



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Уральский медицинский институт»**

***Методические рекомендации к самостоятельной работе по дисциплине
ФТД.02 Современные методы протезирования при атрофии
альвеолярных отростков челюстей***

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Методические рекомендации по дисциплине рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 07.06.2024 г.) и утверждены приказом ректора № 34 от 07.06.2024 года.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации методических рекомендаций по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984.
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Института.

Методическая разработка для преподавателя

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса. по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия

(при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в институте является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в институте включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента. Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования – «подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности».

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся, по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-2	Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<p>ИОПК 2.1 Знает: порядки оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; методику анализа результатов собственной деятельности</p> <p>ИОПК 2.2 Умеет: провести анализ результатов обследования и лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями; составить план мероприятий для предотвращения профессиональных ошибок на основе анализа результатов собственной деятельности</p> <p>ИОПК 2.3 Имеет практический опыт: участия в клинической (клинико-анатомической) конференции по разбору ошибок профессиональной деятельности</p>
ОПК-9	Способен оценивать морфофункциональные состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	<p>ИОПК-9.1 Знает: анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека</p> <p>ИОПК 9.2 Умеет: оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ИОПК 9.3 Имеет практический опыт: оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач</p>
Профессиональные компетенции		
ПК-1	Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	<p>ИПК 1.1 Знает:</p> <p>Общие вопросы организации медицинской помощи взрослому населению и детям</p> <p>Анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации строение зубов Гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза. Анатомо-функциональное состояние органов челюстно-лицевой области с учетом возраста. Нормальную и патологическую физиологию зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции. Роль гигиены полости рта, питания и применения фторидов в предупреждении заболеваний зубов и пародонта Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями. Цели и задачи индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта. Гигиенические индексы и методы их определения Методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов,</p>

		<p>пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых. Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов. Медицинские показания и противопоказания к применению дополнительных методов обследования. Медицинские изделия, применяемые при оказании медицинской помощи детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями. Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях. Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями. Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи. Состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний</p> <p>ИПК 1.2 Умеет:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявлять факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний. Интерпретировать информацию, полученную от детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями. Применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями твердых тканей зубов болезни пульпы и периодонта, заболевания пародонта, слизистой оболочки рта и губ. Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями дефекты зубов, зубных рядов, зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей челюстно-лицевой области. Выявлять у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторы риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области. Формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими</p>
--	--	---

		<p>порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы). Интерпретировать и анализировать результаты основных(клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов. Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых. Формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИПК 1.3 Имеет практический опыт:</p> <p>Сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний. Осмотра и физикального обследование детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Диагностики у детей и взрослых:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кариеса зубов, - некариозных поражений, - заболеваний пульпы и периодонта, - пародонта, - слизистой оболочки рта и губ, - дефектов зубов, - дефектов зубных рядов, - зубочелюстных деформаций, - аномалий зубов и челюстей, - полного отсутствия зубов <p>Выявления у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторов риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области. Формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Направления детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи взрослому населению и детям, клиническими рекомендациями, с учетом</p>
--	--	---

		<p>стандартов медицинской помощи. Интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p> <p>Постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний</p> <p>Постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
ПК-2	Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями и, контролю его эффективности и безопасности	<p>ИПК 2.1 Знает:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях. Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями. Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями. Стандарты медицинской помощи. Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях. Группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении стоматологических заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. Принципы, приемы и методы обезболивания, подбор вида местной анестезии при лечении стоматологических заболеваний. Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями зубов, пульпы, периодонта, пародонта, слизистой оболочки рта и губ</p> <p>Особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях</p> <p>Материаловедение, технологии, оборудование и медицинские изделия, используемые в стоматологии. Анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации; строение зубов; гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза</p> <p>ИПК 2.2 Умеет:</p> <p>Разрабатывать план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Подбирать и назначать лекарственные препараты, медицинские изделия (в том числе стоматологические материалы), диетическое питание, лечебно-оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,</p>

		<p>клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Определять медицинские показания и противопоказания к проведению методик местной анестезии челюстно-лицевой области</p> <p>Проводить местную анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Выполнять медицинские вмешательства, в том числе терапевтические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая повторное эндодонтическое лечение):</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта - контролируемая чистка зубов - профессиональная гигиена полости рта и зубов - инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевой области - местное применение реминерализующих препаратов в области зуба - глубокое фторирование эмали зуба - запечатывание фиссуры зуба герметиком - профессиональное отбеливание зубов - сошлифовывание твердых тканей зуба - восстановление зуба пломбой с использованием стоматологических цементов, материалов химического отверждения, фотополимеров - восстановление зубов с нарушением контактного пункта - восстановление зуба пломбировочным материалом с использованием анкерных штифтов - наложение девитализирующей пасты - пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) - экстирпация пульпы - инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала - временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала - пломбирование корневого канала зуба пастой, гуттаперчивыми штифтами - удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба (ручным методом) - ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба - закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба - наложение лечебной повязки при заболеваниях пародонта в области одной челюсти - назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов - назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая удаление ретенированных и дистопированных зубов):</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - удаление зуба - удаление временного зуба - удаление постоянного зуба - вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса. <p>Проводить поэтапную санацию полости рта (исключая санацию полости рта у детей в условиях анестезиологического пособия)</p> <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе ортопедические, у взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая протезирование на зубных имплантатах, технологии автоматизированного изготовления ортопедических конструкций, полные съемные пластиночные и бюгельные протезы):</p> <ul style="list-style-type: none"> - получение анатомических и функциональных оттисков - восстановление зуба коронкой - восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами - протезирование частичными съемными пластиночными протезами - коррекция съемной ортопедической конструкции <p>снятие несъемной ортопедической конструкции. Интерпретировать результаты рентгенологических исследований челюстно-лицевой области. Проводить консультирование детей и взрослых с заболеваниями слизистой оболочки рта и губ, определять показания для направления на консультацию к врачам специалистам. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p> <p>ИПК 2.3 Имеет практический опыт:</p> <p>Разработки плана лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам со стоматологическими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий (в том числе стоматологических материалов) для лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Назначения диетического питания, лечебно-оздоровительного режима при лечении стоматологических заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Выполнения медицинских вмешательств у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с</p>
--	--	--

		<p>учетом стандартов медицинской помощи. Оценки результатов медицинских вмешательств у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Подбора вида и проведения местной анестезии (аппликационной, инфильтрационной, проводниковой) у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Консультирования детей и взрослых с заболеваниями слизистой оболочки рта и губ, определения показаний для направления на консультацию к врачам-специалистам. Подбора и назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом диагноза, возраста и клинической картины стоматологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Определения способов введения, режима и дозы лекарственных препаратов. Подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения на стоматологическом приеме. Оказания медицинской помощи детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме. Применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>
--	--	---

3. *Содержание самостоятельной работы обучающихся*

№ п/п	Период обучения (семестр). Наименование раздела (модуля), тема дисциплины (модуля)	Содержание самостоятельной работы обучающихся	Всего часов
10 семестр			
	Раздел 1. Анатомические и физиологические особенности в челюстно-лицевой области при длительной адентии и механизмы фиксации протеза.		
1.	Тема 1. Основная классификация беззубых челюстей. Определение высоты прикуса и центральной окклюзии при протезировании беззубых челюстей. Оценка состояния	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	5

	слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей		
2.	Тема 2. Потеря фиксированной высоты прикуса. Изменение внешнего вида больного. Восстановление высоты прикуса при повторном протезировании.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	5
3.	Тема 3. Нарушение функции жевания при полной потере зубов. Специальная подготовка беззубых челюстей к протезированию.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	5
4.	Тема 4. Проблема фиксации протеза на беззубой челюсти.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	5
5.	Тема 5. Функциональные оттиски и их классификация.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	4
Раздел 2. Ортопедическое лечение адентий с использованием имплантатов.			
6.	Тема 1. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Наложение протеза на беззубую челюсть.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	4
7.	Тема 2. Анатомическая постановка зубов в шарнирном окклюдаторе. Анатомическая постановка искусственных зубов по стеклу.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	4
8.	Тема 3. Имплантат как опора мостовидного протеза. Имплантат как элемент механической фиксации пластичных протезов при	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины;	4

	отсутствии зубов. Последовательность клинико-лабораторных методик при одно-, двухэтапной имплантации.	Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	
9.	Тема 4. Ошибки и осложнения при протезировании с опорой на дентальные имплантаты.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю	4
	Подготовка к зачету с оценкой		6
	Всего за семестр		46

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам,

государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач, подготовка к устному опросу.

Тема: «Ортопедическое лечение при полном отсутствии зубов. Особенности клинического обследования больных при полном отсутствии зубов. Определение морфологических особенностей твердых и мягких тканей протезного ложа, степень атрофии костной ткани альвеолярных отростков и тела челюстей, податливости и подвижности слизистой оболочки».

Цель занятия: научиться особенностям клинического обследования больных при полном отсутствии зубов и заполнению истории болезни.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

1. Особенности клинического обследования больных при полной утрате зубов.
2. Морфологические особенности твердых и мягких тканей протезного ложа.
3. Классификацию беззубой верхней челюсти по Шредеру.
4. Классификация беззубой нижней челюсти по Келлер.
5. Характер податливости слизистой зоны по Люнду, буферные зоны по Гаврилову.
6. Определение понятий: «податливость», «подвижность» слизистой, «активно подвижная слизистая», «пассивно подвижная слизистая», «нейтральная зона», «переходная складка», «клапанная зона».
7. Какие изменения происходят в челюстных костях при полной утрате зубов.

Студент должен уметь:

1. Обследовать больного при полном отсутствии зубов.
2. Определить податливость слизистой в зонах по Люнду (буферные зоны по Гаврилову).
3. Определить класс слизистой по Суппле.

4. Тип атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по Шредеру.
5. Тип атрофии альвеолярной части нижней челюсти по Келлеру.
6. Заполнить историю болезни.

ООД на тему:

Особенности клинического обследования больного при полном отсутствии зубов. Внешний осмотр.

Этапы действия	Оборудование, оснащение	Критерии самоконтроля
1. Усадите больного удобно в кресло.	Стоматологическое кресло, медицинский инструментарий.	Голова больного слегка запрокинута, источник света против полости рта.
2. Выясните основные причины полной потери зубов.		<ul style="list-style-type: none"> - Кариес - болезни пародонта - системные заболевания - травмы
3. Незаметно для больного концентрируйте внимание на лицевых признаках в процессе беседы с ним. Обратите внимание на: <ul style="list-style-type: none"> • Симметричность половин лица в положении центральной окклюзии; 	Визуально	<ul style="list-style-type: none"> - Симметричны - Не симметричны за счет рубцов, атрофии мышц, опухоли, костной дистрофии, смещения нижней челюсти в трансверзальном (влево или вправо) и сагиттальном направлении (вперед или назад) направлении. - Резко выражены; - Выражены; - Сглажены; - Опущены; - Не опущены; - Свободное; - Ограниченное; - Снижена; - Не снижена.
4. Определите цвет слизистой оболочки. <ul style="list-style-type: none"> - Наличие элементов поражения; - Влажность; 	Лоток с медицинским инструментарием. Визуально, пальпаторно	<ul style="list-style-type: none"> - Бледно-розовый; - Участок гиперемии; - Пятно, папула, пузырек; - Гнойничок, абсцесс; - Эрозия, афта, язва; - Рубец (атрофический, гипертрофический); - Налет (белый, серый, коричневый или темный); - Чешуйка, корка, опухоль, папилломатоз, их локализация, размеры; - Влажная; - Сухая;
5. Место прикрепления губных и язычных уздечек,	Визуально, пальпаторно.	<ul style="list-style-type: none"> - Близко к вершине альвеолярного отростка (для верхней челюсти) и

щечных складок, их направление;		альвеолярной части (для нижней челюсти); - По середине; - У основания; - Косое; - Прямое;
6. Тип слизистой оболочки, покрывающей альвеолярные отростки и твердое небо (по Суппле). • Податливость слизистой в зонах по Люнду (буферные зоны по Гаврилову Е.И.)	Визуально, пальпаторно. Пальпаторно Инструментально	1 класс. Нормальная, плотная, не измененная в цвете (равномерно податливая). 2 класс. Атрофичная, тонкая, бледная. 3 класс. Катарально воспалительная, рыхлая, гиперемированная. 4 класс. Свободно подвижная на альвеолярных отростках челюстей, наблюдается при резко прогрессирующей атрофии челюстей (диабет, при нарушении белкового и минерального обмена). • Минимальная; • Средней степени; 3 Умеренно податливая;
7. Тип беззубой верхней челюсти по Шредеру, нижней челюсти по Келлеру.	Визуально	I, II, III тип по Шредеру I, II, III, IV тип по Келлеру
8. Форму гребня альвеолярного отростка. • Форма вестибулярного ската; • Характер небного свода; • Альвеолярный бугор и торус верхней челюсти.	Визуально	- Полукруглая; - Полуовальная; - Треугольная; - Прямоугольная; - Трапециевидная; - Шипообразная; - Отлогая; - Отвесная; - С навесами; Глубокий, плоский, не глубокий. Выражен, не выражен, резко выражен.
9. Взаимоотношение альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. - В сагиттальной плоскости; - В трансверзальной плоскости.	Визуально	Ортогнатическое, прогнатическое, прогеническое. Альвеолярная часть нижней челюсти шире или соответствует альвеолярному отростку верхней челюсти.

Логико-дидактическая структура по теме: «Податливость слизистой оболочки по Люнду».

1. Область сагиттального шва Мало податливая слизистая; (срединная, фиброзная зона).
2. Альвеолярный отросток, Средней степени податливости; (периферическая фиброзная зона)
3. Участок твердого неба в области поперечных складок. Умеренно податливая;
4. Задняя треть твердого неба, т.е. место перехода слизистой с твердого неба в мягкое (железистая зона).

Логико-дидактическая структура по теме: «Податливость и подвижность слизистой оболочки по Суппле».

I класс: «Идеальный рот». Хорошо выраженные альвеолярные отростки, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой. Небо покрыто равномерным слоем слизистой, умеренно податливой в задней его трети. Естественные складки достаточно удалены от вершины альвеолярного отростка.

II класс: «Твердый рот». Атрофированная слизистая оболочка покрывает альвеолярные отростки и небо тонким слоем. Места прикрепления естественных складок расположены несколько ближе к вершине альвеолярного отростка, чем при I классе.

III класс: «Мягкий рот». Альвеолярные отростки и задняя часть твердого неба покрыты рыхлой слизистой оболочкой. Выражен подслизистый слой, податливость во всех участках высокая. Малоблагоприятный рот для протезирования.

IV класс: Характеризуется наличием подвижных тяжей слизистой оболочки, расположенных продольно и легко смещающихся при незначительном давлении слепочной массой. Тяжи могут ущемляться. При наложении протеза - нет соответствия между базисом и слизистой оболочкой (не конгруэнтны). Складки необходимо удалить хирургическим путем.

Темы УИРС:

1. Обследовать 2-х -3-х больных с полным отсутствием зубов, нарисовать их профиль, сделать выводы.
2. У 2-х-3-х больных с различными типами атрофии определить податливость слизи стой в зонах по Лунду, проанализировать.

Вопросы для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Какие изменения наступают в челюстно-лицевой области при полной потере зубов.
2. Каковы топографические особенности прикрепления жевательных и мимических мышц при полной потере зубов.
3. Назовите классы слизистой оболочки по Суппле.
4. Объясните понятие «переходная складка».
5. Расскажите какими мягкими тканями образованы границы протезного поля на верхней и нижней челюстях.
6. Классификации типов беззубых челюстей по Шредеру и Келлеру.
7. Объясните понятия: «подвижная», «не подвижная», «податливая слизистая».
8. Дайте определение понятиям: «нейтральная зона», «клапанная зона».

Тестовые задания

1. Относительным противопоказанием для изготовления съёмного пластиночного протеза является
 - №1. гипертоническая болезнь
 - №2. гастрит

- №3. эпилепсия
- №4. инфаркт миокарда

2. Наиболее используемым методом обследования больных с полной потерей зубов является

- №1. клинический
- №2. рентгенологический
- №3. биометрический
- №4. краниометрический

3. При рентгенологическом обследовании больных с полной потерей зубов следует обратить внимание

- №1. на наличие резервных сил пародонта
- №2. на оценку опорных свойств протезного ложа
- №3. на наличие корней
- №4. на возможность прогноза устойчивости кости к атрофическим процессам

4. У больных с полной потерей зубов применим следующий метод предварительной подготовки

- №1. мануальная терапия
- №2. хирургический
- №3. физиотерапевтический
- №4. ортодонтический

5. При полной адентии головка нижней челюсти смещается

- № 1. вперед
- № 2. вниз
- № 3. влево
- № 4. вправо
- № 5. лингвально
- № 6. кзади и вверх

6. Этиологические факторы полной утраты зубов

- № 1. кариес, его осложнения и заболевания пародонта
- № 2. сердечно-сосудистые заболевания
- № 3. заболевания пародонта и дисплазии

7. Морфологические изменения челюстей после полной утраты зубов

- № 1. гипертрофия костной ткани тела челюсти
- № 2. атрофия костной ткани челюсти
- № 3. гипертрофия альвеолярных отростков

8. Функциональные изменения челюстей после полной утраты зубов

- №1. атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки
- № 2. передний сдвиг, наклон вперед нижней челюсти
- № 3. атрофия альвеолярных отростков челюстей (появление старческой прогении)

9. Морфологические изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов

- № 1. увеличение амплитуды и изменение характера движений нижней челюсти
- № 2. атрофия суставного бугорка и уплощение суставной ямки
- № 3. углубление суставной ямки и гипертрофия суставного бугорка

10. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов

№ 1. атрофия суставного бугорка

№ 2. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

№ 3. появление боли, шума, щелканья

11. Морфологические изменения костей лицевого отдела черепа после полной утраты зубов

№ 1. атрофия, уплощение и искривление скулового отростка лобной кости и орбитального отростка скуловой кости

№ 2. смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх

№ 3. гипертрофия контрфорсов верхней челюсти

Тема: «Ортопедическое лечение при полном отсутствии зубов. Методы фиксации и стабилизации съемных протезов при полном отсутствии зубов. Методы получения анатомических слепков. Этапы изготовления протезов. Анализ рабочих моделей».

