Больных с заболеваниями пародонта и нарушением непрерывности зубных рядов следует разделить на две группы: к первой относят больных с включенными, а ко второй - с односторонними или двусторонними концевыми дефектами.

При расположении дефекта во фронтальном отделе зубного ряда протезирование осуществляется с помощью мостовидных протезов, фиксированных на коронках.

При большом дефекте во фронтальном отделе оставшиеся боковые зубы шинируют несъемными шинами, а дефект замещают съемным протезом.

При малых и средних односторонних и двусторонних включенных боковых дефектах шинирование осуществляется мостовидными протезами, укрепленными на коронках с учетом функциональных возможностей опорных зубов. Края коронок не должны заходить под десну, оставляя открытым десневой карман для медикаментозной и хирургической терапии.

При больших включенных дефектах и значительном поражении пародонта использование одиночных зубов для фиксации кламмеров бюгельных протезов недопустимо, так как еще более усилит их перегрузку.

При большой подвижности зубов в конструкцию бюгельного протеза необходимо включать дополнительные элементы в виде: непрерывных многозвеньевых кламмеров, перекидных кламмеров (Джексона), двойных (по Бонвиллю), когтевидных отростков, амортизаторов жевательного давления. Назначение амортизатора - уменьшить или полностью снять вертикальные, горизонтальные и опрокидывающие компоненты жевательного давления, передающиеся с седловидной части протеза на опорные зубы. Чем длиннее рессорные ответвления и выше модуль упругости сплава, тем значительнее величина амортизирующего момента. Амортизатором нагрузки может быть рессорное ответвление от плеча кламмера к каркасу базиса. Своеобразной рессорой, или амортизатором нагрузки, может являться дуга шинирующего протеза.

Применяют сочетанные виды шин - несъемные протезы, фиксируемые на группе передних зубов и премоляров, и бюгельный протез, замещающий группу моляров. Несъемную и съемную части можно соединить с помощью различных бескламмерных систем фиксации (аттачмены, телескопы и др.)

Лечение генерализованного пародонтита комплексное: медикаментозное, физиотерапевтическое, хирургическое и ортопедическое.

Ортопедическое лечение заключается в стабилизации зубных рядов по дуге или сочетании стабилизации по дуге с парасагиттальной стабилизацией.

План ведения больного:

- временное шинирование;
- ортодонтическое лечение;
- непосредственное протезирование и шинирование;
- постоянное шинирование.

Ортопедическое лечение производится в зависимости от стадии пародонтита. В начальных стадиях рекомендуется выравнивание окклюзионных поверхностей зубов с целью создания множественного равномерного контакта (динамическая окклюзия). Для достижения множественных контактов зубов применяют избирательное сошлифовывание – важное мероприятие в лечении заболеваний пародонта, а также парафункциональных состояний, патологии жевательных мышц и височнонижнечелюстного сустава.

В других стадиях при наличии дефектов зубных рядов показаны как временные, так и постоянные шины-протезы (мостовидные, бюгельные с различными видами стабилизации).

При интактных зубных рядах для ортопедического лечения ГП применяют съёмные шины Грозовского и Эльбрехта, состоящие из многозвеньевых кламмеров с вестибулярной и оральной сторон зубов, соединённых между собой перекидными кламмерами с окклюзионными накладками. Гораздо более эффективными считаются съёмные шинирующие бюгельные протезы, у которых ретенционные части кламмеров расположены на оральной поверхности, т.е. над экватором. Таким образом, зуб удерживается от смещения как в вестибулооральном, так и в горизонтальном направлениях (Т-образные кламмеры Роуча). Также достаточно эффективны шинирующие бюгельные протезы с когтеобразными отростками, расположенными на зубах фронтальной группы.