Цель занятия:

- Научиться определять границы полных съемных протезов на верхней и нижней челюстях;

- Научиться подбирать стандартные ложки для получения слепков с беззубых челюстей;

- Научиться получать анатомические слепки с различными слепочными материалами;

- Научиться отливать модель по слепку, полученному эластическими (альгинатными) массами;

- Научиться анализировать рабочую модель.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Методы фиксации и стабилизации съемных протезов при полном отсутствии зубов;

- Границы полных съемных протезов на верхней и нижней челюстях;

- Особенности стандартных ложек для беззубых челюстей;

- Методы получения анатомических слепков;

- Требования, предъявляемые к слепку; • Этапы изготовления полных съемных протезов;

Студент должен уметь:

- Правильно усадить больного в кресле;

- Подобрать стандартную ложку для беззубой челюсти;

- Получить анатомический слепок гипсом;

- Получить анатомический слепок стомальгином или эластиком;

- Получить слепок термомассой;

- Оценить качество полученного слепка;

- По эластическому (альгинатному) слепку отлить модель;

- Очертить на модели границы протезного ложа;

- Провести анализ гипсовой рабочей модели.

Логико-дидактическая структура по теме: «Классификация слепков (по Гаврилову)».

I группа: предварительные - анатомические;

II группа: окончательные - функциональные:

1. По методу оформления краев:

- а. Оформление с помощью пассивных движений;
- б. Оформление с помощью жевательных и других движений;
- в. Оформление с помощью функциональных проб;

2. По степени отжатия слизистой оболочки:

а. Полученные под давлением;

- Произвольным;
- Жевательным;
- Дозированным;

б. Комбинированные;

в. Полученные при минимальном давлении;

Логико-дидактическая структура по теме: «Методы фиксации полных съемных протезов».

Механические	Биомеханические	Физические	Биофизические
Кламмера на корни и искусственно вживленные корни, штифты поднадкостничных имплантантов.	Анатомическая ретенция.	Разность атмосферного давления.	Посредством функциональной присасываемости.
- Пружины; - Утяжеление протеза.	- Пелоты; - Адгезия (прилипаемость двух пластин).	- Когезия (межмолекулярное сцепление); - Магнитное поле.	

Создание разряженного пространства, не на ограниченном участке (кламмера), а под всем базисом протеза. Это достигается созданием краевого замыкающего клапана, который возникает при условии, что край протеза несколько оттесняет слизистую оболочку свода переходной складки, ткани переходной складки обладают значительной податливостью при небольшой подвижности, во время функции. При смещении протеза со своего ложа, натянутая слизистая следует за его краями и краевой клапан не нарушается. Следовательно, в образовании замыкательного клапана может принимать участие слизистая, расположенная несколько выше переходной складки на верхней челюсти и несколько ниже ее на нижней челюсти. Участки слизистой оболочки, принимающие участие в создании краевого клапана, называют клапанной зоной.

Логико-дидактическая структура по теме: «Факторы, влияющие на стабилизацию полных съемных протезов».

1. Фиксация;
2. Создание окклюзионной кривой сагиттальной и трансверзальной;
3. Правильная постановка зубов по отношению к альвеолярному гребню;
4. Минимальное перекрытие фронтальных зубов.

Логико-дидактическая структура по теме: «Этапы изготовления полных съемных протезов»

Клинические	Лабораторные
-------------	--------------

1. Обследование пациента, заполнение истории болезни. Получение анатомических слепков с челюстей для изготовления индивидуальных ложек.	2. Получение гипсовых моделей и изготовление индивидуальных ложек.
3. Припасовка индивидуальных ложек с использованием функциональных проб и получение функциональных слепков.	4. Получение рабочих моделей по функциональным слепкам и изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками.
5. Определение центрального соотношения беззубых челюстей, подбор формы, размера и цвета искусственных зубов.	6. Гипсовка моделей в артикулятор (окклюдатор) и постановка искусственных зубов.
7. Проверка конструкции восковых композиций протезов.	8. Гипсовка моделей в кюветы, замена воска пластмассой, отделка, шлифовка и полировка протезов.
9. Проверка, припасовка и наложение протезов на челюсти. Наставления пациенту.	

Темы УИРС:

1. Проанализируйте типы беззубых челюстей. Какой тип самый неблагоприятный для протезирования?
2. Дайте сравнительную характеристику моделям, полученным по слепкам из стомальгина (эластика) и гипса.

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Перечислите методы фиксации полных съемных протезов.
2. Назовите факторы, влияющие на стабилизацию протезов.
3. Почему условия фиксации протеза на верхней беззубой челюсти более благоприятные, чем на нижней?
4. Когда фиксация протеза на нижней челюсти осуществляется за счет его утяжеления?
5. Требования, предъявляемые к анатомическому слепку.
6. Перечислите клинично-лабораторные этапы изготовления полных съемных протезов.
7. Требования, предъявляемые к рабочей модели.

Тестовые задания

1. При конструировании полных протезов следует учитывать
 - №1. состояние тканей протезного ложа
 - №2. вид прикуса
 - №3. возраст пациента
2. Опорные свойства протезного ложа зависят от
 - №1. степени атрофии кости челюсти
 - №2. вида прикуса
 - №3. возраст пациента
 - №4. с воздействием жевательных и мимических мышц на протез

3. Какая форма альвеолярного отростка наиболее благоприятна для протезирования?

- №1. отлогая
- №2. отвесная
- №3. с навесами
- №4. с резко выраженными буграми
- №5. с неравномерной атрофией

4. Наиболее целесообразной тактикой при наличии турса средней выраженности является

- №1. хирургическое вмешательство
- №2. дифференциальный оттиск
- №3. изоляция турса
- №4. укорочение протеза
- №5. моделировка базиса протеза с обходом турса

5. Для предупреждения травмы резцового сосочка необходимо предпринимать

- №1. моделирование базиса с обходом сосочка
- №2. хирургическое иссечение его
- №3. оттиск с дифференцированным давлением
- №4. изоляция его на модели
- №5. выпиливание базиса протеза в области сосочка

6. При формировании дистального края полного верхнего протеза следует учитывать

- №1. костные контуры дистального края твёрдого нёба
- №2. возраст пациента
- №3. вид прикуса

7. Наиболее благоприятным типом атрофии нижней челюсти для изготовления протеза является

- №1. выраженная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- №2. незначительная равномерная атрофия альвеолярного отростка
- №3. выраженная атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах при относительной сохранности в переднем отделе
- №4. выраженная атрофия в переднем отделе
- №5. неравномерная выраженная атрофия

8. При формировании границ базиса протеза необходимо учитывать

- №1. вид прикуса
- №2. топографию пассивно подвижной слизистой
- №3. межальвеолярную высоту

9. Палатография даёт информацию

- №1. о положении языка при определённой форме
- №2. о положении губ
- №3. о взаимодействии языка, губ с зубами
- №4. можно с помощью палатографии определить изменение этих взаимодействий в связи с потерей зубов и протезированием
- №5. о состоянии слизистой оболочки нёба

10. На верхней челюсти с вестибулярной стороны граница базиса протеза должна соответствовать

- № 1. пассивно подвижной слизистой оболочке
- № 2. активно подвижную слизистую оболочку
- № 3. неподвижную слизистую оболочку
- № 4. при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу

11. Задний край протеза верхней челюсти при полной адентии

- №1. должен перекрывать линию "А" на 1-2 мм
- № 2. не должен доходить до линии "А" на 5 мм
- № 3. должен оканчиваться на линии "А"

12. Второй тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками

№ 1. полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

№ 2. средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо, выраженный торус

№ 3. высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо, слабовыраженный торус

13. Третий тип беззубой верхней челюсти по классификации Шредера характеризуется признаками альвеолярной части нижней челюсти

№ 1. полное отсутствие альвеолярного отростка, резко уменьшенные размеры тела челюсти и альвеолярных бугров, плоское небо

№ 2. средняя степень атрофии альвеолярного отростка, средней глубины небо, выраженный торус

№ 3. высокий альвеолярный отросток, хорошо выраженные альвеолярные бугры, глубокое небо, слабо выраженный торус

14. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации Шредера

- № 1. три
- № 2. четыре
- № 3. пять

15. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками

№ 1. альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

№ 2. альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе

№ 3. незначительная, равномерная атрофия альвеолярной части

№ 4. резкая равномерная атрофия альвеолярной части

16. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками

№ 1. альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе

№ 2. альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе

№ 3. незначительная, равномерная атрофия утраты зубов альвеолярной части

№ 4. резкая равномерная атрофия альвеолярной части

17. Количество типов (степеней) атрофии беззубой верхней челюсти по классификации А.И. Дойникова

№ 1. три

№ 2. четыре

№ 3. пять

18. Третий тип беззубых челюстей по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками

№ 1. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах

№ 2. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе

№ 3. резкая, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

№ 4. средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

№ 5 незначительная, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

19. Четвертый тип беззубых челюстей по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками

№ 1. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах

№ 2. резко выраженная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе

№ 3. резкая, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

№ 4. средняя степень равномерной атрофии альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

№ 5 незначительная, равномерная атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти

20. Количество типов (степеней) атрофии беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю. Курляндского

№ 1 три

№ 2 четыре

№ 3. пять

21. Пятый тип беззубой нижней челюсти по классификации В.Ю.Курляндского характеризуется признаками

№1 альвеолярная часть выражена и выступает над уровнем мест прикрепления мышц с внутренней и внешней стороны

№ 2 резкая атрофия альвеолярной части в области фронтальных зубов, хорошо выраженная - в области жевательных зубов

№ 3. равномерная резкая атрофия альвеолярной части, находящейся ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон

№ 4. резкая атрофия альвеолярной части в области жевательных зубов, хорошо выраженная - в области передних зубов

№ 5. альвеолярная часть атрофирована до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон

22. После полной утраты зубов различают следующие виды соотношения беззубых челюстей:

№ 1. прямое

№ 2. прогеническое

№ 3. прогнатическое

23. Наиболее благоприятная форма альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти при ортопедическом лечении после полной утраты зубов

№ 1. отлогая

№ 2. отвесная

№ 3. с навесами

24. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов должна

№ 1. покрывать пассивно-подвижную слизистую оболочку, контактировать с куполом переходной складки (активно-подвижной слизистой оболочки)

№ 2. проходить по своду переходной складки

№ 3. заканчиваться на границе пассивно-подвижной и неподвижной слизистой оболочки

25. Дистальный край съемного протеза при полном отсутствии зубов на верхней челюсти при ортогнатическом соотношении челюстей должен

№ 1. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 1-2 мм

№ 2. проходить строго по границе твердого и мягкого неба

№ 3. перекрывать границу твердого и мягкого неба на 3-5 мм

26. Граница съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к позадиомолярному (ретромолярному) бугорку

№ 1. перекрывает его

№ 2. не доходит до бугорка на 1 мм

№ 3. не доходит до бугорка на 5 мм

№ 4. располагается по середине бугорка

27. Базис съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти по отношению к челюстно-подъязычной (внутренней кривой) линии

№ 1. не перекрывает ее

№ 2. заканчивается на ее уровне

№ 3. перекрывает ее поверхности

Тема: «Методы изготовления и припасовки индивидуальных ложек из пластмассы. Функциональные пробы по Гербсту».

Цель занятия: научиться припасовке индивидуальной ложки из пластмассы на верхнюю и нижнюю челюсть с применением функциональных проб по Гербсту.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Для чего необходимо применять индивидуальную ложку;
- Методы изготовления индивидуальных ложек;
- Функциональные пробы по Гербсту;
- Методику припасовки индивидуальной жесткой ложки из пластмассы.

Студент должен уметь:

- Припасовывать индивидуальную жесткую ложку на нижней челюсти и верхней челюсти с применением функциональных проб по Гербсту.

V

Логико-дидактическая структура по теме: «Методы изготовления индивидуальных ложек».

Индивидуальная ложка:

I Материалы:

1. Металл - штамповкой;
2. Термомасса - моделировкой по модели;
3. Пластмасса - моделировкой по модели:
 - а. Замена восковой композиции на базисную пластмассу путем горячего отверждения;
 - б. Замена восковой композиции на самополимеризующуюся пластмассу путем холодного отверждения (в кювете, под прессом);

II Методы изготовления:

1. Лабораторным путем:
 - а. Путем свободной формовки из теста самополимеризующейся пластмассы по модели;
 - б. Из полиакрилатных пластинок (разогретая пластинка обжимается контр штампом по модели);
2. Непосредственно в полости рта:
 - а. Воск.

Ориентировочная основа действий по теме:

«Припасовка индивидуальной жесткой ложки из пластмассы на верхнюю челюсть с применением функциональных проб по Гербсту»

Припасуйте индивидуальную жесткую ложку из пластмассы на беззубую верхнюю челюсть, чтобы она хорошо фиксировалась на челюсти, при проведении функциональных проб обладала стабилизацией.

Этапы действия	Средства	Критерии самоконтроля
1. Усадите больного в кресло.	Стоматологическое кресло, больной.	Голова больного расположена прямо по оси туловища.
2. Оцените качество изготовления пластмассовой ложки. • При наличии дефекта - исправьте.	Индивидуальная ложка из пластмассы на нижнюю челюсть, визуально, пальпаторно. Бормашина, наконечники абразивные, инструменты (фрез), самополимеризующаяся пластмасса.	- Толщина 1,5-2 мм; - Поверхность ложки гладкая; - Края закругленные; - Ручка, расположена посередине альвеолярного гребня в области резцов
3. Введите ложку в полость рта, наложите на верхнюю челюсть. Оцените:	Больной, индивидуальная ложка, зеркало. Визуально, пальпаторно.	Отсутствие балансирования. Находятся в области переходной складки, огибают щечные складки и

<ul style="list-style-type: none"> • Плотность прилегания к протезному полю; • Границы ложки; • Фиксацию ложки; 	<p>Набор инструментов для осмотра.</p>	<p>губную уздечку. Удерживается на челюсти вне функции.</p>
<p>4. Припасуйте ложку путем проведения функциональных проб по Гербсту.</p> <p>=> Широкое открывание рта; При смещении ложки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Укоротить край ложки в области бугров и моляров. <p>=> Приоткрыть рот, втянуть щеки, подвигать нижней челюстью влево и вправо;</p> <p>При смещении ложки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Укоротить край ложки в области от моляров до клыков, создайте выемки для щечных складок => При открытом рте собрать губы в трубочку, верхней губой сбросить ложку с челюсти; <p>При смещении ложки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Укоротить край ложки в области фронтальных зубов, создайте выемку для губной уздечки. 	<p>Ложка в полости рта слегка удерживается пальцами врача</p> <p>Абразивные материалы</p> <p>Таблица-рисунок индивидуальной ложки</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Отсутствие смещения; - Ложка смещается; - Отсутствие смещения; - Отсутствие смещения; - Ложка смещается; - Отсутствие смещения; - Отсутствие смещения; - Ложка смещается; - Отсутствие смещения;
<p>4. Откорректируйте ложку в небно-заднем участке.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Посмотрите расположение края ложки. •На небную поверхность края ложки положите пластинку термомассы (воска). - Длинной - Шириной - Толщиной - консистенции •Введите ложку в полость рта, прижмите к небу. 	<p>Ложка в полости рта слегка удерживается пальцами врача</p> <p>Абразивные материалы</p> <p>Таблица-рисунок индивидуальной ложки</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Отсутствие смещения; - Ложка смещается; - Отсутствие смещения; - Отсутствие смещения; - Ложка смещается; - Отсутствие смещения; - Отсутствие смещения; - Ложка смещается; - Отсутствие смещения;

<p>5. Откорректируйте ложку в небно-заднем участке.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Посмотрите расположение края ложки. •На небную поверхность края ложки положите пластинку термомассы (воска). <ul style="list-style-type: none"> - Длинной - Шириной - Толщиной - консистенции •Введите ложку в полость рта, прижмите к небу. 	<p>Индивидуальная ложка, большой, зеркало Ложка с приклеенной полоской из термомассы, зеркало.</p>	<p>При всех функциональных пробах ложка не смещается. В области топографии линии «А» (1-2 мм отступя от слепых ямок в сторону мягкого неба). Не заходя на область бугров; 4-5 мм; 2-3 мм; Пластичной (разогреть в горячей воде); Мягкое небо отдавлено кверху.</p>
--	--	--

Темы УИРС:

1. Изготовить индивидуальную ложку из воска в полости рта (по методу Брахман), изготовить индивидуальную ложку из пластмассы по модели. Дать сравнительную оценку затраты времени.
2. Сравнительная характеристика восковых и жестких индивидуальных ложек.

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Получив индивидуальную жесткую ложку из лаборатории, вводим ее в полость рта и начинаем припасовывать по методике Гербста. Правильны ли наши действия?
2. Вводим индивидуальную ложку на верхнюю челюсть в полость рта, накладываем на челюсть.
3. Проводим все функциональные пробы. Ложка не смещается. Но при глотании, произнесении звука «А» между небно-задним краем и слизистой протезного ложа образуется щелевидное пространство, нарушается круговой клапан.
4. Накладываем индивидуальную жесткую ложку на нижнюю челюсть. Ложка приподнимается вне функции. Можно ли начинать припасовывать ложку с применение функциональных проб по Гербсту?
5. Вводим ложку в полость рта, накладываем на челюсть. Ложка неплотно прилежит на всем протяжении к протезному полю, балансирует. Возможна ли при такой ситуации дальнейшая припасовка индивидуальной ложки?
6. При наложении индивидуальной ложки на нижнюю челюсть, мы видим, что дистальный край ее не доходит до слизистых бугорков. Правильно ли изготовлена индивидуальная ложка?

Тестовые задания

1. Болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа определяется № 1. гнатодинамометром
№ 2. эстезиометром
№ 3. электронно-вакуумным аппаратом

2. Топография слизистой оболочки периферической фиброзной зоны податливости (по Люнду)

- № 1. срединная часть твёрдого нёба
- № 2. альвеолярный отросток
- № 3. дистальная треть твёрдого нёба
- № 4. переходная складка
- № 5. область нёбных складок

3. Топография слизистой оболочки центральной фиброзной зоны податливости (по Люнду)

- № 1. срединная часть твёрдого нёба
- № 2. альвеолярный отросток
- № 3. дистальная треть твёрдого нёба
- № 4. переходная складка
- № 5. область нёбных складок

4. Топография жировой зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду)

- № 1. срединная часть твёрдого нёба
- № 2. альвеолярный отросток
- № 3. дистальная треть твёрдого нёба
- № 4. переходная складка
- № 5. область нёбных складок

5. Топография железистой зоны податливости слизистой оболочки (по Люнду)

- № 1. срединная часть твёрдого нёба
- № 2. альвеолярный отросток
- № 3. дистальная треть твёрдого нёба
- № 4. переходная складка
- № 5. область нёбных складок

6. Степень болевой чувствительности слизистой оболочки на верхней челюсти в норме

- № 1. 10-20 в г/мм
- № 2. 20-35 в г/мм
- № 3. 35-80 в г/мм

7. Степень болевой чувствительности слизистой оболочки на нижней челюсти в норме

- № 1. 20-40 в г/мм
- № 2. 40 - 60 в г/мм
- № 3. 60-80 в г/мм

8. Эстезиометр - аппарат для определения

- № 1. податливости слизистой оболочки
- № 2. подвижности слизистой оболочки
- № 3. болевой чувствительности

9. Классификация 8 иррН предложена

- № 1. для слепочных материалов
- № 2. для функциональных слепков
- № 3. для типов слизистой оболочки
- № 4. для форм скатов альвеолярных гребней

10. Для протезирования наиболее благоприятна

№1. плотная слизистая оболочка

№2. тонкая слизистая оболочка

№3. рыхлая, податливая слизистая оболочка

№4. подвижная слизистая оболочка

№5. сочетание тонкой слизистой оболочки с подвижной

11. Целесообразно применять разгружающий оттиск с беззубых челюстей

№1. при наличии резкой гипертрофии альвеолярного отростка

№2. при повышенной чувствительности слизистой оболочки

№3. при равномерно податливой слизистой оболочке протезного ложа

№4. при гипертрофии слизистой оболочки

12. Supply предложил классификацию

№ 1. слепочных материалов

№ 2. методов получения слепков

№ 3. формы скатов альвеолярных гребней

№ 4. типов слизистой оболочки рта

№ 5. беззубой верхней челюсти

№ 6. беззубой нижней челюсти

13. Второй класс слизистой оболочки протезного ложа по классификации Суппли характеризуется признаками

№ 1. подвижные тяжи слизистой оболочки, смещающиеся при незначительном давлении, болтающийся гребень

№ 2. гипертрофированная слизистая оболочка, гиперемированная, рыхлая

№ 3. нормальная слизистая оболочка бледно-розового цвета

№ 4. атрофированная слизистая оболочка, плотная, истонченная, сухая, белесоватого цвета

14. Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки по Люнду

№ 1. область сагиттального шва имеет незначительный подслизистый слой, мало податлива

№ 2. область альвеолярного отростка имеет незначительный подслизистый слой, мало податлива

№ 3. дистальная треть твердого неба имеет подслизистый слой богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

№ 4. область поперечных складок имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

15. Железистая зона податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люнду

№1. область сагиттального шва имеет незначительный подслизистый слой, мало податлива

№ 2. область альвеолярного отростка имеет незначительный подслизистый слой, мало податлива

№ 3. дистальная треть твердого неба имеет подслизистый слой богатый слизистыми железами и жировой тканью, обладает наибольшей степенью податливости

№ 4. область поперечных складок имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости

16. Степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах

№1. 0,01-0,04 мм

№2. 0,1-4 мм

№3. 5-10 мм

Тема: Обоснование выбора слепочного материала для получения функциональных слепков. Получение и оценка функциональных слепков (оттисков). Границы базисов протезов при полном отсутствии зубов.

Цель занятия:

- Научиться определять показания к выбору слепочного материала для получения функционального слепка;
- Получать функциональные слепки и дать их оценку;
- Определять границы базиса протеза на верхней и нижней челюсти.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Классификацию слепков по Гаврилову;
- Что является определяющим фактором при выборе слепочного материала для получения функционального слепка;
- Методику получения функционального слепка;
- В какой зоне должны находиться границы базисов протезов при полном отсутствии зубов;

Студент должен уметь:

- Выбрать вид слепка и слепочную массу для получения функционального слепка в зависимости от состояния слизистой оболочки протезного поля.
- Получить и оценить функциональный слепок;
- Нанести на модель ориентиры границ базисов протезов.

Материалы, необходимые для выполнения практического занятия.

Логико-дидактическая структура по теме: «Классификация слепков (по Гаврилову)»

I группа: предварительные - анатомические; I

I группа: окончательные - функциональные:

1. По методу оформления краев:

- г. Оформление с помощью пассивных движений;
- д. Оформление с помощью жевательных и других движений;
- е. Оформление с помощью функциональных проб;

2. По степени отжатия слизистой оболочки:

ж. Полученные под давлением:

- Произвольным;
- Жевательным;
- Дозированным;

з. Комбинированные;

и. Полученные при минимальном давлении.

Логико-дидактическая структура по теме:

«Выбор слепочного материала для получения функционального слепка»

«Слизистая оболочка протезного поля и ее состояние, которое отражает конституционные, возрастные особенности человека и ее здоровье, должна явиться главным ориентиром для выбора методики снятия оттиска».

Состояние слизистой оболочки протезного поля

Слизистая плотная, равномерного слоя на альвеолярных отростках, умеренно податлива в задней трети.	Слизистая бледная, атрофичная, натянута на альвеолярных отростках, костных выступах, экзостозах, малая степень податливости в задней трети неба.	Слизистая разрыхлена на альвеолярных отростках и задней трети твердого неба имеется множество поперечных и продольных складок слизистой.	Имеются подвижные тяжи слизистой оболочки на альвеолярном отростке, «болтающийся», мягкий гребень альвеолярного отростка.
Компрессионные	Разгружающие	Дифференцированные	Комбинированные
Жесткие	Жесткие	Перфорированные	
Термомассы, сизласт, тиодент, стомафлекспаста.	Репин, дентол.	Репин, дентол, стомафлекс-паста, стомафлекс-крем.	Стомафлекс-паста, репин.

Ориентировочная основа действий по теме: «Получение и оценка функциональных слепков»

Этапы действия	Средства обучения	Критерии самоконтроля
1.Правильно усадите больного в кресло.	Стоматологическое кресло, больной	Голова больного несколько наклонена вперед.
2.Выберите метод получения слепка (компрессионный, разгружающий, дифференцированный).	ЛДС по теме: «Выбор слепочного материала»	В зависимости от состояния слизистой оболочки протезного поля (см. ЛДС по теме: «Выбор слепочного материала»)
3.Получите функциональный слепок. <ul style="list-style-type: none"> Приготовьте слепочную массу положите на ложку, введите ее в полость рта, прижмите к челюсти. Удерживая ложку в полости рта, попросите больного проделать функциональные пробы по Гербсту. 	Припасованная индивидуальная ложка, слепочная масса. Таблица-рисунок, ложки.	<ul style="list-style-type: none"> По инструкции; Слой тонкий, равномерный; Ложка в полости рта отцентрирована; Давление соответственно выбранному методу получения слепка; Все пробы проводятся по 2-3 раза в той же последовательности, как и при припасовке индивидуальной ложки. Консистенция по инструкции к слепочной массе.

<ul style="list-style-type: none"> Удерживайте ложку на челюсти до полного отверждения слепочной массы. 		
<ul style="list-style-type: none"> Выведите слепок из полости рта. Дайте оценку качеству полученного функционального слепка. При несоответствии слепка перечисленным требованиям получение его необходимо повторить. 	Визуально, на выведенном из полости рта функциональном слепке	Слепок выводится с некоторым усилием. <ul style="list-style-type: none"> Рельеф: четкое отображение слизистой протезного поля; Край слепка объемный, закругленный; Имеются выемки для уздечек и щечных складок слизистой, расположенные вертикально к краю слепка.
<p>4. Окантуйте функциональный слепок.</p> <ul style="list-style-type: none"> Полоску воска приклейте к наружной поверхности слепка. 	Термопластическая масса (воск).	Полоска воска <ul style="list-style-type: none"> Шириной 5 мм; Толщиной 3 мм; Расположена на 3-5 мм отступя от края слепка. На всем протяжении слепка. Прилита расплавленным воском.

Логико-дидактическая структура по теме: «Границы базиса протезов при полном отсутствии зубов»

Участки протезного поля	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть
Дистально	Перекрывает бугры верхней челюсти	Перекрывает слизистые бугорки и заканчивается у основания крылочелюстной складки.
От бугров	По линии «А»	Край протеза идет по отношению к горизонтальной линии под углом 60°, затем по челюстноподъязычной линии до места прикрепления язычной уздечки, не перекрывая выводные протоки слюнных желез.
Вестибулярно (боковой участок)	На уровне переходных складок (пассивно-подвижная слизистая), обходит щечные складки слизистой.	Костная площадка между наружной кривой линией и альвеолярным отростком, затем по переходной складке, обходя щечные складки слизистой.
Вестибулярно (передний участок)	Доходит до подвижной слизистой, не перекрывая ее (пассивно-подвижная слизистая), обходит губную уздечку.	Доходит до подвижной слизистой, имеет незначительный объем, обходит уздечку нижней губы.

Темы УИРС:

1. Показания и получение комбинированного слепка при протезировании беззубых челюстей.
2. Применение слепочной массы «Дентафоль» при получении функциональных слепков.
3. Получение компрессионного функционального слепка при помощи жевательного давления.

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. От чего зависит выбор слепочного материала для получения функционального слепка.
2. Можно ли получить разгружающий слепок жесткой индивидуальной ложкой.
3. Слизистая верхней челюсти по Суппле. Какой необходимо получить функциональный слепок? (по степени отжатия слизистой).
4. Слизистая верхней челюсти обладает хорошей податливостью; но значительно выражен торус. Какой метод получения функционального слепка вы выберете?
5. Очертите на модели верхней челюсти границу протеза при полном отсутствии зубов.
6. При получении функционального слепка с беззубой челюсти он свободно отделяется от слизистой при выведении (не присасывается). Можно ли по этому слепку отливать рабочую модель?

Тестовые задания

1. Съёмные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления относятся
 - №1. к физиологичным
 - №2. к полуфизиологичным
 - №3. к нефизиологичным
2. Съёмные пластиночные протезы восстанавливают жевательную эффективность
 - №1. до 20%
 - №2. до 50%
 - №3. до 70%
 - №4. до 90%
 - №5. до 100%
3. Наиболее часто используются функциональные пробы
 - №1. Майбаха
 - №2. Гербста
 - №3. Монда
 - №4. Шредера
4. Наибольшее влияние на удержание полного съёмного протеза оказывает
 - №1. краевой замыкательный клапан
 - №2. механические приспособления
 - №3. мимическая мускулатура
5. Смягчить отрицательное воздействие мышц (жевательных и мимических) на стабилизацию протеза может
 - №1. соединительно-тканые прослойки переходных складок

№2. микроциркуляторное русло

№3. внутритканевая жидкость

6. При протезировании больных с полной адентией необходимо решить

№1. как укрепить протезы на беззубой челюсти

№2. как восстановить функцию дыхания

№3. как восстановить функцию жевания

7. Физико-биологический метод фиксации съемного протеза при полном отсутствии зубов обеспечивается

№ 1. адгезией

№ 2. функциональной присасываемостью

№ 3. адгезией и функциональной присасываемостью

8. Клапанная зона - понятие

№ 1. анатомическое

№ 2. физиологическое

№ 3. функциональное

Тема: «Определение центрального соотношения беззубых челюстей. Этапы определения и фиксация центрального соотношения беззубых челюстей. Методы определения этапов. Анатомо-физиологический и функциональный методы определения и фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов. Антропометрические ориентиры для определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов. Методика определения центрального соотношения беззубых челюстей анатомо-физиологическим методом. Последовательность переноса ориентиров на восковые базисы с окклюзионными валиками».

Цель занятия:

- Научиться определять и фиксировать центральное соотношение челюстей при полном отсутствии зубов анатомо-физиологическим методом;

- Научиться при определении центрального соотношения челюстей (ЦСЧ) при полном отсутствии зубов анатомо-физиологическим методом последовательно переносить антропометрические ориентиры на восковые базисы с окклюзионными валиками.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Этапы определения центрального соотношения челюстей; методы определения этапов;

- Методы определения центрального соотношения беззубых челюстей (ЦСБЧ);

- Антропометрические ориентиры для определения и фиксации центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов.

Студент должен уметь:

- Определить центральное соотношение челюстей при полном отсутствии зубов анатомофизиологическим методом;

- Последовательно перенести на восковые базисы с окклюзионными валиками антропометрические ориентиры для определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов;

- Проверить правильность определения центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов на восковых базисах с окклюзионными валиками.

Материалы для выполнения практического занятия.

Определить центральное соотношение — это значит, найти такое положение нижней челюсти по отношению к верхней в трех взаимно-перпендикулярных плоскостях (вертикальной, сагиттальной, трансверзальной), которое бы соответствовало начальному и конечному моменту артикуляции (А.К. Недергин). Это положение исходит из четырехфазности жевательных движений по Гизи.

**Логико-дидактическая структура по теме:
«Определение центрального соотношения челюстей».**

	Определение высоты нижнего отдела лица в положении ЦСЧ;
Определение ЦСЧ	Определение положения нижней челюсти по отношению к верхней в сагиттальной плоскости (или определение мезио-дистального положения);
	Определение положения нижней челюсти по отношению к верхней в трансверзальной плоскости.

Логико-дидактическая структура по теме: «Методы определения и фиксации центрального соотношения беззубых челюстей».

Методы:	Краткая характеристика метода.
1. Определение высоты нижнего отдела лица в положении ЦСЧ. • Анатомический;	Основан на внешнем осмотре конфигурации лица, ориентируются на выраженность или сглаженность подбородочной и носогубных складок и на характер смыкания губ и положение углов рта. Метод субъективный, так как врач устанавливает высоту нижнего отдела лица в положении ЦСЧ на глаз, без каких-либо измерений, а определять ее нужно с миллиметровой точностью. Этот метод может быть использован лишь как ориентировочный.
• Антропометрический;	Основан на законе пропорциональности человеческого тела. Предполагается, что, измерив различные части лица, можно точно установить размер нижнего отдела лица, т.е. высоту прикуса. В различное время были применены три антропометрических приема: • Измерение циркулем «золотого сечения» по Юпитцу: деление в крайнем и среднем отношении с помощью циркуля Герингера; • Условное деление лица на три пропорциональные части: от начала волосистой части головы до надбровных дуг, от надбровных дуг до основания крыльев носа и от основания крыльев носа до основания подбородка; • Условное деление лица на две пропорциональные части: от основания крыльев носа до нижнего края подбородка и от зрачка до угла рта. Антропометрические методы приемлемы для классического профиля лица, для практической же деятельности они не могут быть рекомендованы.
• Анатомо-физиологический;	Этот метод является наиболее объективным и в настоящее время широко применяется при протезировании беззубых челюстей. Его основой является состояние относительного физиологического покоя зубочелюстной системы. Состояние относительного физиологического покоя - это такое положение нижней челюсти по отношению к верхней, при котором все жевательные мышцы

	находятся в состоянии минимального и уравновешенного тонического напряжения. Разница между высотой физиологического покоя и высотой центральной окклюзии в среднем 2-4 мм.
<ul style="list-style-type: none"> • Физиологический, проверка высоты прикуса звукопроизношение м, разговорная проба. 	Больного просят произнести звуки «и», «о», «м», «б», «п», «з», «у», при правильном определении центрального соотношения беззубых челюстей разобщение между прикусными валиками достигает 5-6 мм. Но установлено, что при этом наблюдается довольно широкий диапазон в размерах интерокклюзионной щели, кроме этого разобщение меняется и в зависимости от интенсивности произношения звуков. Все это снижает ценность метода.
<p>2. Определение мезиодистального и трансверзального положения нижней челюсти по отношению к верхней.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Функциональный; 	<p>Метод рассчитан на использовании функциональных состояний зубо-челюстной системы или на рефлекторном отведении нижней челюсти. С помощью этого метода при определении ЦСБЧ нижнюю челюсть устанавливают в мезиодистальное положение по отношению к верхней челюсти.</p> <p>Сюда относят приемы, рассчитанные на насильственное отведение нижней челюсти назад давлением на подбородок. А. Конторович (1924) в этих целях предложил сильное нажатие на подбородок ладонью с тем, чтобы довести нижнюю челюсть до контакта прикусных валиков. ЦИТО рекомендует поддерживать подбородок дольного без нажима для него для предостережения от выдвигания нижней челюсти. Насильственное отгеснение нижней челюсти может повлечь за собой травму височно-нижнечелюстного сустава, а также ответную реакцию со стороны больного, выражающуюся в выдвигании нижней челюсти вперед. В настоящее время этот метод не получил признания.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Насильственный; 	Инструментальными методами определяют мезиодистальное и трансверзальное положение нижней челюсти по отношению к верхней с помощью различных приспособлений (внутри- и внеротовые методы определения). В настоящее время пока еще нет таких приборов, которые были бы удобны и давали бы положительные результаты у больных.

Логико-дидактическая структура по теме: «Определение центрального соотношения челюстей при полном отсутствии зубов»

Проверка качества изготовления моделей, восковых базисов с окклюзионными валиками

<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипсовые модели: <ol style="list-style-type: none"> а. Протезное ложе; б. Границы; 2. Восковые базисы: <ol style="list-style-type: none"> а. Прилегания к модели; б. Края; в. Жесткость; 3. Оклюзионные валики: <ol style="list-style-type: none"> а. Качество воска; б. Размеры; 4. Поочередное введение валиков в полость рта, наложение на челюсти. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие пор, повреждений, выраженность торауса; • Сохранение объема переходной складки, тяжей, уздечек, четкость линии «А». • Плотное; • До переходной складки на модели, закругленные, объемные; • Укрепление проволокой • Монолитность; • Ширина 8-10 мм, высота 10 мм, скос за 7/7; • Проверить фиксацию на челюстях (при плохой фиксации переснять оттиск).
--	---

При обнаружении дефектов изготовления исправь сам или передай зубному технику.