Существует большое количество различных несъёмных шинирующих конструкций, которые обладают как преимуществами, так и недостатками. Среди них: кольцевые и колпачковые шины, шина Мамлока и её модификации, шины из экваторных коронок или полукоронок, шинирующий зубной протез из цельнолитых коронок и т.д. Шина Мамлока - цельнолитая шина с корневыми штифтами. Для её изготовления необходимо, чтобы все зубы были депульпированы, а корни зубов относительно параллельны друг другу. Для модификации шины Мамлока зубы не депульпируют. Врач препарирует нёбные или язычные поверхности опорных зубов от режущего края до зубного бугорка на толщину 0,3-0,4 мм. После этого с помощью внутриротового параллелометра просверливает парапульпарные фис-суры диаметром 1 мм и глубиной 2 мм и снимает двойные оттиски. По оттискам в зуботехнической лаборатории отливают огнеупорные модели, на которых из воска моделируют шину. Далее восковую конструкцию по классической методике заменяют на металлический сплав. Готовую шину обрабатывают, припасовывают, полируют и фиксируют на зубах с помощью специальных бондинговых систем или жидкотекучих композитов.

Показанием к изготовлению временных шинирующих аппаратов является развившаяся стадия воспалительно-дистрофической формы очагового и генерализованного пародонтита (ГП), особенно осложнённая патологической подвижностью зубов и неравномерным течением патологического процесса.

Временные шины позволяют устранить травмирующее влияние на ткани пародонта функции жевания и помогают правильно решить вопрос сохранения или удаления

зубов со II и III степенями подвижности. Кроме того, комплексное лечение пародонтита с применением временного шинирования позволяет перейти в дальнейшем на рациональный вид постоянного шинирования.

При пародонтите, осложненном частичной адентией, ортопедическое лечение затруднено в связи со снижением или полным отсутствием резервных сил пародонта зубов и нарушением силовых взаимоотношений между зубными рядами. Применяемые при этом шины-протезы должны сбалансировать распределение жевательного давления между отдельными зубами или их функционально-ориентированными группами на каждой из челюстей и равномерно перераспределить жевательное давление с базиса протеза на оставшиеся зубы.

Если болезни пародонта сопровождаются дефектами зубных рядов, то в задачу ортопедического лечения дополнительно включается необходимость восстановления отсутствующих зубов. Для этих целей используют конструкции, которые называют шинами-протезами.

Задачами ортопедического лечения являются:

- а) объединение в единый блок всех зубов каждой челюсти;
- б) равномерное распределение всех компонентов жевательного давления на пародонт оставшихся зубов;
- в) устранение дополнительной нагрузки на пародонт зубов, граничащих с дефектом;
- г) восстановление функции жевания во всех функционально-ориентированных группах зубов.

При расположении малого или среднего дефекта во фронтальном отделе зубного ряда ортопедическое лечение пациентов с патологией пародонта осуществляется с помощью шинирующих мостовидных протезов, фиксированных на коронках. При слабости опорных элементов шинирующий аппарат следует удлинить путем включения в опору дополнительно боковые зубы.

При большом дефекте зубных рядов во фронтальном отделе оставшиеся боковые зубы шинируют несъемными шинами, а дефект замещают съемным протезом. Лучшими показателями восстановления жевательной эффективности в этом случае будут являться частичные съемные протезы в виде бюгельных протезов

При малых и средних односторонних и двусторонних включенных боковых дефектах, шинирование осуществляется мостовидными протезами, укрепленными на экваторных или полных коронках.

Края коронок не должны заходить под десну, оставляя открытым десневой карман для медикаментозной и хирургической терапии. Мостовидные протезы противопоказаны, если дистально расположенный зуб имеет большую патологическую подвижность.

При больших включенных дефектах, значительном поражении пародонта или отсутствии прочной дистальной опоры следует применять съемные шинирующие протезы в виде дугового протеза, который осуществляет и поперечную иммобилизацию зубов. Опорные зубы должны быть блокированы с рядом стоящими. Использование одиночных зубов для фиксации кламмеров бюгельных протезов недопустимо, т.к. еще более усилит их перегрузку.

При большой подвижности зубов в конструкцию дугового протеза можно включать дополнительные элементы в виде: непрерывных многосвязных кламмеров, перекидных кламмеров (Джексона), двойных (по Бонвиллю), когтевидных отростков, амортизаторов жевательного давления. Назначение амортизатора – уменьшить или полностью снять вертикальные, горизонтальные и опрокидывающие компоненты жевательного давления, передающиеся с седловидной части протеза на опорные зубы.