Построение протетической плоскости	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Откорректировать вестибулярную поверхность окклюзионного валика на верхней челюсти. 2. Определить величину окклюзионного валика на верхней челюсти: <ol style="list-style-type: none"> а. Передний отдел; б. Боковой отдел по свойству параллельности; 	<p>Проверьте по анатомическим признакам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Положение верхней губы; • Выраженность носогубных складок; • На 1-2 мм ниже уровня красной каймы верхней губы, параллельно зрачковой линии; • Параллельно насо-ушной линии (камперовской горизонтали)

Определение высоты прикуса	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Замерить высоту нижнего отдела лица в положении физиологического покоя. 2. Определите высоту прикуса. 3. Создайте определенную высоту прикуса на окклюзионных валиках за счет нижнего валика. 	<p>Пробами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Разговорная; • На глотание; • На 2-4 мм ниже высоты при физиологическом покое нижней челюсти; • Плотное смыкание с верхним валиком по окклюзионной плоскости; • Плавность перехода вестибулярной поверхности валиков;

Фиксация мезио-дистального соотношения челюстей	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Создайте на окклюзионной поверхности валика верхней челюсти в боковых участках углубления. 2. Соскоблите с окклюзионной поверхности валика нижней челюсти воск на толщину 1 мм и приклейте разогретую полоску воска. 3. Введите восковые базисы с окклюзионными валиками в полость рта больного. 4. Фиксируйте центральное соотношение челюстей. 	<p>С резкими гранями, не параллельно.</p> <p>Пробами: глотание, прикосновение языком к дистальному краю базиса.</p>

Проверка определения центрального соотношения челюстей

<ol style="list-style-type: none"> 1. Выведите базисы из полости рта и охладите в воде. 2. Разъедините восковые валики. Обрежьте излишки воска, выходящие на 3. вестибулярную и оральную поверхности 4. валиков. 5. Проверьте отпечатки на валике нижней челюсти. <p>Введите вновь восковые базисы с окклюзионными валиками в полость рта.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Должны обеспечивать составление моделей в центральной окклюзии. <p>Проверьте:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Высоту прикуса; • Мезиодистальное соотношение.
---	---

Нанесите ориентиры для подбора и постановки зубов	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Среднюю линию лица. 2. Линию клыков. 3. Линию улыбки. 	<ul style="list-style-type: none"> • На валиках нанести среднюю линию лица; • Перпендикуляры, опущенные от крыльев носа к окклюзионной поверхности. • Уровень красной каймы верхней губы при улыбке.
<p>Определите цвет искусственных зубов, учитывая цвет кожных покровов лица и возраст больного.</p>	

Методы контроля

Субъективные	Объективные
<ul style="list-style-type: none"> • Пальпация суставных головок в наружных слуховых проходах и впереди них; • Пальпация напряжения жевательных и височных мышц; • Повторная фиксация ЦСБЧ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Проверка сокращения височных и жевательных мышц с помощью прибора Оксмана; • Миография и миотонометрия жевательных и височных мышц; • Рентгенологический метод исследования височно-нижнечелюстных суставов;

Методы контроля	Краткое описание метода
<ol style="list-style-type: none"> 1. Субъективные <ul style="list-style-type: none"> • Пальпация суставных головок в наружных слуховых проходах и впереди них; 	<p>Пальпацию суставов проводят через кожу спереди от козелка уха или через переднюю стенку наружного слухового прохода при смыкании челюстей в центральном соотношении челюстей, а также во время движений нижней челюсти.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Пальпация напряжения жевательных и височных мышц; 	<p>Суставные головки в положении центральной окклюзии прощупываются, но не всегда одинаково с обеих сторон, что заставляет сомневаться в точности этого метода контроля.</p>
<p>Повторная фиксация ЦСБЧ;</p>	<p>При пальпации собственно жевательной мышцы больного просят сжать зубы и определяют степень сокращения жевательных мышц справа и слева на симметричных участках с помощью тактильной чувствительности. Таким же образом определяют</p>

	<p>степень сокращения височных мышц. Пальпацию проводят экстраорально.</p> <p>С помощью технического шпателя отделяют верхний прикусной валик от нижнего, разогревают нижний валик заново и повторно фиксируют ЦСБЧ.</p>
<p>2. Объективные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проверка сокращения височных и жевательных мышц с помощью прибора Оксмана; 	<p>Метод предложен в 1953 году. Построен по принципу капсуля телефонного микрофона - при давлении на мембрану зажигались лампочки. Прибор надевается на голову больного, и мембраны без давления устанавливаются на висок, где располагаются передние пучки височной мышцы. В положении центральной окклюзии височные мышцы сокращаются равномерно и одновременно с обеих сторон, и лампочки зажигаются. В положении центральной окклюзии височные мышцы не сокращаются и лампочки не зажигаются. При боковой окклюзии лампочка зажигается лишь на рабочей стороне.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Миография и миотонометрия жевательных и височных мышц; 	<p>В 1960 г. С. Влох применил миографию и миотонометрию височных мышц, собственно жевательных мышц. При помощи этого метода изучалась деятельность жевательных мышц при различных фазах жевания и в положении центральной окклюзии. Миография основана на записях сокращений мышц на кимографе, несмотря на хорошие результаты метод миографии не получил распространения из-за его сложности.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Рентгенологический метод исследования височно-нижнечелюстных суставов. 	<p>В положении центрального соотношения беззубых челюстей суставная головка находится на скате суставного (височнонижнечелюстного сустава) бугорка у его основания. Исследования показали, что любые, даже незначительные сдвиги нижней челюсти влияют на положение суставных головок височно-нижнечелюстных суставов и что по топографии суставных элементов можно выявлять ошибки определения ЦСБЧ. Метод достаточно объективен при наличии идентичных снимков.</p>

Логико-дидактическая структура по теме:

«Факторы, влияющие на определение высоты нижнего отдела лица в положении физиологического покоя и в положении ЦСБЧ»

Факторы	
<ul style="list-style-type: none"> • Эмоционально-психическое состояние; • Вид прикуса, бывший у больного; 	<p>Предварительная подготовка больного должна привести к эмоциональнопсихическому спокойствию, величину высоты нижнего отдела лица определяют при наличии привычных протезов.</p> <p>Ортогнатический прикус - разность между высотой нижнего отдела лица в положении физиологического покоя и в</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Положение головы; • Фаза дыхания; • Состояние мышц челюстно-лицевой области; 	<p>положении ЦСБЧ в среднем равна 1-2 мм; При прямом прикусе - 1 мм; При глубоком прикусе - 6-8 мм;</p> <p>Голова наклонена назад - размер высоты нижнего отдела лица увеличивается. Голова наклонена вперед - размер промежутка уменьшается.</p> <p>На вдохе размер высоты нижнего отдела лица в ПФП уменьшается. На выдохе размер высоты нижнего отдела лица в ПФП увеличивается.</p> <p>Разность между размерами высоты нижнего отдела лица в ПФП и в положении ЦСБЧ может отсутствовать при явлениях спастического бруксизма.</p> <p>Определяют высоту нижнего отдела лица в ПФП в момент расслабления мышц, которое можно получить при их расслаблении.</p>
--	--

Ориентировочная основа действий по теме:

«Методика определения центрального соотношения беззубых челюстей анатомофизиологическим методом. Последовательность переноса ориентиров на восковые базисы с окклюзионными валиками»

Этапы действия	Материальное оснащение	Критерии и формы самоконтроля
<p>1. Оценка правильности и качества изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками.</p>	<p>Восковые базисы с окклюзионными валиками, модели челюстей.</p>	<p>Граница базиса на верхнюю челюсть: базис на щечной и губной сторонах в области отсутствующих зубов</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Оцените границы базисов с валиками. • Определите наличие укрепляющей проволоки в валиках; • Определите фиксацию восковых базисов с валиками на моделях; 		<p>проходит по переходной складке, обходя подвижные щечные тяжи слизистой оболочки и уздечку верхней губы. На твердом небе граница базиса проходит до линии «А», проходящей через слепые ямки и проходит по задним краям бугров, границы базиса на нижней челюсти: проходит по переходной складке щечной и губной сторон, обходя подвижные тяжи слизистой оболочки и уздечки, с язычной стороны граница базиса проходит по переходной складке, обходит уздечку языка. Дистально базис с окклюзионным валиком перекрывает бугорки нижней челюсти полностью</p>

<p>Определите высоту базисов с окклюзионными валиками;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оцените окклюзионную, протетическую, горизонтальную плоскость. 		<p>или до половины их протяженности (если они подвижные), граница воскового базиса проходит ниже костных выступов (экзостозов), которые часто бывают с язычной стороны альвеолярной части в области премоляров.</p> <p>На верхнем валике проволока зафиксирована по переднему и боковым участкам небной поверхности, на нижнем - с язычной стороны в области передних зубов и премоляров.</p> <p>Базисы с окклюзионными валиками плотно охватывают анатомические образования, отображенные на моделях, снимаются с трудом.</p> <p>Высота валика в области передних зубов равна 1,5 см, а в области последних моляров 0,5 -0,8 см. при значительной атрофии альвеолярных отростков высота может увеличиваться.</p> <p>Окклюзионная поверхность валиков ровная, угол между ней и щечной поверхностью (язычной или небной) четко выражен.</p>
<p>2. Оформление рельефа вестибулярной поверхности и уровня окклюзионного валика на верхнем базисе.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить высоту валика: зафиксируйте валик на верхней челюсти, попросите больного сомкнуть губы, в этом положении на валик нанесите линию смыкания губ, проверьте высоту валика при полуоткрытом рте. • Оцените рельеф вестибулярной поверхности валика: при необходимости проведите коррекцию валика с помощью воска, наращивая валик с вестибулярной поверхности или сняв излишки воска на валике. 	<p>Восковой базис с окклюзионным валиком на верхнюю челюсть, модель верхней челюсти больного.</p>	<p>По линии смыкания губ определяют высоту валика. Край валика на 1-2 мм выступает из-под верхней</p> <p>Внешний вид больного восстановлен. Верхняя губа находится в спокойном состоянии (западения или растягивания губы не отмечается).</p>
<p>3. Формирование протетической</p>	<p>Восковой базис с окклюзионным валиком на верхнюю</p>	<p>Линейки параллельны.</p>

<p>плоскости на всем протяжении окклюзионного валика на верхнем базисе.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Формирование окклюзионной плоскости в переднем отделе прикусного валика; возьмите для этого две линейки, одну из них установите на окклюзионную поверхность валика, другую - на зрачковую линию. При необходимости проведите коррекцию валика, добиваясь параллельности линеек; • Формирование окклюзионной плоскости в боковых отделах; возьмите две линейки или два шпателя и установите один из них на окклюзионной поверхности валика в боковом отделе слева, второй установите по линии камперовской горизонтали - линии, соединяющей нижний край наружного слухового прохода с носовой остью, на лице камперовская горизонталь соответствует носо-ушной линии, связывающей основание крыла носа с серединой козелка. Ту же самую манипуляцию проведите с противоположной стороны. При необходимости проведите коррекцию валика в боковых отделах, добавив или удалив воск в определенных участках. 	<p>челюсть, два шпателя (или линейки), большой.</p>	<p>Шпатели, зафиксированные соответствующим образом, параллельны.</p>
<p>4. Оформление окклюзионной поверхности нижнего валика в поперечном направлении по отношению к верхнему валику. Исправления, которые могут при этом понадобиться производят только на нижнем валике.</p>	<p>Верхний и нижний восковые базисы с окклюзионными валиками, модели челюстей больного.</p>	<p>Плотное смыкание валиков в мезио-дистальном и трансверзальном направлениях, а также расположение их щечных поверхностей в одной плоскости. При закрывании рта валики одновременно приходят в соприкосновение, как в переднем, так и в боковых отделах. Проконтролировать правильность смыкания валиков можно визуально, а также с помощью холодного технического шпателя, вставляя его между валиками на различных участках между</p>

		окклюзионными поверхностями. Вставить шпатель без усилия не удастся - валики смыкаются плотно и в то же время лежат на альвеолярном отростке.
<p>5. Определение разности высоты нижнего отдела лица в положении ОФП нижней челюсти и в положении ЦСБЧ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определение высоты нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя: вовлеките больного в непродолжительную беседу, по окончании его нижняя челюсть установится в положении физиологического покоя; в таком положении измерьте расстояние между двумя точками нанесенными или зрительно отмеченными на коже у больного, например у основания перегородки носа и у основания подбородка, отмеренное расстояние отметьте на пластине базисного воска. Измерения проведите 2-3 раза. • Введите в рот больного шаблоны с прикусными валиками и попросите пациента сомкнуть их. Расстояние между намеченными точками измерьте вновь и сравните его с первой высотой нижнего отдела лица. Это расстояние называется окклюзионной высотой. При равенстве этих двух величин - прикус повышен, проведите коррекцию нижнего валика, снимите слой воска на всем протяжении протетической плоскости равномерно с помощью аппарата. Если разность окклюзионной высоты и высоты покоя больше среднедопустимых величин, то проведите коррекцию валика на нижней 	<p>Больной</p> <p>Восковые базисы с окклюзионными валиками, больной, технический шпатель, пластинка базисного воска, наклонная плоскость.</p>	<p>Губы смыкаются свободно, прилегая, друг к другу.</p> <p>Окклюзионная высота меньше высоты покоя на 2-3 мм.</p>

<p>челюсти, добавив полоску воска на всем протяжении протетической плоскости равномерно;</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Обратите внимание на ткани вокруг ротовой щели. • Проверьте еще раз данные измерений высоты НОЛ в положении физиологического покоя и в положении ЦСБЧ. • Проведите следующую пробу - дотроньтесь до линии смыкания губ кончиком пальца, губы моментально разомкнутся, чего не бывает, если они лежат свободно. 		<p>При правильно определенной высоте нижнего отдела лица в положении центрального соотношения челюстей восстанавливается нормальные контуры нижнего отдела лица.</p> <p>При снижении высоты - носогубные складки становятся резко выраженными, углы рта опускаются, верхняя губа укорачивается.</p> <p>При повышении высоты - губы смыкаются с напряжением, сглаживаются носогубные складки, верхняя губа удлиняется.</p>
<p>6. Фиксация ЦСБЧ в трансверзальном и мезиодистальном положении.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Голову пациента запрокиньте несколько назад, положите указательные пальцы на окклюзионную поверхность валиков в области моляров, так чтобы они одновременно касались углов рта. • Попросите больного поднять кончик языка, коснуться им задних отделов твердого неба и одновременно сделать глотательное движения. Когда больной закрывает рот, и прикусные валики начинают сближаться, указательные пальцы, лежащие на них выведите. Закрывание рта с использованием описанных приемов повторить несколько раз. • Нанесите ретенционные пункты на верхний прикусной валик: на окклюзионной поверхности валика делают две крестообразные бороздки глубиной до 3 мм. На окклюзионном валике на 	<p>Восковые базисы с валиками, больной.</p>	<p>Шейные мышцы при этом слегка напряжены.</p> <p>Пальцы одновременно касаются углов рта, слегка оттягивая их в сторону.</p> <p>Во время выведения пальцев изо рта пациента, они постоянно должны раздвигать углы рта.</p> <p>Размягченный воск входит в бороздки и тем самым создает своеобразные ориентиры, позволяющие правильно составить модели.</p>

<p>нижнюю челюсть снимают слой воска толщиной 1-2 мм и накладывают на это место полоску разогретого воска.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Введите шаблоны с валиками в рот и попросите больного сомкнуть их, воспользовавшись всеми приемами, которые помогают установить нижнюю челюсть в положении ЦСБЧ. 		
<p>7. Нанесите на окклюзионные валики остальные ориентиры.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Линию центра лица; • Линию клыков; • Линию улыбки; 	<p>Восковые базисы с окклюзионными валиками, технический шпатель.</p>	<p>Линия центра лица является продолжением мысленной линии, делящей лицо и верхнюю губу на две равные половины. Линия, проходящая по дистальной поверхности клыков, соответствует углу рта. Линия улыбки или линия шеек передних зубов проходит по границе с красной каймой верхней губы при улыбке.</p>
<p>8. Проверьте соотношения окклюзионных валиков на всем протяжении в соответствии с соотношением центров альвеолярных отростков. Проверьте правильность фиксации ЦСЧ. Выведите шаблоны изо рта.</p>		<p>См. ЛДС «методы контроля определения ЦСБЧ» (повторная фиксация).</p>

ТЕМЫ УИРС:

1. Инструментальные методы определения трансверзального и мезио-дистального положения нижней челюсти по отношению к верхней.
2. Антропометрические методы определения высоты нижнего отдела лица в положении центрального соотношения беззубых челюстей.
3. Методы контроля определения центрального соотношения беззубых челюстей.

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

Внешний вид больного К. с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюстях после наложения верхнего окклюзионного валика имел следующие характерные особенности: верхняя губа западает, носогубные складки резко выражены. При полуоткрытом рте край верхнего валика выступает из-под края верхней губы на 3 мм. В какой последовательности следует проводить коррекцию валика и какие цели она преследует?

1. Больному А., 72 года, с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюстях в процессе определения центрального соотношения беззубых челюстей необходимо сформировать окклюзионную плоскость верхнего окклюзионного валика в

переднем и боковых отделах. Какими ориентирами Вы будете пользоваться при этом? Каким образом проводится этот этап в клинике?

2. При смыкании верхнего и нижнего окклюзионных валиков у больного Л. с полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти определяется смещение валиков в переднем отделе. Чем это вызвано? Каким образом исправить этот недостаток?

3. У больного Д., 68 лет с полным отсутствием зубов на обеих челюстях при проверке плотности соприкосновения валиков между валиками справа проходит холодный шпатель. Чем объяснить и как исправить?

4. Для окончательного определения высоты нижнего отдела лица в положении относительного физиологического покоя врач удалил восковые шаблоны с окклюзионными валиками из полости рта, попросил больного слегка сомкнуть губы и измерил шпателем расстояние от основания перегородки носа до основания подбородка. Правильно ли проверил врач этот этап?

5. После припасовки окклюзионных валиков друг к другу и измерения высоты нижнего отдела лица в положении относительного физиологического покоя при сомкнутых валиках обнаружилось в состоянии покоя: губы легко и без напряжения касаются друг друга на всем протяжении, углы рта слегка подняты, носогубные складки слегка выражены. Высота нижнего отдела лица при сомкнутых валиках меньше высоты в состоянии покоя на 2 мм. Соответствует ли высота нижнего отдела лица при сомкнутых валиках высоте нижнего отдела лица в положении центральной окклюзии?

6. У больного Н., 68 лет с полным отсутствием зубов на обеих челюстях после фиксации центрального соотношения челюстей выяснилось: углы рта опущены, носогубные складки выражены, подбородочная складка резко выражена, определяется «избыток» мягких тканей лица в нижнем его отделе. Можно ли передать модели с зафиксированным центральным соотношением челюстей в лабораторию для продолжения работы?

7. У больного К., 57 лет, с полным отсутствием зубов на обеих челюстях после фиксации центрального соотношения челюстей выяснилось: губы смыкаются с напряжением, носогубные складки сглажены, верхняя губа удлинена, при дотрагивании до губ кончиком пальца, губы моментально размыкаются. Правильно ли определена высота нижнего отдела лица в положении ЦСЧ? Ваша дальнейшая тактика.