Применяют сочетанные виды шин – несъемные протезы, фиксируемые на группе передних зубов и премоляров, и бюгельный протез, замещающий группу моляров. Несъемную и съемную части можно соединить с помощью аттачменов.

При концевых односторонних и двусторонних дефектах протезирование производится съемными протезами. При устойчивости оставшихся зубов (не менее 6 зубов на челюсти) и возможности создать устойчивую систему опирающихся кламмеров следует отдать предпочтение дуговым протезам.

При малом числе оставшихся зубов протезирование производится пластиночными протезами, но с использованием опирающихся кламмеров.

Клинико-лабораторные этапы изготовления шинирующих конструкций

В качестве материала для изготовления временных шин широкое применение нашли быстротвердеющие пластмассы. Шину из быстротвердеющей пластмассы для связывания передних зубов нижней челюсти впервые применил Новотный. Для ее изготовления предварительно изолируют десневой край и межзубные сосочки от попадания пластмассы с помощью термопластической массы или размягченного воска. Затем моделируют шину произвольно непосредственно в полости рта.

Приготовленную пластмассу формуют в виде полоски толщиной 1—1,5 мм и вводят с язычной стороны зубов. После этого пластмассу накладывают на поверхности зубов и вдавливают в межзубные промежутки до выхода ее на вестибулярную сторону.

Наложенную пластмассу равномерно распределяют по язычным поверхностям зубов, затем сошлифовывают излишки на вестибулярных поверхностях зубов, а шину обрабатывают и полируют. В связи с неточностью такой шины было предложено изготавливать ее в полости рта по восковой композиции или без нее, но под контролем разборного гипсового оттиска.

Показания к непосредственному протезированию.

1. Удаление последних зубов;
2. Удаление зубов с потерей последней пары антагонистов (потеря фиксированной межальвеолярной высоты;
3. Удаление зубов, когда пародонту оставшихся зубов грозит функциональная перегрузка;
4. Удаление моляров с образованием двухсторонних концевых или больших включенных дефектов, особенно при глубоком прикусе или заболеваниях сустава;
5. Удаление передних зубов;
6. Удаление зубов при заболеваниях пародонта;
7. Операции резекции альвеолярного отростка и челюстей.

Клинические и технические этапы изготовления непосредственных шин-протезов.

Основные этапы изготовления непосредственного протеза:

1. Анализ клинической ситуации;
2. Выбор конструкции имедиат-протеза;
3. Получение высокоточных оттисков и фиксация центральной окклюзии;
4. Лабораторные этапы изготовления протеза;
5. Припасовка и наложение протеза в полости рта.

Первый клинический этап. Обследование пациентов, выбор конструкции, снятие оттисков, определение центрального соотношения челюстей.

Получение оттисков с челюстей при наличии сильно подвижных зубов связано с опасностью удаления их вместе с оттиском или причинения боли пациентам. Поэтому для получения оттисков необходимо применять альгинатные или полиэфирные оттисковые материалы.

В этот этап производят фиксацию центрального соотношения челюстей. Определение центральной окклюзии проводится с помощью восковых пластинок (регистраторов) или силиконовых ключей.

Первый лабораторный этап.

В технической лаборатории отливают модели челюстей и сопоставляют их в положение центральной окклюзии. В случае предполагаемого удаления зубов их срезают на рабочей модели.

При подготовке альвеолярного гребня на модели рекомендуют придавать альвеолярному гребню гладкую, овальную форму в области фронтальных и трапецевидную – в области жевательных зубов.

При заболеваниях пародонта слой снимаемого гипса не превышает 1-1,5 мм. На верхней челюсти во фронтальном отделе гипс снимается только с вестибулярной стороны. На нижней челюсти во фронтальном отделе гипс снимается равномерно по гребню альвеолярного отростка.

В области жевательных зубов с модели снимают слой гипса по краям лунок, слегка закругляя края. Все это делается с учетом того, что в дальнейшем будут происходить процессы регенерации костной структуры альвеолярных отростков с возможной убылью части кости альвеолярных отростков.

После подготовки гипсовых моделей, производят лабораторные этапы изготовления имедиат-протеза по общепринятым технологиям.

Второй клинический этап. Наложение и фиксация имедиат-протезов в полости рта пациентов.