Тестовые задания

1. Анатомический слепок снимают с челюсти

№1. стандартной ложкой

№2. индивидуальной ложкой с применением функциональных проб

№3. индивидуальной ложкой без применения функциональных проб

2. Базисный воск выпускается производителем в виде

№1. прямоугольных пластинок

№2. кубиков

№3. круглых палочек

№4. круглых полосок

№5. пластинок округлой формы

3. Для уменьшения компрессии применяют

№1. искусственные зубы неанатомической формы

№2. перфорацию индивидуальной ложкой

№3. восковую ложку

4. Метод функционального оформления краёв оттиска используется для

- №1. разгрузки слизистой протезного ложа
№2. создания формы вестибулярного края оттиска с учётом функции мимических мышц
№3. улучшения гигиенических свойств протеза
5. Применять жёсткие базисы целесообразно
№1. при значительной атрофии беззубых челюстей
№2. при получении оттиска под контролем жевательного давления
№3. при применении внутриротовой регистрации центральной окклюзии
№4. при использовании фонетических проб для постановки зубов
6. Показаниями для применения метода объемного моделирования базиса (метод функционального отпечатка) являются
№ 1. парафункции языка и губ
№ 2. прогеническое соотношение челюстей
№ 3. прогнатическое соотношение челюстей
№ 4. значительная атрофия альвеолярных отростков челюстей
7. Анализ акта глотания позволяет правильно сформировать уровень окклюзионной поверхности. Характерным признаком для нормального глотания является
№ 1. губы слегка сомкнуты
№ 2. зубы сомкнуты
№ 3. круговая мышца не напряжена
№ 4. кончик языка упирается в не средний участок неба и небную поверхность передних верхних зубов
8. Для анатомических слепков применяют слепочные массы
№1. термопластические
№ 2. альгинатные
№ 3. гипс
№ 4. силиконовые
№ 5. акриловые пластмассы
9. Жесткие индивидуальные ложки изготавливают из
№ 1. пластмассы
№ 2. воска
№ 3. стекла
10. Для получения функционального слепка при полной утрате зубов применяется
№1. стандартная ложка
№ 2. индивидуальная ложка
№ 3. частичная ложка
11. Требования, предъявляемые к припасованной индивидуально слепочной ложке на верхнюю челюсть
№ 1. восстановление фонетики
№ 2. удержание на челюсти при проведении функциональных проб
№ 3. восстановление эстетических норм
12. При одномоментной методике изготовления индивидуальной ложки используется
№ 1. гипс

- № 2. пластмасса
- № 3. воск
- № 4. термопластическая масса
- № 5. легкоплавкий сплав

13. Требования, предъявляемые к припасованной индивидуальной слепочной ложке на нижнюю челюсть

- № 1. удержание на челюсти при проведении функциональных проб
- № 2. восстановление фонетики
- № 3. восстановление эстетических норм

14. Граница индивидуальной ложки на нижней челюсти проходит

- № 1 на 1 - 2 мм выше переходной складки, обходя щечные и губные слизистые тяжи
- № 2. на 2 - 3 мм выше переходной складки, перекрывая щечные и губные слизистые тяжи
- № 3. по самому глубокому месту переходной складки, погружаясь в мягкие ткани, обходя щечные и губные слизистые тяжи

15. При проведении функциональных проб амплитуда движений нижней челюсти зависит

- № 1. от типа соотношения челюстей
- № 2. от степени атрофии челюстей
- № 3. от типа слизистой оболочки (по Суппли)

16. Припасовка индивидуальной ложки на верхней челюсти проводится с помощью

- № 1. внеротовой записи движений
- № 2. функциональных проб
- № 3. внутриротовой записи движений

17. Припасовка индивидуальной ложки на нижней челюсти проводится с помощью

- № 1. функциональных проб
- № 2. внутриротовой записи движений нижней челюсти
- № 3. внеротовой записи движений нижней челюсти

18. Мышцы, обуславливающие смещение индивидуальной ложки при проведении функциональной пробы - попеременный упор кончиком языка в правую и левую щеки

- № 1. челюстно-подъязычные, двубрюшные, подбородочно-подъязычные
- № 2. подбородочные и круговая мышца рта

19. Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «глотание»

- № 1. вестибулярный край между клыками
- № 2. вестибулярный край в области моляров и передней группы зубов
- № 3. язычный край в области моляров
- № 4. язычный край в области премоляров
- № 5. от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

20. Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»

- № 1. вестибулярный край в области моляров и передних зубов
- № 2. язычный край в области моляров
- № 3. от позадиомолярного бугорка до челюстно-подъязычной линии

21. Место коррекции индивидуальной ложки на нижней челюсти при проведении функциональной пробы «вытягивание вперед губ, сложенных трубочкой»

- № 1. язычный край в области премоляров
- № 2. вестибулярный край между клыками
- № 3. язычный край на 2 см от средней линии

22. Место коррекции индивидуальной ложки на верхней челюсти при проведении функциональной пробы «широкое открывание рта»

- № 1. с вестибулярной поверхности в области верхнечелюстных бугров и моляров
- № 2. дистальный край ложки в области крылочелюстных складок
- № 3. в области фронтальных зубов

23. Для функциональных слепков применяют слепочные массы

- № 1. термопластические
- № 2. твердокристаллические
- № 3. эластические

24. Разгружающий функциональный слепок получают с предварительным изготовлением на индивидуальной ложке

- № 1. окклюзионных валиков
- № 2. множественных отверстий по всей
- № 3. отверстий в области альвеолярных бугров верхней челюсти или ретроальвеолярных бугорков нижней челюсти

25. При наличии «болтающегося гребня» (по Супили) снимают слепок

- № 1. компрессионный
- № 2. разгружающий
- № 3. дифференцированный

26. При наличии атрофичной, сухой слизистой оболочки снимают слепок

- № 1. компрессионный
- № 2. разгружающий
- № 3. дифференцированный

27. При наличии гипертрофированной, складчатой слизистой оболочки снимают слепок

- № 1. компрессионный
- № 2. разгружающий
- № 3. дифференцированный

28. При получении функционального слепка его края оформляют при помощи

- № 1. пассивных движений
- № 2. функциональных проб
- № 3. фонетических проб

Тема: «Особенности конструирования зубных рядов протезов при полном отсутствии зубов и ортогнатическом соотношении альвеолярных отростков».

Цель занятия: изучить особенности конструирования зубных рядов в ортогнатическом соотношении альвеолярных отростков.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Факторы, влияющие на выбор искусственных зубов при полном протезировании;
- Вопросы эстетики в протезировании полными съемными протезами;
- Антропометрические ориентиры, являющиеся отправными моментами для зубного техника при постановке искусственных зубов;
- Анатомо-топографические закономерности, используемые при постановке искусственных жевательных зубов;
- Показания к анатомической постановке искусственных зубов;
- Методы постановки искусственных зубов при полном протезировании;

Материалы для выполнения практического занятия

Логико-дидактическая структура по теме:

«Искусственные зубы. Факторы, влияющие на выбор искусственных зубов в съемном протезировании»

Искусственные зубы (разных фасонов и размеров, цвет также подбирается индивидуально):

1. Пластмассовые;
2. Фарфоровые:
 - а. Крапонные;
 - б. Диаторические;
 - в. Типа «Сазур» (фарфоровые зубы со сквозными отверстиями на жевательных поверхностях, заполняющиеся пластмассой).

Некоторые авторы рекомендуют фарфоровые зубы ставить на одной челюсти и пластмассовые на противоположной стороне. Такое сочетание имеет ряд преимуществ:

- Легкость шлифовки зубов из пластмассы;
- Легкая аккомодация к протезам за счет стираемости пластмассовых зубов;
- Меньшая хрупкость и ломкость фарфоровых зубов;
- Большая функциональная эффективность протезов, т.к. зубы из пластмассы затачиваются и сохраняют жевательную способность.

Факторы, влияющие на выбор искусственных зубов:

- Лицевые признаки;
- Пол;
- Возраст;
- Тип нервной системы;
- Конституция.

Триада Нельсона - зависимость формы головы (лица), зубных дуг и зубов.

Триада Нельсона

Длинная узкая голова (лицо)	Округлая голова (лицо)	Круглая голова (лицо)
Узкие конусовидные альвеолярные дуги;	Округлая форма зубных дуг;	Квадратные зубные дуги;
Конусовидное расположение передних зубов.	Округлая форма зубов.	Широкие фронтальные зубы;

		Плоскостное, на одном уровне (по горизонтали) расположение зубов.
--	--	---

Логико-дидактическая структура по теме: «Эстетический эффект как аспект в конструировании зубных рядов протезов при полном отсутствии зубов»

Лицевой эффект	Резцовый эффект	Пришеечный эффект
<ul style="list-style-type: none"> • Форма зубов; • Цвет зубов; • Соответствие лицевым признакам. 	<ul style="list-style-type: none"> • Положение резцов по отношению к губам. 	Соотношение между шейками зубов и контурами десневого края.

	Короткий тип губы	Средний тип губы	Длинный тип губы
Длина губы, мм ниже альвеолярного отростка.	5-7 мм;	8 - 14мм;	15-22 мм;
Длина воскового валика или резцов.	4 -2 мм ниже края губы;	0-2 мм ниже края губы;	0-2 мм выше края губы;

Длину верхней губы измеряют в состоянии физиологического покоя специальным прибором с миллиметровыми делениями - лабиометром. Тип верхней губы соответствует типу лица: длинный тип губы обычно имеют большие узколицы, средний тип - среднелицы, короткая губа наблюдается чаще у широколицых пациентов. При определении типа губы следует учитывать степень атрофии альвеолярного отростка, так как этот процесс в значительной мере нарушает исходные взаимоотношения и пропорции структур лица.

Компоненты улыбки:

Степень обнажения зубов и альвеолярного отростка при улыбке.	<ul style="list-style-type: none"> • Широко варьирует;
Средние резцовые линии верхней и нижней зубных дуг.	<ul style="list-style-type: none"> • Совпадают; • Не совпадают;
«Щечное пространство».	<ul style="list-style-type: none"> • Узкое, треугольной формы; • Среднее; • Широкое, отвесное.

«Щечное пространство» - расстояние между видимым краем последнего зуба и углом рта.

Вершиной искусства постановки зубов следует считать естественность их вида в покое, во время функции жевания, речи, а также когда человек улыбается или смеется, в чем проявляют себя умения врача, его творчество, труд и знание дела.

Логико-дидактическая структура по теме: «Антропометрические ориентиры, являющиеся отправными моментами для зубного техника при постановке искусственных зубов».

Антропометрические ориентиры:

Постановка искусственных передних зубов	Постановка искусственных боковых зубов
<ul style="list-style-type: none"> • Средняя линия лица; • Вестибулярный овал прикусного валика; • Линия клыков; • Линия улыбки; • Окклюзионная плоскость; • Форма альвеолярных отростков челюстей; • Середина альвеолярного гребня; • Соотношение отростков в состоянии центрального соотношения челюстей. 	<ul style="list-style-type: none"> • Линия клыков; • Передний край нижнечелюстного бугорка; • Середина альвеолярного гребня; • Окклюзионная плоскость; • Форма и атрофия альвеолярных отростков; • «Треугольник Паунда».

Анатомо-топографические закономерности, используемые при постановке искусственных жевательных зубов.

1. Челюстно-подъязычная линия, соответствующая внутренней границе позадимоларного треугольника, находится в одной плоскости с язычной поверхностью третьих моляров нижней челюсти.

2. Линия, проведенная между дистальной поверхностью клыка и серединой верхнего полюса слизистого бугорка, соответствует вершине альвеолярного отростка нижней челюсти.

3. Две линии, проведенные из точки, соответствующей мезиальному краю бугорка клыка, к щечной и язычной поверхностям ретромолярного треугольника (слизистого бугорка), образуют треугольник, в пределах которого располагаются жевательные зубы - «треугольник Паунда».

Логико-дидактическая структура по теме: «Показания к анатомической постановке искусственных зубов».

1. Ортогнатический прикус со всеми его признаками;
2. Малая или умеренная атрофия альвеолярных отростков и благоприятные межчелюстные отношения (относительная параллельность между альвеолярными отростками челюстей);
3. Наличие устойчивого, легко определяемого центрального соотношения челюстей;
4. Преобладание вертикальных движений нижней челюсти (открывание и закрывание рта), выявление при анализе жевательных движений;
5. Наличие у нижнечелюстного сустава глубокой суставной впадины и удлиненного суставного отростка.

Логико-дидактическая структура по теме: «Методы постановки искусственных зубов при полном протезировании».

Методы постановки:

1. По Гизи;
2. По Васильеву; 3. По Эфрону-Катцу-Гельфанду.

Методы постановки	Характеристика метода
Анатомическая постановка	Метод получил широкое практическое применение. Постановка зубов проводится соответственно горизонтальной окклюзионной

<p>жевательных зубов по методу Гизи.</p>	<p>плоскости или плоскости ориентации. Анатомическая постановака может быть использована как самостоятельный метод, но теперь его чаще применяют как основу для различных модификаций в соответствии с большим разнообразием клинических вариантов. Показания к применению метода см. выше. Анатомическая постановака по методу Гизи в первом варианте заключается в установлении всех зубов верхней челюсти в пределах протетической плоскости параллельно линии Кампера, проходящей на расстоянии 2 мм ниже верхней губы.</p> <p>По второй своей модификации - так называемой ступенчатой постановаке - Гизи предлагал, учитывая искривление альвеолярного отростка нижней челюсти в сагиттальном направлении, изменять наклон нижних жевательных зубов, располагая каждый из них параллельно плоскости соответствующих участков челюсти. Применяя ступенчатую постановаку зубов, Гизи преследовал цель увеличить стабилизацию протеза для нижней челюсти.</p> <p>Третья, наиболее распространенная методика постановаки зубов по Гизи заключается в установлении жевательных зубов по так называемой уравнивательной плоскости, что обеспечивает лучшую устойчивость протеза во время функции. Уравнивательная плоскость является условным, полученным путем усреднений по отношению к горизонтальной плоскости и плоскости альвеолярного отростка ориентиром. Согласно этой методике боковые зубы верхней челюсти ставят следующим образом: первый премоляр на уровне протетической плоскости лишь щечным бугром; второй премоляр обоими буграми; первый моляр - мезиально-щечным бугром, остальные бугры первого и все бугры второго моляра располагают по уравнивательной плоскости. Нижние зубы ставят в плотном контакте с верхними зубами. Клыки Гизи рекомендовал устанавливать без контакта друг с другом.</p> <p>Четвертая методика названа Гизи «методом нижнечелюстного бугорка». Оклюзионную плоскость по этой методике устанавливают по линии бугров клыков (предварительно помещенных на базис нижней модели), далее параллельно линии, проходящей на 2 мм ниже верхней губы через вершины альвеолярных бугорков нижней челюсти. По найденной плоскости устанавливают премоляры и первый моляр. Второй моляр ставят по уравнивательной плоскости.</p>
<p>Постановака зубов по М.Е. Васильеву (по стеклу).</p>	<p>Метод получил широкое распространение. Пластинку в идее трапеции, отображающую горизонтальную плоскость, устанавливают на окклюзионном валике базиса нижней модели; она соответствует овалу зубной дуги и имеет вырезку для срединного горизонтального штифта. Стекло предварительно укрепляют на верхнем окклюзионном валике, а затем, пока нижний валик еще не затвердел смыкают артикулятор, доводя передний вертикальный штифт до соприкосновения с режущей площадкой. После этого стекло укрепляют расплавленным воском на валике нижней модели. С верхней модели снимают базис с окклюзионным валиком, заменяют его новым и на нем производят постановаку искусственных зубов согласно известным анатомическим правилам, разработанным Гизи.</p>

	<p>Верхние центральные резцы ставят, ориентируясь на среднюю линию. Режущие края этих зубов и клыков должны касаться поверхности стекла; режущие края боковых резцов отстоят от плоскости стекла на 0.5 мм; первый премоляр касается стекла только щечным бугром, а небный бугор отстает от стекла на 1 мм; второй премоляр прикасается к стеклу обоими буграми; первый моляр - переднебным бугром, остальные приподняты (передне-щечный - на 0.5 мм; задне-щечный - на 1,5 мм и заднебный примерно на 1 мм); второй моляр не прикасается к стеклу, причем его задние бугры располагаются выше стекла на 2-2,5 мм.</p> <p>Благодаря такому расположению бугров по отношению к стеклу (горизонтальной плоскости) образуются сагиттальная и трансверзальная окклюзионные кривые. Постановка зубов согласно указанным правилам может быть произведена в артикуляторе «Симплекс», в котором возможно произвести пришлифовку их бугров при боковых движениях, а также в простом шарнирном артикуляторе.</p>
<p>Анатомическая постановка по Ефрону-Катцу Гельфанду.</p>	<p>Эти авторы предлагают в случае полного отсутствия зубов использовать феномен Христенсена для постановки зубов по окклюзионным кривым. Феномен Христенсена заключается в следующем: после припасовки твердых восковых прикусных шаблонов друг к другу в положении центральной окклюзии при сдвиге нижней челюсти кпереди между валиками образуется двухсторонний просвет клиновидной формы основанием кзади, что названо автором сагиттальным феноменом.</p> <p>При смещении нижней челюсти в боковую сторону разобщение между валиками возникает на противоположной стороне тоже клиновидной формы. Это разобщение названо трансверзальным феноменом.</p> <p>Постановка зубов по Эфрону. Модели с прикусными валиками устанавливают в окклюдатор в положении центральной окклюзии, затем ставят фронтальные зубы на обеих челюстях, а в области жевательных зубов сохраняют высоту прикусных валиков; предлагают больному соединить передние зубы режущими краями (передняя окклюзия) и в образовавшуюся щель между валиками накладывают на нижний валик кусок размягченного воска, охлаждают его, вновь устанавливают центральную окклюзию для чего приходится срезать часть воска с верхнего прикусного валика. Таким образом, создается сагиттальная окклюзионная кривая, и по ней ставят жевательные зубы: вначале на верхней челюсти, затем по зубам верхней челюсти устанавливают зубы на нижней.</p> <p>Для устойчивого закрепления нижнего прикусного базиса во время притирки прикусных валиков И.М. Оксман и Я.С. Кнубовец применяли специальный фиксатор, что давало им возможность в течение 10-15 мин. производить эту процедуру без затруднений и без смещений прикусных шаблонов. Трансверзальная кривая определялась следующим образом: на нижнем шаблоне в области моляров с обеих сторон делается скат в язычную сторону, срезанную часть воска прибавляют к верхнему валику, затем производят притирку валиков пастой из пемзы и вазелина при боковых</p>

	движениях нижней челюсти. Протезы, изготовленные этим методом, почти не нуждаются в последующих коррекциях.
--	---

ТЕМЫ УИРС:

1. Формирование зубных рядов протезов с учетом функциональных особенностей зубочелюстной системы;
2. Значение фонетики при конструировании полных съемных протезов;
3. Принципы постановки зубов по Ганау;
4. Постановка зубов по сферической поверхности;
5. Постановка зубов при прогеническом соотношении беззубых челюстей;
6. Постановка зубов при прогнатическом соотношении беззубых челюстей;

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Краткая характеристика искусственных зубов, применяемых в полном съемном протезировании;
2. Назовите факторы, влияющие на выбор искусственных зубов;
3. Вопросы эстетики в полном съемном протезировании;
4. Назовите антропометрические ориентиры, используемые техником для постановки искусственных зубов в полном съемном протезировании;
5. Назовите анатомио-топографические закономерности, используемые при конструировании зубных рядов в боковых участках;
6. Дайте краткую характеристику методам постановки искусственных зубов при полном протезировании (по Гизи, по Васильеву, по Эфрону-Катцу-Гельфанду).
7. При проверке конструкции полных съемных протезов верхней и нижней челюсти при улыбке видны передние зубы и значительная часть воскового базиса. По данным лябиометрии пациент имеет средний тип верхней губы. На каком этапе изготовления протезов были допущены ошибки? Ваша дальнейшая тактика?
8. Больной А., 58 лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях, невозможность пережевывания пищи. Объективно: у больного удлиненное лицо, по данным лябиометрии - длинный тип верхней губы. Подберите пациенту искусственные зубы для постановки их в полные съемные протезы.