Под местной анестезией производят удаление зубов. Накладывают давящую повязку на 10 - 20 мин. После остановки кровотечения проводят ортопедические мероприятия.

Перед наложением имедиат-протезы выдерживают 15-20 минут в растворе легкого антисептика (3% растворе перекиси водорода, 0,05% раствор хлоргексидина биглюконат), участки пластмассового базиса, прилегающие к раневой поверхности, обрабатывают 5% спиртовым раствором йода.

На следующий день больной должен явиться на прием к врачу для коррекции протеза.

После введения протеза в полость рта больному рекомендуют:

- а) полоскать рот после еды и промывать протез на ночь;
- б) не снимать протез первые 10-12 дней после удаления зубов.

- в) пытаться пережевывать пищу, вначале принимать мягкую пищу небольшими порциями, а затем более твердую и большими порциями.
- г) для быстрого восстановления речи читать вслух.
- д) через 1 месяц после удаления зубов явиться к врачу с целью уточнение базиса протеза самотвердеющей пластмассой.

Подготовка модели при непосредственном протезировании передней и боковых групп зубов.

Нарушение эстетических норм, функции жевания, опасность перегрузки сохранившихся зубов, потеря фиксированной межальвеолярной высоты и изменения в связи с этим деятельности мышц и височно-нижне- челюстного сустава побуждают врача уменьшить разрыв во времени между удалением зубов и началом протезирования. Сокращение периода лечения больного достигается двумя путями: хорошей хирургической подготовкой полости рта, позволяющей в короткие сроки сформировать альвеолярный гребень, благоприятный для протезирования, и непосредственным, или первичным, протезированием.

При непосредственном протезировании протез накладывают на операционном столе (кресле) тотчас после операции. Методика обследования больного обычная. Конструкция протеза при этом должна быть максимально простой и доступной. Применения сложных конструкций, особенно дуговых протезов, следует избегать, так как во время операции объем вмешательства может измениться вследствие осложнений или новых данных, обнаруженных в ходе ее. В этом случае заранее приготовленный протез окажется непригодным. Наиболее пригоден в качестве первичного съемный пластиночный протез с удерживающими или опорно-удерживающими кламперами.

В результате обобщения клинического опыта многих стоматологов сложились две наиболее рациональные методики непосредственного протезирования.

Первая методика (Г.П.Соснин, А.А.Котляр, Е.И.Гаврилов) заключается в следующем. До удаления зубов снимают оттиски челюстей. Затем отливают рабочие и вспомогательные модели челюстей и готовят восковые шаблоны с прикусными валиками, если без них нельзя составить модели в центральной окклюзии. После этого

модели загипсовывают в артикулятор и производят специальную подготовку их. Она заключается в следующем. Зубы, подлежащие удалению, срезают на моделях на уровне их шеек. Затем с вершины альвеолярного гребня снимают тонкий слой гипса (не более 2 мм) и придают ей закругленную форму (рис. 1.). В участках, прилегающих к шейкам остающихся естественных зубов, отступя от них на 3 - 4 мм, гипс снимать не следует. Так поступают для предупреждения отслойки будущим протезом десны естественного зуба. Нельзя снимать много гипса с язычной и особенно с небной сторон." здесь имеется плотная, малоподатливая слизистая оболочка, не сразу подвергающаяся ретракции после операции. Слой снимаемого гипса может быть несколько увеличен, если удаление зубов проводится по поводу пародонтита или пародонтита с атрофией лунки более, чем на 2/3 ее высоты и отеком тканей десны.

При подготовке альвеолярной части боковых зубов с вершины его снимают слой гипса не толще 1 мм и края его слегка закругляют (рис. 1.). В результате такой подготовки на вершине альвеолярного гребня образуется небольшая плоскость. Не следует в этом случае проявлять излишний радикализм, снимая толстый слой гипса. Необходимо помнить, что при обработке альвеолярной части лучше снять меньше гипса и через некоторое время произвести перебазировку протеза.

После подготовки альвеолярного гребня делают постановку зубов и заканчивают изготовление протеза. Затем следует удаление зубов и наложение протеза. Наложение протеза имеет свои особенности. Отек слизистой оболочки в ране и вокруг нее мешают точному прилеганию протеза к тканям протезного ложа и часто вызывает повышение межальвеолярной высоты на искусственных зубах. Поэтому в первый сеанс не следует заниматься исправлением окклюзии. Это надо сделать в последующие дни, когда воспалительный отек исчезнет.

Вторая методика непосредственного протезирования (И.М.Оксман, М.Н.Шитова) отличается от описанной тем, что протез готовят в два этапа. Вначале по восковому шаблону, сформированному на рабочей модели, изготавливают из пластмассы базис будущего протеза с обычными границами. Затем его проверяют в полости рта и снимают оттиск вместе с базисом. При отливке модели базис переводят на модель и последнюю загипсовывают в артикулятор. После этого приступают к подготовке альвеолярной части. По этой методике гипсовые зубы срезают так, что на поверхности альвеолярного гребня остается культи высотой 1 мм. Затем производят обычную

постановку зубов и заканчивают изготовление протеза, как при его реставрации, когда необходимо добавить несколько новых искусственных зубов. Поскольку базис непосредственного протеза принимает участие в формировании альвеолярного гребня, в непосредственных протезах постановка зубов делается почти всегда на искусственной десне.

Протез, изготовленный по описанной методике, не прилегает своим базисом к операционной ране и не нарушает в ней процессов заживления. Предварительное изготовление базиса и проверка его в полости рта облегчает наложение съемного протеза после операции.

С момента операции альвеолярный отросток подвергается непрерывной эволюции как под воздействием самого протеза, так и вследствие атрофии от бездеятельности. По данным Г.А.Васильева, послеоперационная рана заполняется мелкопетлистой губчатой костью через 45 дней после удаления зуба. Через 3 месяца область бывшей лунки на месте удаления зуба по своему строению ничем не отличается от окружающей кости челюсти.

По мере заживления операционной раны начинает выявляться небольшое локальное несоответствие протеза с изменяющейся альвеолярной частью. Эти недостатки обнаруживаются в первые недели после операции и легко устраняются наслоением быстротвердеющей пластмассы. Несколько позднее (через 2-4 месяца) протезное ложе в той его части, которая расположена на альвеолярном гребне, начинает претерпевать большие изменения. Непосредственный протез теряет устойчивость, нарушается окклюзия искусственных зубов, между краем протеза и вестибулярной поверхностью альвеолярного гребня появляется щель, возможно балансирование протеза. Эти признаки у различных больных выявляются в разные сроки, но свидетельствуют о том, что функция непосредственного протеза исчерпана и следует приступить к следующей стадии ортопедического лечения - отдаленному протезированию.

Функция непосредственного протеза отличается от функций протезов, которые больные получают в отдаленные сроки. Кроме обычных лечебных и профилактических задач, свойственных любому протезу, непосредственный протез служит повязкой, защищая послеоперационную рану, и оказывает влияние на формирование

альвеолярной части. Жевательная эффективность этих протезов всегда ниже, чем протезов, изготовленных в отдаленные сроки.

Следует иметь в виду, что непосредственное протезирование не может заменить собой отдаленное. Каждый из этих видов протезирования соответствует определенному периоду ортопедического лечения. Между ними существует преемственность, и они не всегда могут заменить друг друга, так как к применению каждого из них имеются свои показания. Непосредственный протез как лечебный аппарат показан в послеоперационном периоде, в течение которого происходят заживление раны и формирование беззубого альвеолярного гребня.

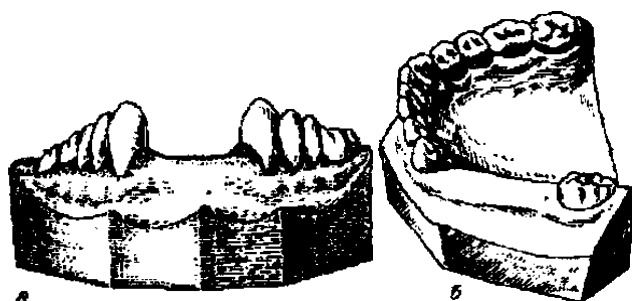


рис. 1. Подготовка модели при непосредственном протезировании: а - при удалении передних зубов; б - при удалении боковых зубов.

Тестовый контроль.

Укажите номер правильного ответа.