6. Тесты

1. В положении центральной окклюзии мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, находятся в состоянии
 - №1. напряжения
 - №2. относительного физиологического покоя
 - №3. полного расслабления
2. Для определения центральной окклюзии в клинику поступают гипсовые модели
 - №1. фиксированные в окклюдаторе
 - №2. с восковыми базисами и окклюзионными валиками
 - №3. с восковыми базисами и окклюзионными валиками, фиксированными в окклюдаторе
3. Для предотвращения деформации воскового базиса с окклюзионными валиками его укрепляют
 - №1. быстротвердеющей пластмассой

- №2. гипсовым блоком
- №3. металлической проволокой
- №4. увеличением толщины воска

4. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают

- №1. из липкого воска
- №2. из моделировочного воска
- №3. из базисного воска
- №4. из бюгельного воска

5. В состоянии относительного физиологического покоя зубные ряды в норме

- №1. сомкнуты
- №2. разобщены на 0,5 - 1 мм
- №3. разобщены на 2 -4 мм
- №4. разобщены на 5 - 7 мм

6. Наиболее объективным методом определения высоты нижнего отдела лица является

- №1. анатомический
- №2. анатомо-физиологический
- №3. антропометрический

7. Укажите признак уменьшенной высоты нижней трети лица

- №1. сниженный тонус жевательных мышц
- №2. стираемость бугорков жевательных зубов
- №3. стираемость режущих краёв передних зубов

8. Укажите признак завышения межальвеолярной высоты

- №1. прикусывание слизистой щёк
- №2. углубление естественных складок лица
- №3. заедание щёк
- №4. больной испытывает чрезмерное давление на костную основу протезного ложа

9. При определении центрального соотношения челюстей следует учитывать

- №1. топографию сагиттальной окклюзионной кривой
- №2. равномерное и одновременное сокращение жевательных мышц на обеих сторонах
- №3. топографию трансверзальной окклюзионной кривой

10. Положение покоя нижней челюсти определяет

- №1. тонус жевательных мимических мышц
- №2. миостатические рефлексy
- №3. эластичность и упругость слизистой оболочки

11. Для правильного определения положения нижней челюсти по отношению к верхней важна

- №1. подготовка гипсовых моделей челюстей
- №2. определение высоты нижнего отдела лица
- №3. определение и формирование окклюзионной плоскости

12. Метод определения высоты нижнего отдела лица, который даёт наилучший эстетический и функциональный эффект, - это

- №1. антропометрический метод
- №2. с помощью циркуля золотого сечения
- №3. анатомо-функциональный
- №4. на основании изучения фотографий больного

13. Межальвеолярная высота - это

- №1. расстояние между режущими краями резцов верхней и нижней челюсти.
- №2. расстояние между гребнями альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти
- №3. расстояние между вершинами бугров моляров верхней и нижней челюсти

14. При постановке передних зубов следует учитывать

- №1. состояние слизистой преддверия полости рта
- №2. межальвеолярную высоту
- №3. величину трансверзального суставного пути
- №4. угол Беннетта

15. Наиболее индивидуальным является метод формирования окклюзионной плоскости

- №1. по носо-ушной и зрачковой горизонтали
- №2. по методу Паунда
- №3. с помощью аппарата Ларина
- №4. с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти
- №5. с помощью внеротовой записи движений нижней челюсти

16. Тактика врача при протезировании больных с привычным «передним» положением нижней челюсти

- №1. зафиксировать среднее (между привычным передним и задним) положение нижней челюсти
- №2. постановку фронтальных зубов провести с минимальным перекрытием нижних зубов
- №3. поставить искусственные зубы неанатомической формы

17. При подборе искусственных зубов следует учитывать

- №1. форму лица
- №2. форму зубной дуги
- №3. форму головы

18. Укажите фактор, который следует учитывать при конструировании фонетически эффективного протеза

- №1. постановку искусственных зубов
- №2. форму вестибулярной и оральной поверхности базиса протеза
- №3. более точное воспроизводство суставного пути
- №4. более точное воспроизводство резцового пути

19. Методика внутриротовой пришлифовки окклюзионных валиков (А.Я. Катц, З.Гельфанд, А.Сапожников, М. Нападов) имеет преимущество

- № 1. индивидуальность оформления окклюзионной плоскости
- № 2. возможность более точного воспроизведения резцового пути
- № 3. возможность более точного определения соотношения челюстей
- № 4. возможность более точного воспроизведения суставного пути

20. Какой метод определения высоты нижнего отдела лица чаще используют
- № 1. анатомический
 - № 2. анатомо-физиологический
 - № 3. антропометрический

21. Разница величин высоты нижнего отдела лица в состоянии относительного физиологического покоя и в центральной окклюзии (или центрального соотношения челюстей) составляет в среднем

- №1. 0,5 - 1мм
- №2. 2-4мм
- № 3. 5 - 8мм
- №4. 8-10мм

22. Высота нижнего отдела лица при центральном соотношении челюстей по сравнению с высотой относительном физиологическом покое

- №1. равна ей
- № 2. больше
- № 3. меньше

23. Высота окклюзионного валика на верхней челюсти (при формировании протетической плоскости) по отношению к краю верхней губы в среднем

- № 1. на 1 - 2мм выше
- № 2. на 1 - 2мм ниже
- № 3. на 3 - 4мм ниже
- № 4. высота валика значения не имеет

24. На этапе определения центрального соотношения челюстей протетическую плоскость формируют

- № 1. на нижнем окклюзионном валике
- № 2. на верхнем окклюзионном валике
- № 3. на нижнем и верхнем окклюзионных валиках

25. Протетическая плоскость в боковых отделах линии

- № 1. камперовской
- № 2. франкфуртской
- № 3. зрачковой

26. После проведения этапа определения центрального соотношения челюстей восковые базисы с окклюзионными валиками

- №1 используют для постановки искусственных зубов
- №2 сохраняют до этапа проверки конструкции протезов
- №3 сохраняют до полного изготовления протезов и их наложения
- №4 переплавляют для повторного использования воска

27. Для проведения этапа «Определение центрального соотношения челюстей» в клинику поступают

- №1 модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками
- №2 восковые базисы с окклюзионными валиками
- №3 модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в окклюдаторе
- №4 модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками, зафиксированные в артикуляторе

28. Перед фиксацией центрального соотношения челюстей создают ретенционные пункты на окклюзионных валиках

- №1 нижнем
- №2 верхнем
- №3 нижнем и верхнем
- №4 расположение насечек не имеет значение

29. Для фиксации центрального соотношения челюстей разогретый воск размещают на окклюзионных валиках

- №1 верхнем
- №2 нижнем
- №3 нижнем и верхнем
- №4 любом

Тема: «Проверка восковой композиции протезов. Анализ и коррекция врачебных ошибок при определении центрального соотношения челюстей».

Цель занятия:

- Научиться проверять конструкцию протезов в полости рта больного;
- Научиться анализировать и корригировать врачебные ошибки, допущенные при определении центрального соотношения челюстей (завышение и занижение размеров нижнего отдела лица, сдвиг нижней челюсти вперед, в сторону).

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Требования, предъявляемые к восковой композиции;
- Возможные врачебные ошибки при проверке восковой композиции протезов допущенные при определении центрального соотношения;

Студент должен уметь:

- Проанализировать и исправить врачебные ошибки при определении центрального соотношения челюстей, при завышении или занижении размеров нижнего отдела лица, при сдвиге нижней челюсти вперед и в сторону.

Материалы для выполнения практического занятия.

Логико-дидактическая структура по теме: «Проверка восковой композиции протезов» Проверка восковой композиции протезов

<ul style="list-style-type: none">• Проверка восковой композиции протезов в клинике.• Проверка границ восковых композиций протезов в полости рта.• Правильность окклюзионных взаимоотношений зубов в положении центральной, боковых и передней окклюзиях.• Проверка стабилизации восковых композиций.• Проверка выбора цвета, формы, размера зубов.	<ul style="list-style-type: none">• Осмотр гипсовых моделей челюстей.• Проверка границ восковых композиций протезов на моделях.• Проверка постановки искусственных зубов в окклюдаторе (или артикулято-ре) в положении центральной, боковых и передней окклюзиях.
---	---

ООД темы: «проверка восковой композиции протезов».

Этапы действия	Материальное оснащение	Критерии и формы самоконтроля
1. Осмотрите гипсовые модели челюстей с восковыми композициями протезов.	Гипсовые модели, восковые композиции протезов	Модели должны быть аккуратно обрезаны, без пор, границы четко очерчены, восковые композиции должны соответствовать границам и располагаться на моделях устойчиво.
2. Проверьте постановку искусственных зубов окклюдаторе (артикуляторе) в	Модели восковыми композициями протезов загипсованные окклюдатор (артикулятор). в	<p>Возьмите модели с восковыми композициями протезов и внимательно осмотрите. При проверке постановки искусственных зубов нужно исходить из следующих установок:</p> <p>Требование в отношении постановки всех зубов (передних и боковых зубов на верхней и нижней челюстях).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Все зубы должны быть расположены по середине альвеолярного отростка; • При протезировании беззубых челюстей должно быть поставлено 28 зубов; • Каждый зуб должен соприкоснуться с двумя антагонистами: верхний - с одноименным и позади стоящим зубом, нижний - с одноименными и впереди стоящими верхними зубами. Исключение составляют верхние вторые моляры и нижние центральные резцы; • Верхний зубной ряд должен образовывать полуэллипс, нижний - параболу. Требования в отношении верхних передних зубов. • Средняя линия между центральными резцами должна соответствовать средней линии лица; • Верхние зубы должны перекрывать нижние, но перекрытие должно быть минимальным; • Режущие края центральных резцов и клыков должны лежать в одной плоскости, а боковые резцы в другой плоскости расположенной на 1 мм выше. <p>Требования к постановке верхних жевательных зубов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Высота бугров должна быть незначительная. Бугры жевательных зубов должны образовывать трансверзальную и сагитальную окклюзионные кривые, расположенные выпуклостью книзу и

		<p>имеющие нерезко выраженную форму, соответствующую минимальному перекрытию верхними зубами нижних. Требования в отношении постановки всех нижних зубов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Средняя линия между нижними центральными резцами является продолжением средней линии между верхними центральными резцами и лежит с ней в одной сагиттальной плоскости; <p>Все нижние зубы устанавливаются так, чтобы нижний зубной ряд был меньше верхнего зубного ряда и чтобы они артикулировали с верхними.</p>
<p>3. Проверка границ восковых композиций протезов в полости рта больного.</p>	<p>Восковые композиции протезов, чашка с водой, стоматологическое зеркало, пластинка воска, зуботехнический шпатель.</p>	<p>Усадите больного в кресло, восковые композиции опустите в чашку с водой, затем попросите больного открыть рот, правой рукой возьмите верхний протез, левой рукой отведите в сторону правый угол рта и введите в рот восковую композицию, затем введите нижнюю. Попросите больного сомкнуть челюсти в положении центральной окклюзии. Правой рукой возьмите стоматологическое зеркало, попросите больного разомкнуть губы и осмотрите границы протезов.</p> <p>Протез должен перекрывать нейтральную зону на 1-2 мм. При этих условиях проявляются с максимальной силой не только адгезивность, но и функциональная присасываемость, и таким образом достигается удовлетворительная фиксация и стабилизация. В местах прикрепления уздечек базис не должен перекрывать нейтральной зоны, а наоборот, должна неплотно прилегать к уздечкам и складкам. Нижнечелюстные бугорки в ретромолярной зоне должны перекрываться, так как это способствует фиксации протеза. В случае подвижности бугорков их не следует перекрывать пластинкой протеза во избежание травмы. Что касается ретроальвеолярной области, то эта область должна быть захвачена протезом для лучшей фиксации его.</p>
<p>4. Правильность окклюзионных взаимоотношений зубов в положении центральной окклюзии, передней и боковых окклюзиях.</p>		<p>Попросите больного сомкнуть челюсти в положении центральной окклюзии, окклюзионные взаимоотношения должны соответствовать требованиям, изложенным в разделе 2.</p> <p>При улыбке должны быть видны шейки зубов, но не искусственная десна, что подтверждает правильность проведения линии смеха. При короткой губе передние зубы должны быть</p>

		<p>пришлифованы к естественной десне. Верхние зубы должны быть видны из-под губы при малейшем открывании рта, что подтверждает правильность определения линии смыкания между верхним и нижним окклюзионными валиками.</p> <p>Клыки должны отстоять в области перпендикуляра, опущенного от угла крыла носа на верхний зубной ряд. Плоскость режущих краев резцов должна быть параллельна зрачковой линии.</p> <p>Постановка искусственных зубов не имеет цель восстановить бывшую форму естественного зубного ряда больного. Задачей построения искусственного зубного ряда является повышение косметической и функциональной ценности зубного протеза. Косметическим целям служит соблюдение средней линии, линии смеха, линии клыка, линии смыкания зубов. Повышению устойчивости протеза служат: небольшое перекрытие верхними передними зубами нижних, постановка зубов посередине альвеолярного отростка, создание сагиттальной и трансверсальной окклюзионных кривых и средняя высота бугров жевательных зубов.</p> <p>Попросите больного сместить нижнюю челюсть вперед до положения передней окклюзии, затем вправо и влево. При помощи стоматологического зеркала осмотрите смыкание зубных рядов, должен быть множественный, или хотя бы трехпунктный (один в переднем участке и два в боковых) контакт зубов. Наличие данных контактов способствует хорошей стабилизации протезов и равномерности прилегания восковых базисов к протезному ложу.</p>
<p>5. Проверка стабилизации восковой композиции протезов.</p>		<p>Попросите больного открыть рот, положите указательные пальцы рук на середину нижнего зубного ряда в боковых участках и проверьте балансирует восковой базис или нет. Если нет балансирования, то это свидетельствует о хорошей стабилизации протеза. Таким же образом проверьте стабилизацию верхней восковой композиции протеза.</p>
<p>6. Выбор цвета, формы, размеров зубов.</p>		<p>Попросите больного сомкнуть челюсти в положении центральной окклюзии и улыбнуться, при этом определите соответствует ли цвет, размер зубов чертам</p>

		лица (при крупных чертах лица зубы должны быть более крупными, чем у лиц с мелкими чертами лица).
--	--	---

Логико-дидактическая структура по теме: «Врачебные ошибки при определении центрального соотношения челюстей»

- Завышение высоты нижнего отдела лица;
- Занижение высоты нижнего отдела лица;
- Сдвиг нижней челюсти вперед;
- Сдвиг нижней челюсти в сторону.

Ориентировочная основа действия темы:

«Анализ и коррекция врачебных ошибок при определении центрального соотношения челюстей».

Этапы действия	Материальное оснащение	Критерии и формы самоконтроля
1. определение завышенной высоты нижнего отдела лица.	Зуботехнический шпатель, пластинка воска, спиртовка.	Осмотрите лицо больного. При завышении окклюзионной высоты губы больного напряжены, носогубные и подбородочные складки сглажены, мягкие ткани щек натянуты. При положении нижней челюсти в состоянии физиологического покоя зубные ряды сомкнуты. При определении высоты нижнего отдела лица анатомо-физиологическим методом окклюзионная высота больше высоты нижнего отдела лица при физиологическом покое нижней челюсти.
2. Нормализация высоты нижнего отдела лица.		При повышении прикуса необходимо его понизить за счет уменьшения высоты какого-нибудь зубного ряда (верхнего или нижнего). Если зубы на верхней челюсти только немного выступают из-под губы (1,5-2 мм) во время разговора, то вынимают зубы из воска на нижней челюсти, наращивают восковой валик и вновь определяют высоту прикуса анатомо-физиологическим методом. Если зубы на верхней челюсти значительно выступают из-под губы, то снижение прикуса производят, вынимая зубы из верхней восковой композиции.
3. Определение занижения высоты нижнего отдела лица.		При занижении окклюзионной высоты отмечают: укорочение нижнего отдела лица, западение губ, резкую выраженность носогубных и подбородочных складок, обилие мягких тканей вокруг ротовой щели, опущение углов рта. При определении высоты нижнего отдела лица анатомо-физиологическим методом окклюзионная высота значительно меньше высоты нижнего отдела лица при физиологическом покое нижней челюсти.

4.Нормализация высоты нижнего отдела лица.		При понижении высоты прикуса накладывают восковую размягченную полоску на нижние и верхние зубы, в зависимости от того, видны ли зубы из-под верхней губы и снова определяют высоту прикуса, увеличивая ее соответствующим образом.
5.Определение смещения нижней челюсти вперед.		При смещении нижней челюсти вперед во время определения центрального соотношения челюстей, на этапе проверки восковых композиций отмечают контакт зубов в боковых участках зубных рядов, между передними зубами образуется щель.
6. Коррекция смещения нижней челюсти вперед.		Для исправления этой ошибки накладывают хорошо разогретые полоски воска на жевательные поверхности нижних зубов с левой и правой стороны и вновь определяют мезиодистальное соотношение челюстей.
7. Определение смещения нижней челюсти в сторону. а. Вправо; б. Влево.		На этапе проверки конструкции протезов отмечается: преимущественно бугорковое смыкание боковых зубов слева, просвет между боковыми справа, повышение прикуса, смещение центра нижнего зубного ряда влево. Преимущественно бугорковое смыкание боковых зубов справа, просвет между боковыми слева, повышение прикуса, смещение центра нижнего зубного ряда вправо.
8. Коррекция смещения нижней челюсти в сторону.		Для исправления этих ошибок накладывают хорошо разогретые полоски воска на жевательные поверхности зубов с левой и правой стороны и вновь определяют мезиодистальное соотношение челюстей.

ТЕМЫ УИРС:

1. Нарисовать отклонение моделей от центрального соотношения (смещение нижней модели вперед).
2. Нарисовать отклонение моделей от центрального соотношения (приближение модели друг к другу во фронтальном участке).
3. Реферат: причины врачебных ошибок при определении центрального соотношения челюстей.
4. Реферат: методы определения центрального соотношения челюстей.

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Объясните, из каких этапов складывается «проверка восковых конструкций протезов»?
2. Что значит «определить и зафиксировать центральное соотношение челюстей»?
3. Дайте определению «центральная окклюзия».
4. Какие виды окклюзии известны?
5. Объясните, чем обоснованы ошибки при определении центрального соотношения челюстей?
6. Объясните, как клинически проявляются ошибки, обусловленные смещением нижней челюсти назад, вперед?

7. Объясните, как клинически проявляются ошибки, обусловленные при определении центрального соотношения челюстей, смещением нижней челюсти вправо, влево?

Тестовые задания

1. Искусственные пластмассовые зубы соединяются с базисом пластиночного протеза
 - № 1. механически
 - № 2. химически
 - № 3. с помощью клея

2. Искусственные фарфоровые зубы укрепляются в базисе пластиночного протеза
 - № 1. механически
 - № 2. химически
 - № 3. с помощью клея

3. Укрепление фронтальных фарфоровых зубов в базисе пластиночного протеза достигается с помощью
 - №1. цилиндрических крапмонов
 - №2. пуговчатых крапмонов
 - №3. полостей внутри зуба

4. При нанесении ориентиров для постановки искусственных зубов линия, опущенная от крыла носа, соответствует
 - №1. медиальной поверхности клыка
 - №2. дистальной поверхности клыка
 - №3. середине клыка
 - №4. середине первого премоляра
 - №5. постановке центральных и боковых резцов

5. С помощью речевых проб и двигательных функций можно определить
 - №1. соотношение челюстей до потери зубов
 - №2. величину вертикального перекрытия зубов
 - №3. оптимальную высоту нижней трети лица
 - №4. величину межокклюзионного промежутка покоя

6. Произношение фонемы «С» даёт информации
 - №1. об оптимальном сагиттальном соотношении передних верхних и нижних зубов
 - №2. о степени вертикального перекрытия нижних зубов верхними (или наоборот)
 - №3. о выявлении аномального соотношения челюстей
 - №4. о выявлении привычки прокладывания языка между зубами

7. При постановке зубов на верхней челюсти важен следующий ориентир
 - №1. центральная линия лица
 - №2. форма альвеолярных отростков
 - №3. выраженность свода нёба
 - №4. топография пассивно подвижной слизистой

8. При постановке зубов на беззубой нижней челюсти можно использовать такой ориентир
 - № I. альвеолярный отросток

- № 2. треугольник Паунда
- №3. величина угла пересечения межальвеолярной линии с окклюзионной плоскостью
- № 4. челюстно-подъязычная линия
- № 5. соотношение с зубами верхней челюсти
9. Определите показания к анатомической постановке зубов (по Гизи)
- №1. ортогнатическое соотношение зубных рядов со всеми его признаками
- № 2. незначительная атрофия альвеолярных отростков
- № 3. наличие легко определяемого центрального соотношения челюстей
- № 4. преобладание вертикальных движений нижней челюсти
10. Искусственные зубы для съёмных протезов изготавливают из
- №1. КХС
- № 2. золота 900°
- № 3. акриловой пластмассы
- № 4. серебряно-палладиевого сплава
11. Ориентиром для расположения центральных резцов служит расположение № 1. крыльев носа
- № 2. уздечки верхней губы
- № 3. центральной линии лица
- №4. филтрума верхней губы
12. При ортогнатическом прикусе во время смещения нижней челюсти в сторону одноимённый бугорковый контакт наблюдается на стороне
- №1 рабочей
- №2 балансирующей
- №3 рабочей и балансирующей
13. При максимальном открывании рта суставные головки нижней челюсти устанавливаются относительно ската суставного бугорка
- №1 у основания
- №2 на середине
- №3 у вершины
14. Угол сагиттального суставного пути (по Гизи) в среднем равен
- №1 33 градуса
- №2 37 градусов
- №3 40 градусов
15. Угол сагиттального резцового пути (по Гизи) в среднем равен
- №1 20-30 градусов
- №2 40 - 50 градусов
- №3 55-60 градусов
16. При выдвигении нижней челюсти вперёд её суставная головка движется в направлении
- №1 вперёд
- №2 вперёд и в сторону
- №3 вниз и в сторону

17. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне, противоположной направлению смещения, совершает движения

№1 вперед, вниз и внутрь

№2 вперед

№3 вокруг собственной оси

18. При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига совершает движения

№1 вниз и вперед

№2 вперед

№3 вокруг собственной оси

19. Угол трансверзального суставного пути (по Гизи) в среднем равен

№1 17 градусов

№2 26 градусов

№3 33 градуса

20. Угол трансверзального резцового пути (готический угол) равен

№1 40 - 60 градусов

№2 80 - 90 градусов

№3 100-120 градусов

21. Резцовой точкой называют место, находящееся между центральными резцами у

№1 режущего края зубов верхней челюсти

№2 десневого сосочка верхней челюсти

№3 режущего края зубов нижней челюсти

№4 десневого сосочка нижней челюсти

22. Расстояние между резцовой точкой и суставными головками нижней челюсти в среднем равно (по Бонвиллю)

№1 7см

№2 10 см

№3 14,5 см

23. Назовите ориентиры, с помощью которых на загипсованных в окклюдатор или артикулятор моделях определяется вид постановки искусственных зубов

№1 направление межальвеолярных (интеральвеолярных) линий

№2 горизонтальная плоскость

№3 угол, образованный межальвеолярной линией с горизонтальной плоскостью

24. При полном отсутствии зубов угол менее 80 градусов, образованный межальвеолярными линиями и горизонтальной плоскостью, является показанием к постановке искусственных зубов по типу

№1 ортогнатическому

№2 прогеническому

№3 прогнатическому

25. Прогенический тип постановки искусственных зубов у лиц при полном отсутствии зубов предусматривает

№1 12 зубов на верхней челюсти, 14 зубов на нижней челюсти

№2 по 14 зубов на верхней и нижней челюстях

№3 12 зубов на нижней челюсти, 14 зубов на верхней челюсти

26. Постановка искусственных зубов с созданием окклюзионной кривой обеспечивает при выдвигании нижней челюсти вперёд контакт между зубами

- №1 в переднем отделе
- №2 в боковых отделах
- №3 в переднем и боковых отделах

27. При постановке зубов в окклюдаторе выверяют окклюзии

- №1 боковые левые
- №2 боковые правые
- №3 передние
- №4 центральная

28. Для постановки зубов в индивидуальном артикуляторе необходимо

- №1. функциональные оттиски
- №2. провести внеротовую запись движений нижней челюсти
- №3. провести внутриротовую запись движений нижней челюсти

29. Перекрёстная постановка искусственных зубов при изготовлении полных съёмных протезов применяется при соотношении челюстей

- №1. ортогнатическом
- №2. прогеническом
- №3. прогнатическом
- №4. Прямом

30. На этапе проверки конструкции протеза в клинику поступает

- №1. восковой базис с окклюзионными валиками на гипсовой модели
- №2. пластмассовый базис с зубами
- №3. восковой базис с зубами на гипсовой модели
- №4. восковой базис с зубами на гипсовой модели в окклюдаторе

31. Этап проверки конструкции пластиночного протеза начинают

- №1. с определения высоты нижнего отдела лица
- №2. с введения протеза в полость рта
- №3. с введения в полость рта восковых базисов с зубами
- №4. с оценки качества изготовления конструкции на гипсовой модели в окклюдаторе

32. Наличие бугоркового контакта боковых искусственных зубов с антагонистами, а во фронтальном участке - разобшение, на этапе проверки конструкции протеза связано

- №1. с неправильным подбором искусственных зубов
- №2. со смещением нижней челюсти вперёд при определении центральной окклюзии
- №3. со смещением нижней челюсти в сторону при определении центральной окклюзии

33. Переход акриловой пластмассы из пластичного состояния в твёрдое происходит за счёт реакции

- №1. кристаллизации
- №2. вулканизации
- №3. полимеризации

34. При замене воскового базиса съёмного протеза на пластмассу с использованием прямого способа гипсовки моделей после раскрытия кюветы

№1. в основании находится модель с искусственными зубами, поставленными на приточке, в верхней части - зубы, установленные на искусственной десне
№2. в основании находятся искусственные зубы, в верхней части - модель
№3. В основании находится модель, искусственные зубы, в верхней части контроформа

35. При замене воскового базиса съёмного протеза на пластмассу с использованием обратного способа гипсовки моделей после раскрытия кюветы

№1. в основании находится модель с искусственными зубами, поставленными на приточке, в верхней части - зубы, установленные на искусственной десне
№2. в основании находится модель, искусственные зубы, в верхней части - контроформа
№3. в основании находятся искусственные зубы, в верхней части - модель

36. При замене воскового базиса съёмного протеза на пластмассу с использованием комбинированного способа гипсовки моделей после раскрытия кюветы

№1. в основании находится модель, искусственные зубы, в верхней части - контроформа
№2. в основании находятся искусственные зубы, в верхней части - модель
№3. в основании находится модель с искусственными зубами, поставленными на приточке, в верхней части - зубы, установленные на искусственной десне

37. При прямом методе гипсовки искусственные зубы после разъединения частей кюветы

№1. остаются в основании кюветы вместе с моделью
№2. переходят в верхнюю часть кюветы
№3. частично переходят, частично остаются

38. При обратном методе гипсовки искусственные зубы после разъединения частей кюветы

№1. остаются в основании кюветы вместе с моделью
№2. переходят в верхнюю часть кюветы
№3. частично переходят, частично остаются

39. При комбинированном методе гипсовки искусственные зубы после разъединения частей кюветы

№1. остаются в основании кюветы вместе с моделью
№2. переходят в верхнюю часть кюветы
№3. боковые переходят в верхнюю часть кюветы, передние остаются в основании кюветы

40. Внутренние напряжения в базисе пластиночного протеза возникают при

№1. несоблюдение режима подготовки пластмассы перед паковкой в кювету
№2. нарушение режима прессовки пластмассового теста в кювету
№3. нарушение режима полимеризации пластмассы
№4. некачественной обработке поверхностей базиса протеза

41. Комбинированный метод гипсовки применяют, когда

№1. передние зубы поставлены на приточке, а боковые - на искусственной десне
№2. зубы поставлены на искусственной десне
№3. изготавливают полный съёмный протез

42. Примерное соотношение полимера и мономера при замешивании пластмассы (в объёмных частях)
- №1. 1:1
 - №2. 1:2
 - №3. 1:3
 - №4. 1:4
43. После смешивания полимера и мономера пластмассы ёмкость с массой следует
- №1. поместить в воду комнатной температуры до созревания
 - №2. оставить на открытом воздухе на 30 - 40 минут
 - №3. плотно закрыть
44. Паковка пластмассы в кювету проводится на стадии
- №1. песочной
 - №2. тянущихся нитей
 - №3. тестообразной
 - №4. резиноподобной
45. Для полимеризации пластмассы кювету помещают в воду
- №1. холодную
 - №2. с температурой 60 градусов
 - №3. кипящую
46. При полимеризации пластмассы кювету помещают
- №1. в холодную воду и нагревают до 100 градусов, через 50 - 60 минут уменьшают нагрев до 60 градусов и выдерживают 30-40 минут, затем в той же воде охлаждают
 - №2. в кипящую воду на 50 - 60 минут, после чего охлаждают в холодной воде
 - №3. в воду комнатной температуры, медленно доводят до 80 градусов, затем доводят температуру до 100 градусов, через 50 - 60 минут охлаждают в той же воде
47. При полимеризации пластмассы быстрый нагрев кюветы приводит к образованию в базисе протеза
- №1 трещин
 - №2. газовой пористости
 - №3. гранулярной пористости
48. Гранулярная пористость базиса протеза возникает из - за следующих причин
- №1. быстрый нагрев кюветы
 - №2. недостаточное сжатие пластмассы
 - №3. быстрое охлаждение кюветы
 - №4. испарение мономера с не закрытой созревающей пластмассы
49. Газовая пористость базиса протеза возникает из - за следующих причин
- №1. быстрый нагрев кюветы
 - №2. недостаточное сжатие пластмассы
 - №3. быстрое охлаждение кюветы
 - №4. испарение мономера с не закрытой созревающей пластмассы
50. Припасовка съёмного пластиночного протеза в полости рта производится с помощью
- №1. химического карандаша
 - №2. гипса

№3. окклюзионной бумаги

51. Припасовка съёмного пластиночного протеза производится

№1. зубным техником на модели

№2. врачом в полости рта

№3. зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

52. Быстрое нагревание пластмассы при полимеризации приводит к образованию

№1. трещин

№2. газовой пористости

№3. мраморности

53. К пластмассам холодного отверждения относятся

№1. Синма М

№2. этакрил

№3. фторакс

№4. протакрил

54. Объёмное соотношение мономера и полимера при подготовке пластмассового «теста»

№1. 1:1

№2. 1:2

№3. 1:3

№4. 1:4

55. Базис съёмного протеза подлежит

№1. обработке плазмой тлеющего разряда

№2. полировке

№3. нанесению композиционного покрытия

56. Лабораторная перебазировка протезов допустима

№ 1. при недостаточном восстановлении функции жевания

№ 2. при изменении формы альвеолярного отростка после непосредственного протезирования

№ 3. при незначительном снижении высоты нижней трети лица

№ 4. при необходимости уточнения прилегания базиса к протезному ложу

57. Применение эластичной пластмассы целесообразно

№ 1. при протезировании в ранние (после удаления) сроки

№ 2. при очень резкой атрофии альвеолярных отростков

№ 3. для изготовления временных лечебных и непосредственных протезов

№ 4. для облегчения адаптации к съёмным протезам пожилых людей

№ 5. при экзостозах

58. Металлические базисы применяются

№1. у больных с бруксизмом

№ 2. у лиц с мощной жевательной мускулатурой

№ 3. при частых поломках пластмассового базиса

59. Базис полных съёмных протезов может быть изготовлен из

№1. фарфора

№2. композита

№3. пластмассы

60. Для проверки клинического этапа «Проверка конструкции съёмного протеза» из лаборатории получают

№1. модели с восковыми базисами и окклюзионными валиками

№2. модели с восковыми базисами и искусственными зубами

№3. модели с восковыми базисами и искусственными зубами, зафиксированными в артикуляторе

№4. восковые базисы с искусственными зубами

№5. неполированные протезы

Ситуационные задачи:

1. У больной Н., 65 лет, после наложения съёмных протезов отмечается укорочение нижнего отдела лица, западение губ, резкая выраженность носогубных и подбородочных складок, углы рта опущены. Больная отмечает шум в ушах, головную боль. а. Объясните данные симптомы; б. Какая ошибка допущена при протезировании больной?

2. Больному У., 73 года, были сданы полные съёмные протезы, через неделю он пришел с жалобами на боли в жевательных мышцах, затрудненное пережевывание пищи, стук зубов при разговоре. Какая ошибка допущена при протезировании больного и как она может быть исправлена?

3. У больной К., при сдаче полных съёмных протезов отмечено: прогнатическое соотношение зубных рядов, преимущественно бугорковое смыкание боковых зубов, просвет между передними зубами. Чем вы это объясните?

4. У больной при проверке конструкции протезов выявлено значительное перекрытие верхними передними зубами нижних, просвет между боковыми зубами. Почему это произошло?

Тема: «Припасовка и наложение пластиночных протезов при полном отсутствии зубов. Правила пользования данными конструкциями. Правила коррекции съёмных протезов».

Цель занятия:

- Научиться припасовывать и накладывать полные съёмные протезы;
- Научиться давать рекомендации больным пользующимся полными съёмными протезами;
- Научиться проводить коррекцию полных съёмных протезов.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Требования, предъявляемые к полным съёмным протезам;

Студент должен уметь:

- Оценить качество изготовления данных конструкций;
- Припасовать и наложить протезы;
- Дать рекомендации больным по уходу за протезами;
- Провести коррекцию протезов.

Материалы для выполнения практического занятия.

Ориентировочная основа действия темы:

«Припасовка и наложение пластиночных протезов. Правила пользования данными конструкциями. Правила коррекции съёмных протезов»

Этапы действия	Материальное оснащение	Критерии и формы самоконтроля
----------------	------------------------	-------------------------------

<p>1. Усадите больного в кресло, приготовьте инструменты.</p>	<p>Протезы, лоток с инструментами, наконечник, бор машина, корундовая головка для обработки пластмассы, фреза, чашка с водой.</p>	<p>Придайте больному правильное положение в кресле, подсоедините наконечник к рукаву бормашины, вставьте в него карборундовую головку. Возьмите верхний протез и внимательно осмотрите его (обратите внимание на остатки гипса, заусеницы, острые края, оцените качество полировки). Если есть вышеперечисленные недостатки, устраните их. Промойте протез в чашке с водой, попросите больного открыть рот и введите протез в полость рта. Затем осмотрите нижний протез, устраните имеющиеся недостатки и введите протез в рот.</p>
<p>2. Проверка протеза в полости рта.</p>		<p>После того как протез был наложен на место, нигде не отстает и не балансирует на протезном ложе, предлагают больному закрыть рот в положении центральной окклюзии. Если нет множественного Контакта зубов, то сложенную вдвое копировальную бумагу накладывают на поверхности жевательных зубов нижней челюсти и просят больного несколько раз сомкнуть и разомкнуть челюсти (смыкать до положения центральной окклюзии). Выявленные на буграх искусственных зубов точки подлежат шлифовыванию. При сдаче протеза проверяют также боковые и переднезадние движения нижней челюсти, искусственные зубы на которых поднимается прикус, особенно клыки, шлифовывают, добиваются такого состояния, чтобы при движении нижней челюсти наблюдался контакт между наибольшим количеством зубов. Передние верхние зубы также укорачивают, если они сильно перекрывают нижние зубы.</p> <p>Пришлифовыванием зубов также необходимо ликвидировать сдвиг протеза, который вызывается одновременным смыканием нижнего ряда с верхним на всем протяжении.</p> <p>Если больной указывает на болевые ощущения в области мягких тканей, что может быть обусловлено неправильно определенными границами протеза или неравномерным распределением жевательного давления. В первом случае необходимо укоротить границы протеза или же истончить край протеза. Во втором случае уменьшают жевательное давление в этой области путём шлифовывания точек на жевательной поверхности зубов, прилегающих наиболее плотно друг к другу и обнаруженных копировальной бумагой.</p> <p>Особое внимание следует обратить на участки протеза, прилегающие к губным и язычным</p>

		уздечкам, а также щечно-десневым и крылочелюстным складкам. Протез должен прилегать к указанным анатомическим образованиям и не препятствовать их свободному движению.
3. Наставление больному по уходу за протезом.		<p>Наложив протез на челюсти больному нужно дать следующие наставления:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Имея протез, следует им пользоваться, не снимая его во время еды и разговора; • После привыкания к протезам их следует снимать во время сна; <p>Протезы подлежат систематическому уходу. Их следует мыть холодной водой с мылом и чистить зубной щеткой;</p> <ul style="list-style-type: none"> • После извлечения протезов из полости рта на время сна их следует вычистить и вымыть. Вне рта протезы следует сохранять в сухом виде в специально приспособленной для этого коробочке. • Если протезы причиняют боль, их следует снять и обратиться к врачу: за 2 - 3 часа до прихода к врачу протезы нужно надеть, для того чтобы была видна причина, вызывающая болевые ощущения; • сам больной не должен делать поправки в протезах во избежание их порчи; • при появлении трещин в протезе или поломке его пользоваться протезом нельзя; • через 4-5 лет протезы подлежат замене; <p>Бывает так, что больной не всегда остается довольным протезами тут же после сдачи: протез плохо присасывается, причиняет неудобство, болезненность, вызывает рвотные движения и т.д. в этом случае пациенту говорят, что все эти явления пройдут через некоторое время.</p>
4. Правила коррекции полных съемных протезов.		

ТЕМЫ УИРС:

1. Реферат: «Адаптация больных к полным съемным протезам».
2. Реферат: «Влияние полных съемных протезов на ткани протезного ложа».

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Расскажите, какие требования должны быть предъявлены правильно изготовленному протезу?
2. Что значит «оценить качество изготовления полных съемных протезов».
3. Как вы понимаете выражение «припасовать протез»?