1. При генерализованном пародонтите пародонтальные карманы выявляются у:
 - 1) одного зуба
 - 2) нескольких зубов
 - 3) зубов верхней челюсти
 - 4) зубов нижней челюсти
 - 5) всех зубов
2. При функциональной недостаточности пародонта деформации зубных рядов:
 - 1) возникают
 - 2) не возникают
3. Клиническими признаками деформаций зубных рядов при пародонтите являются:
 - 1) смещение фронтальных зубов кпереди
 - 2) смещение жевательных зубов в медиальном или дистальном направлении
 - 3) образование диастемы
 - 4) наклон зубов в сторону дефекта
 - 5) все перечисленные

4. Клиническая картина деформации зубочелюстной системы при функциональной недостаточности пародонта выражена сильнее:

- 1) при сохранных зубных рядах
- 2) при частичной вторичной адентии
- 3) не имеет значения

5. Для ортодонтического лечения протрузии фронтальных зубов при пародонтите применяют:

- 1) лигатурное связывание зубов
- 2) пластинку с вестибулярной дугой
- 3) брекет-систему
- 4) активатор Френкеля 2 типа
- 5) верно 1), 2) и 3)

6. В развившейся стадии пародонтита после ортодонтического лечения необходимо применять:

- 1) временные ретенционные аппараты
- 2) постоянные шинирующие аппараты
- 3) временные шины
- 4) имедиат-протезы

7. Ортодонтическое лечение феномена Попова-Годона не показано:

- 1) при I форме по В.А. Пономаревой
- 2) при II форме по В.А. Пономаревой

8. Цель ортодонтического этапа комплексного лечения болезней пародонта:

- 1) исправить размер и положение зубов
- 2) восстановить нормальную толщину нижней челюсти
- 3) восстановить правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы
- 4) снять дополнительные факторы функциональной перегрузки пародонта

9. При генерализованном пародонтите, осложненном дефектами зубного ряда I класса по Кеннеди, применяются шины-протезы:

- 1) несъемные
- 2) съемные

10. При генерализованном пародонтите временная шина должна обеспечить стабилизацию:

- 1) фронтальную
- 2) фронто-сагиттальную
- 3) по дуге
- 4) парасагиттальную

11. Временное шинирование зубов при генерализованном пародонтите применяют с целью:

- 1) устранения травматического влияния функции жевания
- 2) восстановления эстетических норм
- 3) нормализации высоты прикуса
- 4) нормализации кровообращения в тканях пародонта верно

12. Временная шина при лечении генерализованного пародонтита должно включать в блок зубы:

- 1) с атрофией пародонта 1/2 и более
- 2) с атрофией до 1/4
- 5) 1), 2) и 3)
- 6) верно 1), 3) и 4)
- 7) верно 1) и 4)

13. При хроническом генерализованном пародонтите тяжелой степени тяжести с патологической подвижностью зубов II-III степени, деструкцией костной ткани не более $\frac{3}{4}$ длины корня применяют шины:

- 1) несъемной конструкции
- 2) съемной конструкции
- 3) несъемные и съемные конструкции шин
- 3) все зубы снять дополнительные факторы функциональной перегрузки зубов
- 5) верно 1), 2), 3) и 4)
- 6) верно 1), 2), 3) и 5)

14. Ортодонтическое лечение при вторичных деформациях и аномалиях зубочелюстной системы и функциональной недостаточности пародонта имеет целью:

- 1) исправить положение зубов
- 2) восстановить нормальную окклюзионную высоту
- 3) восстановить правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы
- 4) полностью снять перегрузки тканей пародонта

15. Ортодонтическое перемещение зубов с функциональной недостаточностью пародонта

осуществляется аппаратами:

- 1) слабой силы
- 2) сильнодействующими
- 3) дозированной силы
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 1) и 2)

16. При вестибулярном смещении зубов с образованием трем и диастем при пародонтите применяют:

- 1) резиновые кольца
- 2) лигатурное связывание зубов
- 3) пластинку с вестибулярной окклюзионной дугой

17. При снижении окклюзионной высоты и дистальном смещении нижней челюсти при развившейся стадии пародонтита целесообразно применить:

- 1) съемную пластинку с наклонной плоскостью и вестибулярной ретрузионной дугой на верхнюю челюсть
- 2) съемную пластинку с вестибулярной дугой на верхнюю челюсть
- 3) съемную пластинку с наклонной плоскостью и вестибулярной дугой на верхнюю челюсть и капу на нижнюю челюсть

18. При дистальном сдвиге нижней челюсти, глубоком резцовом перекрытии с протрузией

верхних передних зубов применяют:

- 1) съемную пластинку с наклонной плоскостью и вестибулярной ретрузионной дугой на верхнюю челюсть
- 2) съемную пластинку с наклонной плоскостью и вестибулярной дугой на верхнюю челюсть и каппу на боковые зубы нижней челюсти
- 3) съемную пластинку с наклонной плоскостью и вестибулярной дугой на верхнюю челюсть и каппу на все зубы нижней челюсти

19. Ортодонтический этап комплексного лечения больных с пародонтитом целесообразно проводить:

- 1) после снятия воспалительных явлений
- 2) до снятия воспалительных явлений
- 3) после избирательной пришлифовки зубов
- 4) до избирательной пришлифовки зубов
- 5) верно 1) и 3)
- 6) верно 2) и 4)
- 7) верно 1) и 4)

20. Деформация зубных рядов из-за функциональной недостаточности пародонта может развиваться:

- 1) только при наличии всех зубов
- 2) только при частичной адентии
- 3) верно 1) и 2)

21. При изготовлении съемного ортодонтического аппарата при пародонтите между перемещаемыми зубами и базисом:

- 1) не остается свободного пространства
- 2) остается свободное пространство до 1 мм

22. Активацию ортодонтических аппаратов при пародонтите проводят:

- 1) через 1-2 дня
- 2) через 5 дней
- 3) через 10 дней

Ситуационные задачи

Клиническая задача №1

Ф.И.О. Титова Полина Сергеевна.

Пол ж. Возраст 56 лет.

Профессия учитель.

Жалобы на подвижность зубов передних зубов обеих челюстей, затрудненное откусывание пищи, эстетический недостаток.

	N=11.5 6,3					N=7.5 4,4					N=11.5 5,2					
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N=30.5 15,25
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.3	0.3	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.6	0.6	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.9	0.9	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.25	1.25	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
Подвижность							II	II	II	II						
Одонтोगрамма																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Одонтोगрамма																
Подвижность					II	II	III	III	III	II	II	II				
N	2.0	3.0	3.0	1.75	1.75	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.75	1.75	3.0	3.0	2.0
1/4	1.5	2.25	2.25	1.3	1.3	1.1	0.75	0.75	0.75	0.75	1.1	1.3	1.3	2.25	2.25	1.5
1/2	1.0	1.5	1.5	0.9	0.9	0.75	0.5	0.5	0.5	0.5	0.75	0.9	0.9	1.5	1.5	1.0
3/4	0.5	0.75	0.75	0.45	0.45	0.4	0.25	0.25	0.25	0.25	0.4	0.45	0.45	0.75	0.75	0.5
Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	N=11.5 3,15					N=7.0 3,5					N=11.5 0,45					

Прикус ортогнатический.

Дополнительные данные: Находится на диспансерном учете у врача-эндокринолога.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Ролевая игра

Количество участников: 3 – 5 студентов.

Роли: пациент, врач-стоматолог, врач-рентгенолог, медицинская сестра.

Роль пациента: красочно описывает жалобы больного при генерализованном пародонтите, придумывает анамнез болезни и жизни.

Роль лечащего врача: на основании жалоб и анамнеза болезни описывает возможную клиническую картину болезни, назначает проведение дополнительных исследований, озвучивает свой предварительный диагноз.

Роль врача-рентгенолога: описывает рентгенологическую картину при данной патологии.

Роль лечащего врача: обосновывает диагноз и назначает план лечения.

Задание: подготовьте и инсценируйте обращение в стоматологическую поликлинику пациента, обратившегося за консультацией по поводу заболевания пародонта.

Ведущий преподаватель наблюдает за последовательностью игры, и по мере необходимости исправляет либо направляет её ход.

Методические рекомендации составил:
И.Ю.

доц. Пчелин