4. Какие рекомендации вы дадите пациенту при пользовании протезами данной конструкции?
5. Чем обусловлено нарушение речи при пользовании протезами в начальный период?
6. Каким образом следует проводить коррекцию протезов?
7. Расскажите, с какой целью создается множественный контакт зубов в передней и боковых окклюзиях?
8. Через сколько лет следует заменять протезы и почему?
9. Почему протезы необходимо снимать во время сна?
10. Где следует хранить протезы вне полости рта?

Тестовые задания

1. Под непосредственным пластиночным протезом процессы регенерации лунки зуба
 - №1 замедляются
 - №2 ускоряются
 - №3 не изменяются
2. Быстрое охлаждение кюветы приводит к образованию в базе протеза
 - №1. газовой пористости
 - №2. гранулярной пористости
 - №3. внутренних напряжений
3. Съёмный пластиночный протез после приёма пищи необходимо
 - №1. промыть водой
 - №2. протереть спиртом
 - №3. обработать крепким раствором марганцовки
4. Съёмный пластиночный протез ночью необходимо хранить
 - №1. в кипячёной воде
 - №2. в спиртовом растворе
 - №3. в сухом виде
 - №4. в растворе марганцовки
5. Пациенту рекомендуется являться на первую коррекцию съёмного пластиночного протеза
 - №1. по мере возникновения боли
 - №2. на следующий день после наложения протеза
 - №3. через неделю после наложения протеза
6. Питательную соду добавляют в воду при хранении съёмных протезов с целью
 - №1. дезодорирования
 - №2. уничтожения грибков Candida
 - №3. уничтожения привкуса пластмассы
7. Срок пользования съёмным пластиночным протезом (после чего его необходимо заменить новым)
 - №1. 0.5-1 год
 - №2. 2-3 года
 - №3. 5-6 лет
 - №4. 7-8 лет

№5 не ограничен

8. Пользование неудовлетворительным протезом может вызвать

№1. снижение эффективности жевания

№2. рвотный рефлекс

№3. десинхроноз

9. Причиной повышенного рвотного рефлекса может быть

№ 1. неплотное прилегание протеза в дистальных отделах

№ 2. удлиненный дистальный край протеза

№ 3. недостаточная изоляция турса

№ 4. неравномерное смыкание зубных рядов, сужение зубных рядов

10. Мягкие подкладки съемных пластиночных протезов показаны

№ 1. при сухой мало податливой слизистой оболочке

№ 2. при гипертрофированной слизистой оболочке

№ 3. при "болтающемся" альвеолярном гребне

№ 4. при повышенном рвотном рефлексе

Ситуационные задачи:

1. Больной К., 68 лет, изготовлены полные съемные протезы, через день появилась боль, покраснение в области уздечки верхней губы и по линии «А», была проведена коррекция протеза, после чего он стал плохо фиксироваться. Какая ошибка была допущена при коррекции?

2. Больной У., 73 года, были изготовлены полные съемные протезы, через три месяца после протезирования речь больной не восстановилась. В чем причина, и каким образом этот дефект может быть исправлен?

3. Больной Е., 65 лет, при припасовке полных съемных протезов травмировали слизистую оболочку в области твердого неба. Как врач должен поступить в данной ситуации?

4. У больной Ю., 68 лет, при припасовке полных съемных протезов врач отметил балансирование верхнего протеза, как о должен поступить в данной ситуации?

Тема: «Врачебная тактика ведения больных при полном отсутствии зубов на одной из челюстей».

Цель занятия: научиться правильно выбирать тактику лечения больных при полном отсутствии зубов на одной челюсти.

Продолжительность занятия 3 часа.

Перечень навыков и умений, которыми должен овладеть студент в результате усвоения материала занятия.

Студент должен знать:

- Методы обследования больного при полном отсутствии зубов и деформациях зубных рядов;
- Учение о фиксации протезов на беззубой челюсти;
- Топографические особенности мест прикрепления мышц на беззубых челюстях и зависимость их от степени атрофии альвеолярных отростков и тела челюсти;
- Классификацию беззубой верхней и нижней челюсти;
- Методы получения слепка с беззубой челюсти с учетом конкретных клинических условий;
- Методы определения центрального соотношения беззубых челюстей;
- Специальную подготовку к протезированию при полном отсутствии зубов;
- Реакцию тканей протезного ложа;

- Клинику деформаций зубных рядов и методы исправления нарушений окклюзии;
- Изменения височно-нижнечелюстного сустава при полном отсутствии зубов и деформациях зубных рядов.

Студент должен уметь:

- Сформировать окклюзионную плоскость по методу К.К. Кубелькова;
- Выбрать материал для получения рабочего и вспомогательного слепка;
- Припасовать индивидуальную ложку (жесткую);
- Наложить полный съемный пластиночный протез;
- Пришлифовать естественные и искусственные зубы.

Логико-дидактическая структура по теме:

«Врачебная тактика ведения больных при полном отсутствии зубов на одной челюсти».

Клинические этапы	Лабораторные этапы
Начало	
Заполнение истории болезни.	
Обследование.	
Формирование окклюзионной поверхности по методу К.К. Кубелькова.	
Получение рабочего и вспомогательного слепка с беззубой челюсти и челюсти с зубами.	Изготовление моделей. Изготовление индивидуальной жесткой ложки для беззубой челюсти.
Припасовка индивидуальной жесткой ложки.	Изготовление модели.
Получение функционального слепка с беззубой челюсти.	Изготовление шаблона с прикусными валиками.
Определение центрального соотношения челюстей.	Постановка зубов.
Проверка конструкции протеза.	Окончательная моделировка базиса протеза, замена воска базисным материалом и полимеризация.
Наложение полного съемного протеза.	
Окончательное шлифование естественных и искусственных зубов.	
Наставления больному.	

Ориентировочная основа действия темы:

«Врачебная тактика ведения больных при полном отсутствии зубов на одной челюсти».

Этапы действия	Материальное оснащение	Критерии и формы самоконтроля
1. Усадите больного в стоматологическое кресло.	Стоматологическое кресло.	Подголовник кресла установите в такое положение, чтобы голова больного имела небольшое смещение кзади.

<p>2. Приступите к расспросу: а. Выявите жалобы;</p> <p>б. Анамнез данного заболевания. Спросите с чем больной связывает свое заболевание, о давности процесса, проводимом ранее ортопедическом лечении и его результатах, о частоте обращаемости за стоматологической помощью.</p>		<p>Если больной обратился впервые, то жалобы могут быть следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> • На полную утрату зубов на одной из челюстей, затрудненное пережевывание пищи, боли в области височно-нижнечелюстного сустава. <p>При повторном обращении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • На смещение протеза во время пережевывания пищи, частые поломки протеза. <p>Зубы могут быть удалены в результате осложнений кариеса, пародонтита, травмы опухоли. Давность процесса может быть различной. Если больной ранее протезировался, то в анамнезе может упоминаться о частых поломках протеза (2-3 раза в год).</p>
<p>3. Проведите внешний осмотр: а. Преддверие полости рта; б. Беззубой челюсти; в. Проведите обследование сохранившегося зубного ряда;</p>		<p>Осмотрите методические рекомендации: «Обследование больного в клинике ортопедической стоматологии».</p> <p>Наиболее типичными являются следующие деформации зубного ряда:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если зубы отсутствуют на верхней челюсти, то происходит вертикальное перемещение нижних зубов (зубоальвеолярное удлинение с обнажением части корня и без обнажения) и наоборот, когда отсутствуют зубы на нижней челюсти, то может происходить перемещение зубов верхней челюсти. Зубы могут достигать слизистой оболочки альвеолярного отростка противоположной челюсти, сокращая пространство для протеза.
<p>4. Сформируйте окклюзионную поверхность по методу К.К. Кубелькова.</p> <ul style="list-style-type: none"> • После установления высоты нижней части лица и оформления окклюзионной плоскости по носо-ушной и 	<p>Стоматологическое кресло, лоток с инструментами, сферическая подковообразная пластина толщиной 9 мм, имеющая вырезку для зубов (пластинку устанавливают вместо</p>	

<p>фронтальной линиям на верхнем восковом валике соответствующим образом ориентируйте и устанавливайте сферическую пластинку, верхняя губа является дополнительным ориентиром для установки сферической пластинки во фронтальном участке. Нижние зубы через вырез в пластинке погружаете в размягченный воск верхнего валика, после чего карандашом проведите линию на зубах в соответствии с контуром сферической пластинки. Базис с восковым валиком и аппарат выводите из полости рта, и отливайте гипсовую модель, на полученную модель переносите сначала сферической пластины, а затем наносите вторую линию параллельную первой и выше ее на толщину сферической пластины - 2 мм. Затем в точном соответствии со второй линией производите укорачивание или восстановление длины зубов.</p>	<p>интраоральной части аппарата (Н.И. Ларина).</p>	
<p>5. Снимите рабочий и вспомогательный слепок.</p>	<p>Слепочные ложки, слепочная масса, резиновая чашка, шпатель.</p>	<p>Смотрите методические рекомендации. При выборе метода получения слепка следует отдать предпочтение методу закрытого рта, т.к. оттиск получаемый подобным образом обеспечивает максимальное использование податливости слизистой железистой зоны «А». Выбор методики получения слепка с беззубой нижней челюсти определяется характером слизистой оболочки и степени атрофии.</p>

Логико-дидактическая структура по теме: «Цель оформления окклюзионной поверхности зубного ряда»

1. Улучшить функцию жевания.
2. Улучшить стабилизацию полного съемного протеза.
3. Предотвратить функциональную перегрузку оставшихся зубов и альвеолярного отростка.
4. Повысить качество протезов в соответствии с эстетическими и фонетическими требованиями.

ТЕМЫ УИРС:

1. Методы устранения вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубного ряда.
2. Подготовка окклюзионной поверхности сохранившегося деформированного зубного ряда при полном отсутствии зубов на другой челюсти.
3. Выбор слепочного материала и методика получения оттиска с беззубой челюсти с учетом конкретных клинических условий.
4. Морфологические обоснования избирательного пришлифовывания зубов.

Задание для проверки конечного уровня усвоения учебного материала:

1. Почему протезирование беззубой челюсти при наличии зубов на противоположной челюсти представляет определенные трудности?
2. Почему хорошо фиксирующийся протез нередко смещается во время различных движений?
3. Методика получения оттиска с беззубой верхней челюсти.
4. Показания к применению металлического базиса.
5. Почему предпочтение отдается хромокобальтовому сплаву для изготовления базиса полного съемного протеза на верхнюю челюсть?
6. Методика целенаправленного ориентировочного исправления вертикальных деформаций окклюзионной поверхности зубного ряда.

Ситуационные задачи

1. Больная Д. жалобы на частые поломки верхнего полного съемного протеза пластиночного протеза, в связи с чем в течение последних пяти лет было изготовлено 11 протезов. Диагноз: Полное отсутствие зубов на верхней челюсти. На нижней челюсти имеются все зубы. Бруксизм.
2. Больная М. жалобы на смещение протеза во время пережевывания пищи.
Диагноз: Полное отсутствие зубов на верхней челюсти. На нижней имеются все зубы, в области 1567 – зубо-альвеолярное удлинение, с оголением корней зубов на 1/2. Протез верхней челюсти фиксируется хорошо.

Тестовые задания

1. Полная адаптация к съёмному пластиночному протезу по В.Ю. Курляндскому наступает в среднем через
 - №1. 7 дней
 - №2. 14 дней
 - №3. 33 дня
2. Фаза раздражения, по В.Ю. Курляндскому, при адаптации к съёмному пластиночному протезу, длится в среднем
 - №1. 24 часа

№2. 48 часов

№3. 72 часа

3. Фаза полного торможения, по В.Ю. Курляндскому, при адаптации к съёмному пластиночному протезу, длится в среднем (дни)

№1. с 5 по 33

№2. со 2 по 38

№3. с 10 по 40

4. При наличии сильных болей перед коррекцией съёмного пластиночного протеза больному рекомендуется

№1. не снимать протез до посещения врача

№2. снять протез и одеть его за 3 - 4 часа перед коррекцией

№3. снять протез и прийти к врачу

5. Пациент К. после наложения съёмного пластиночного протеза жалуется на усиленную саливацию, однако дикция восстанавливается, повышенный рвотный рефлекс угасает, жевательная эффективность начинает восстанавливаться. Укажите фазу адаптации по В.Ю. Курляндскому

№1. раздражения

№2. частичного торможения

№3. полного торможения

6. Пациент К. после наложения и пользования съёмным пластиночным протезом отмечает, что начал хорошо пережёвывать пищу, исчезли боли в жевательных мышцах, нет ощущения протеза как инородного тела. Укажите фазу адаптации по В.Ю. Курляндскому

№1. раздражения

№2. частичного торможения

№3. полного торможения

7. Для ускорения адаптации к съёмному протезу после его наложения рекомендуется

№1. не снимать протез в течение недели

№2. пользоваться протезом в течение дня и снимать на ночь в первую неделю

№3. пользоваться протезом в течение дня и по возможности не снимать на ночь первую неделю

№4. следовать указаниям врача

8. Первая коррекция съёмного пластиночного протеза проводится

№1. в день наложения протеза

№2. на следующий день после наложения протеза

№3. через неделю после наложения протеза

№4. через месяц

№5. только при появлении болей

9. Этап получения слепка при починке съёмного пластиночного протеза отсутствует

№1. при переломе или трещине базиса

№2. при необходимости установке дополнительного зуба

10. При починке протеза (перелом базиса) пластмассами горячего отвердения применяется способ гипсовки в кювету

- №1. прямой
- №2. обратной
- №3. комбинированный

11. Для проведения починки съёмного пластиночного протеза необходимо снимать вспомогательный слепок

- №1. при переломе базиса
- №2. при трещине базиса
- №3. при постановке дополнительного искусственного зуба

12. Основной задачей при подготовке больных к повторному протезированию является

- №1. нормализация соотношения челюстей и межальвеолярной высоты
- №2. профилактика артропатий
- №3. повышение эффективности жевания
- №4. удовлетворение эстетических запросов
- №5. восстановление функции речи

13. Укажите фактор, определяющий успех адаптации больного к протезу

- №1. качество протезов
- № 2. состояние механизмов иммунной защиты
- № 3. тип высшей нервной деятельности пациента
- № 4. состояние микроциркуляции слизистой полости рта

14. Для эффективной речевой адаптации при ортопедическом лечении больных важно учесть

- № 1. функциональные особенности языка
- № 2. функциональную характеристику жевательных мышц
- № 3. функцию слюнных желез
- № 4. конструкционные особенности

15. В.Ю. Курляндский различает три фазы адаптации к зубным протезам

- № 1. возбуждение, раздражение, состояние комфорта
- № 2. возбуждение, раздражение, торможение
- № 3. раздражение, частичное торможение, полное торможение

16. Сроки проведения первой коррекции съёмного протеза

- №1. на следующий день после наложения протеза
- №2. через неделю после наложения протеза
- №3. при появлении боли под протезом

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);

- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);

- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда института и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей

№ п/п	Наименование раздела (модуля), тема дисциплины (модуля)	Содержание самостоятельной работы обучающихся
	Раздел 1. Анатомические и физиологические особенности в челюстно-лицевой области при длительной адентии и механизмы фиксации протеза.	
1.	Тема 1. Основная классификация беззубых челюстей. Определение высоты прикуса и центральной окклюзии при протезировании беззубых челюстей. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
2.	Тема 2. Потеря фиксированной высоты прикуса. Изменение внешнего вида большого. Восстановление высоты прикуса при повторном протезировании.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
3.	Тема 3. Нарушение функции жевания при полной потере зубов Специальная подготовка беззубых челюстей к протезированию.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
4.	Тема 4. Проблема фиксации протеза на беззубой челюсти.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю

5.	Тема 5. Функциональные оттиски и их классификация.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
Раздел 2. Ортопедическое лечение адентий с использованием имплантатов.		
6.	Тема 1. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Наложение протеза на беззубую челюсть.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
7.	Тема 2. Анатомическая постановка зубов в шарнирном окклюдаторе. Анатомическая постановка искусственных зубов по стеклу.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
8.	Тема 3. Имплантат как опора мостовидного протеза. Имплантат как элемент механической фиксации пластичных протезов при отсутствии зубов. Последовательность клинико-лабораторных методик при одно-, двухэтапной имплантации.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
9.	Тема 4. Ошибки и осложнения при протезировании с опорой на денальные имплантаты.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
	Подготовка к зачету с оценкой	
	Итого СРС 46	

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей.

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема устного реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы.

Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Методическая разработка для обучающегося

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя, студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями по дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может: сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в институте вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения. Задача *вторичного* чтения полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).

- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).

- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).

- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.

- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...

- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).

- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные

для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).

- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

- «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

- Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того на сколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)

2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить, как сами сведения, излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)

3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)

4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;

3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;

4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.

5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные

результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неутомительные занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо вовремя ее восстановить (переписать ее), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного

преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов, презентаций):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.

- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть, о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.

- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).

- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.

- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей.

№ п/п	Наименование раздела (модуля), тема дисциплины (модуля)	Содержание самостоятельной работы обучающихся
	Раздел 1. Анатомические и физиологические особенности в челюстно-лицевой области при длительной адентии и механизмы фиксации протеза.	
1.	Тема 1. Основная классификация беззубых челюстей. Определение высоты прикуса и центральной окклюзии при протезировании беззубых челюстей. Оценка состояния слизистой оболочки протезного ложа беззубых челюстей	Подготовка к учебным аудиторным занятиям; Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю

2.	Тема 2. Потеря фиксированной высоты прикуса. Изменение внешнего вида большого. Восстановление высоты прикуса при повторном протезировании.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
3.	Тема 3. Нарушение функции жевания при полной потере зубов Специальная подготовка беззубых челюстей к протезированию.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
4.	Тема 4. Проблема фиксации протеза на беззубой челюсти.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
5.	Тема 5. Функциональные оттиски и их классификация.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
Раздел 2. Ортопедическое лечение адентий с использованием имплантатов.		
6.	Тема 1. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти. Наложение протеза на беззубую челюсть.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
7.	Тема 2. Анатомическая постановка зубов в шарнирном окклюдаторе. Анатомическая постановка искусственных зубов по стеклу.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
8.	Тема 3. Имплантат как опора мостовидного протеза. Имплантат как элемент механической фиксации пластичных протезов при отсутствии зубов. Последовательность клинико-лабораторных методик при одно-, двухэтапной имплантации.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Работа с периодическими изданиями, нормативно-правовой документацией; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю

9.	Тема 4. Ошибки и осложнения при протезировании с опорой на дентальные имплантаты.	Подготовка к учебным аудиторным занятиям: Проработка теоретического материала учебной дисциплины; Решение практических задач Подготовка к текущему контролю
	Подготовка к зачету с оценкой	
	Итого СРС 46	

4. *Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Современные методы протезирования при атрофии альвеолярных отростков челюстей.*

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы