

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России)



Дентальная имплантация

РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ

*для самостоятельной подготовки и контроля
усвоения компетенции модуля ординаторов, обучающихся
по специальности 31.08.74 – «Стоматология хирургическая»*

Уфа
2019

УДК 616.31-089(075.8)

ББК 56.65я7

Д 33

Рецензенты:

Профессор, д.м.н., заведующий кафедрой челюстно – лицевой хирургии и стоматологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России *И.М. Байриков*

Профессор, д.м.н., заведующий кафедрой челюстно – лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России. *С.С. Ксембаев*

Д 33 **Дентальная имплантация:** раб. тетрадь для самостоятельной подготовки и контроля усвоения компетенции модуля ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.74 – «Стоматология хирургическая»/ Сост.: С.В. Аверьянов, А.З. Мингазева, Л.А. Рябых, Э.И. Галиева. – Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. – 78 с.

Пособие подготовлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.74 – «Стоматология хирургическая» и ООП специальности «Стоматология хирургическая», в основу положены ФЗ от 29.12.2012г. № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая»), утвержденной Министерством образования и науки «1128» 27 августа 2014г. и действующего учебного плана от 24.12.2014.

Представлены задания на различные аспекты дентальной имплантации. Представление материала сопровождается авторскими рисунками, фотографиями данными рентгенологических методов исследования, описанием клинических примеров. В пособии «Рабочая тетрадь» отражены подходы к обследованию пациентов, инструменты, показания и противопоказания к дентальной имплантации.

Предназначено для аудиторной работы ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.74 «Стоматология – хирургическая».

Рекомендовано в печать Координационным научно – методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 616.31-089(075.8)

ББК56.65я7

© Аверьянов С.В., Мингазева А.З.,
Рябых Л.А. Галиева Э.И., 2019

© ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Цель и задачи освоения модуля	5
Разделы модуля и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	6
1. Теоретические аспекты дентальной имплантации	8
1.1. Инструменты для операции дентальная имплантация	10
1.2. Инструменты для препарирования ложа под имплантаты комбинированной формы	12
1.3. Инструменты для установки имплантатов и их компонентов	12
2. Хирургические свёрла	15
3. Этапы дентальной имплантации	18
4. Шовные материалы, используемые в дентальной имплантации	20
5. Основы формирования лоскутов и швов в стоматологии	25
Контрольные вопросы по теме	29
Задания для контроля уровня усвоения темы	30
Тестовые задания для итогового контроля знаний	35
Ситуационные задачи для контроля уровня усвоения темы	43
Эталоны ответов к тестовым заданиям	76
Литература	77

ВВЕДЕНИЕ

Данное учебное пособие подготовлено с целью обеспечения качества подготовки клинических ординаторов, приобретения базовых знаний по разделу «Дентальная имплантация».

Авторами в доступной форме составлены задания с рисунками, которые являются ориентиром для самостоятельной внеаудиторной подготовки по темам занятий раздела «Дентальная имплантация», освоения специального инструментария, техники оперативного вмешательства, профилактики осложнений, обусловленных нарушением указанной техники.

Имеющиеся в учебно-методическом пособии вопросы и тестовые задания позволяют клиническим ординаторам оценить уровень приобретенных знаний.

В заданиях акцентируется внимание на особенностях установки имплантатов на верхней и нижней челюсти. Разбираются ошибки клинических ординаторов при проведении каждого этапа операции по установке дентальных имплантатов.

В процессе изучения модуля обучающиеся осваивают следующие компетенции:

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

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

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

ПК-6 – готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

ПК 7 – готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи;

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

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ

Целью изучения модуля «Дентальная имплантация» является овладение углубленными теоретическими знаниями и практическими навыками по разделу дентальная имплантация.

Задачи:

- изучение общих и частных вопросов современного этапа развития дентальной имплантологии;
- овладение углубленными теоретическими знаниями и практическими навыками обследования больных с полной или частичной адентией;
- овладение углубленными теоретическими знаниями и практическими навыками диагностики, планирования и прогнозирования результатов имплантологического лечения;
- овладение углубленными теоретическими знаниями и практическими навыками хирургических методик имплантологического лечения;
- овладение углубленными теоретическими знаниями и практическими навыками подходов к предупреждению осложнений имплантологического лечения.

**РАЗДЕЛЫ МОДУЛЯ И КОМПЕТЕНЦИИ, КОТОРЫЕ
ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОСВОЕНЫ ПРИ ИХ ИЗУЧЕНИИ**

№ п/п	№ Компе- тенции	Наименование раздела модуля	Содержание раздела в дидактических единицах (темы разделов)
1.	ПК-1	История становления, современное состояние и перспективы развития дентальной имплантологии	История становления стоматологической имплантологии. Нормативно – правовая база. Перспективы и тенденции развития имплантологии как науки. Возможности современной имплантологии. Причины убыли костной ткани в области отсутствующих зубов и их последствия. Проблема выбора – имплантат или мостовидный протез, аргументы за и против. Современное состояние отечественной имплантологии. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
2.	ПК-2	Показания и противопоказания (ограничения) стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.	Анатомические предпосылки стоматологической имплантации. Феномен остеоинтеграции, факторы, влияющие на оптимизацию этого процесса. Морфологические особенности заживления костной раны. Морфологические особенности контактной зоны кость – имплантат. Виды дефектов и деформаций альвеолярной части челюстей. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
3.	ПК-5	Диагностика и планирование имплантации, инструментарий, медикаментозное периоперационное сопровождение.	Диагностика и планирование лечения пациентов с использованием дентальных имплантатов. Основные и дополнительные методы обследования необходимые для проведения планирования лечения с помощью стоматологических имплантатов. Виды хирургических шаблонов и методы их изготовления. Хирургический инструментарий, применяемый для установки дентальных имплантатов и при реконструктивных вмешательствах на челюстных костях. Медикаментозное сопровождение имплантации и связанных с

			ней реконструктивных вмешательств.
4.	ПК-7, ПК-9	Хирургические методики дентальной имплантации.	Виды имплантатов и особенности различных имплантационных систем. Одноэтапный и двухэтапный подходы в использовании дентальных имплантатов. Имплантация в сложных клинических случаях.
5.	ПК-6	Профилактика и лечение осложнений стоматологической имплантации.	Возможные осложнения на этапе установки дентальных имплантатов и способы их устранения. Профилактика и лечение осложнений возникающих в раннем послеоперационном периоде и в отдаленных сроках дентальной имплантации. Обоснование проведения профессиональной гигиены полости рта при имплантации и реконструктивных вмешательствах на челюстных костях.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Имплантационная стоматология стала важнейшей частью протезирования пациентов с полным или частичным отсутствием зубов. Применение имплантатов расширяет доступные возможности по протезированию. Дентальная имплантация стала краеугольным камнем для реабилитации пациентов с концевыми и включенными дефектами зубного ряда. Имплантаты обеспечивают стабильную опору, на которой строятся несъемные или съемные ортопедические конструкции. Они позволяют восстанавливать дефекты зубных рядов без повреждения соседних здоровых зубов.

Имплантаты позволяют восстановить зубной ряд более удобными несъемными конструкциями, при концевых и обширных включенных дефектах, а также при полном отсутствии зубов.

Съемный протез, опирающийся на имплантаты, обеспечивает эффективность процесса жевания на 40 % выше, чем обычный съемный протез.

Имплантаты позволяют провести полноценное ортопедическое лечение полного отсутствия зубов при резко атрофированной нижней челюсти (в том числе при локализации Mental Foramen на вершине альвеолярного гребня), когда обычное съемное протезирование не эффективно.

Имплантаты уменьшают темп резорбции окружающей костной ткани челюсти.

Показания к дентальной имплантации:

1) одиночные дефекты зубного ряда, когда проведение имплантации позволит избежать препарирования расположенных рядом с дефектом зубов;

2) включенные дефекты зубных рядов, когда при помощи имплантации можно избежать препарирования ограничивающих дефект зубов и съемного протезирования;

3) концевые дефекты зубных рядов, при которых имплантация позволяет осуществить несъемное протезирование;

4) полная адентия, когда при помощи имплантации можно провести несъемное протезирование либо обеспечить более надежную фиксацию полных съемных зубных протезов.

Противопоказания к дентальной имплантации.

Существует ряд заболеваний, при которых имплантация, как и любая другая плановая операция, противопоказана:

- 1) хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- 2) нарушения коагуляции и гемостаза;
- 3) ВИЧ и любая другая серопозитивная инфекция;
- 4) психические заболевания.

Существуют также заболевания, физиологические и функциональные состояния, при которых только на определенном отрезке времени выполнение любой операции может нанести вред здоровью пациента, или в данный период состояние организма не позволит достичь положительных результатов оперативного вмешательства:

- 1) острые воспалительные заболевания и острые вирусные инфекции;
- 2) хронические инфекционные заболевания (туберкулез, актиномикоз и т.д.);
- 3) обострение хронических заболеваний;
- 4) высокая степень риска бактериемии (больные с протезами клапанов сердца и перенесшие бактериальный эндокардит, ревматизм);
- 5) недавно перенесенные инфаркт или инсульт;
- 6) беременность и лактация;
- 7) лечение препаратами, ухудшающими регенерацию тканей (гормональная и химиотерапия, прием иммунодепрессантов и т.д.).

К противопоказаниям дентальной имплантации относят остеопатии, а также заболевания центральной нервной системы; патологические процессы, отрицательно влияющие на остеогенез; болезни, лечение которых приводит к нарушениям метаболизма костной ткани; при которых значительно снижена сопротивляемость организма инфекциям, некоторые заболевания и состояния

органов и тканей челюстно-лицевой области, которые не позволят достичь желаемого результата имплантации.

1.1. ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Одним из основополагающих принципов имплантации является атравматичная подготовка костного ложа имплантата и его корректная установка. Обеспечить этот принцип можно только при использовании инструментов, специально предназначенных для препарирования костной ткани и окончательного формирования костного ложа, соответствующего форме и размерам устанавливаемого имплантата.

Инструменты и принципы препарирования костного ложа цилиндрической формы

Для препарирования ложа под цилиндрические и винтовые имплантаты необходимо проводить несколько манипуляций в следующей последовательности:

1. Маркировка места для препарирования. Для этой цели может использоваться шаровидная фреза, которой формируют небольшое углубление. Следует избегать погружения всей рабочей части этого инструмента вглубь компактного слоя, так как, шаровидная фреза не рассчитана на препарирование канала в кости, не обеспечивает эффективный отвод костной стружки и даже при орошении зоны сверления охлаждающим раствором при умеренных скоростях вращения может вызвать перегрев кости. Маркировку места для препарирования можно не проводить, если применять сверло с острым углом заточки (Рис.1). В этом случае одновременно проводится маркировка, и препарирование направляющего канала в кости.

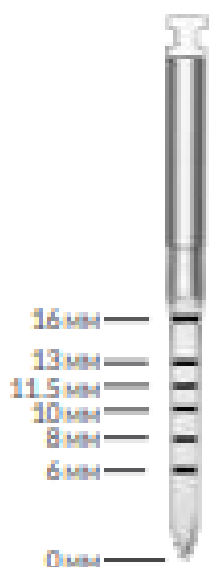


Рис.1. Маркирующее сверло (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)

2. Поэтапное препарирование костного ложа. Препарирование направляющего канала в кости. Для этого используется инструмент диаметром не более 1,8 мм. Это может быть сверло с углом заточки 45 градусов и шагом отводящей костную стружку канавки не более 120 градусов или фреза Линденмана. Препарирование проводится на глубину, соответствующую высоте внутрикостной части имплантата, прерывисто с орошением зоны сверления охлаждающим раствором.

3. Расширение направляющего канала. Для этой цели могут использоваться спиралевидные свёрла с шагом отводящей канавки до 120 градусов и углом заточки от 45 до 90 градусов, а также свёрла с двумя-тремя прямыми отводящими канавками. Для расширения направляющего канала применяется градация инструмента по диаметру. Принцип такой градации заключается в следующем: сверло, которым расширяют канал, должно превышать диаметр сформированного канала не более чем на 0,5-1,0 мм. При расширении направляющего канала может использоваться орошение зоны сверления в сочетании с подачей охлаждающего раствора через канал, проходящий внутри сверла (внутреннее орошение). Однако следует учитывать, что внутреннее охлаждение хотя и является более эффективным, чем наружное, но все равно лучше применять оба способа орошения одновременно, т.к. производительность подачи охлаждающего раствора через канал сверла недостаточна и не обеспечивает реко-

мендуемой интенсивности орошения 500 мл/мин, что может привести к нагреванию кости выше допустимых значений.

4. Окончательное формирование костного ложа. Для установки цилиндрических имплантатов с целью достижения максимально возможной конгруэнтности ложа и внутрикостного элемента применяются развёртки, размеры которых соответствуют размерам имплантата. Для установки винтовых имплантатов окончательное формирование ложа проводится метчиками, повторяющими размеры и профиль внутрикостной части имплантата.

1.2. ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЛОЖА ПОД ИМПЛАНТАТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОРМЫ

Подготовка ложа под цилиндрическую часть таких имплантатов проводится аналогично препарированию ложа цилиндрических имплантатов. При этом соблюдаются все вышеописанные принципы и режимы сверления.

Таким образом, рациональным решением проблемы атравматичной подготовки костного ложа имплантата является:

- 1) использование острого инструмента, обеспечивающего эффективный отвод костной стружки;
- 2) использование соответствующего геометрии инструмента и форме ложа режима скорости вращения;
- 3) орошение зоны сверления охлаждающим раствором;
- 4) использование методики поэтапного препарирования с градацией инструмента по диаметру.

1.3. ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ И ИХ КОМПОНЕНТОВ

Для предупреждения контаминации поверхности имплантата, корректной его установки в костное ложе, а также для установки компонентов имплантата и проведения качественного протезирования необходим набор соответствующих инструментов.

В зависимости от функционального назначения все инструменты для установки имплантатов можно разделить на несколько групп:

I. Имплантоводы - инструменты для установки имплантатов или их внутрикостных элементов в костное ложе. Назначение этих инструментов - фиксация имплантата для предотвращения контакта его внутрикостной части с руками и возможность корректной установки имплантата в ложе. Имплантоводы могут быть различными по конструкции, которая зависит от формы имплантата, методики его установки и модуля соединений компонентов имплантата (Рис.2).



Рис.2. Имплантоводы (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)

II. Ключи – инструменты, предназначенные для установки винтовых имплантатов. Ключи могут быть различной формы и конструкции: круглые, накладные, храповые, динамометрические. Общим элементом конструкции ключей является модуль для соединения с имплантоводом.

III. Отвёртки предназначены для установки винтов-заглушек, формирователей десневой манжетки, фиксирующих протез винтов, иногда головок имплантатов (Рис.3).



Рис.3. Хирургическая отвертка (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)

IV. Адаптеры головок – ключи, предназначенные для установки головок имплантатов. Конструкция этих инструментов также зависит от формы и конструкции головок имплантатов (Рис.4).

Мануальный адаптор
(нержавеющая сталь)



Рис.4. Мануальный адаптор (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)

Одним из принципов инструментального обеспечения работы с имплантатами является максимально возможная унификация и многофункциональность инструментов. Необходимо, чтобы модули имплантата и его компонентов были унифицированы, что позволяет уменьшить количество инструментов и существенно упрощает работу.

2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ СВЁРЛА

Хирургические свёрла производятся двух длин и семи диаметров для внутренней и наружной ирригации.

Существует два типа свёрел (Рис.5):

- свёрла, изготовленные из нержавеющей стали и предназначенные для наружной подачи раствора (Рис.6);
- свёрла изготовленные из хирургического титана. Тефлоновое кольцо в центральном канале каждого сверла для внутренней подачи раствора обеспечивает легкий и беспрепятственный ввод ирригационного наконечника и облегчает механическую очистку (Рис.7).

Кроме насечек, все свёрла имеют цветовую кодовую маркировку для быстрого распознавания во время работы (Рис.8, 9).

На корпусе сверла имеется также кодировка длины. Длина рабочей части сверла не включает величину трёхгранного режущего края, равной 1 мм. Таким образом, реальная глубина сверления на 1 мм больше. Это очень важно учитывать в тех клинических ситуациях, когда сверления производится в непосредственной близости к анатомическим структурам, таким как нижнечелюстной канал или костное дно верхнечелюстной пазухи (когда нет показаний к его перфорированию)

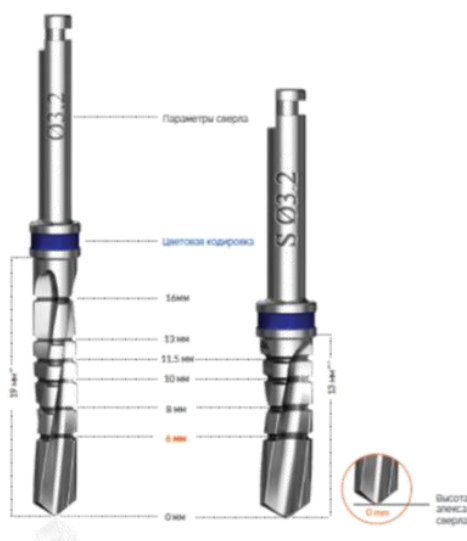


Рис.5. Типы сверел (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)



Рис.6. Хирургические сверла. Внутренняя ирригация
(Каталог продукции Alpha Bio, 2017)



Рис.7. Хирургические сверла. Внешняя ирригация
(Каталог продукции Alpha Bio, 2017)



Рис.8. Прямые сверла с покрытием (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)



Рис.9. Ступенчатые сверла с покрытием (Каталог продукции Alpha Bio, 2017)

3. ЭТАПЫ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Этапы дентальной имплантации представлены в следующих ниже рисунках:

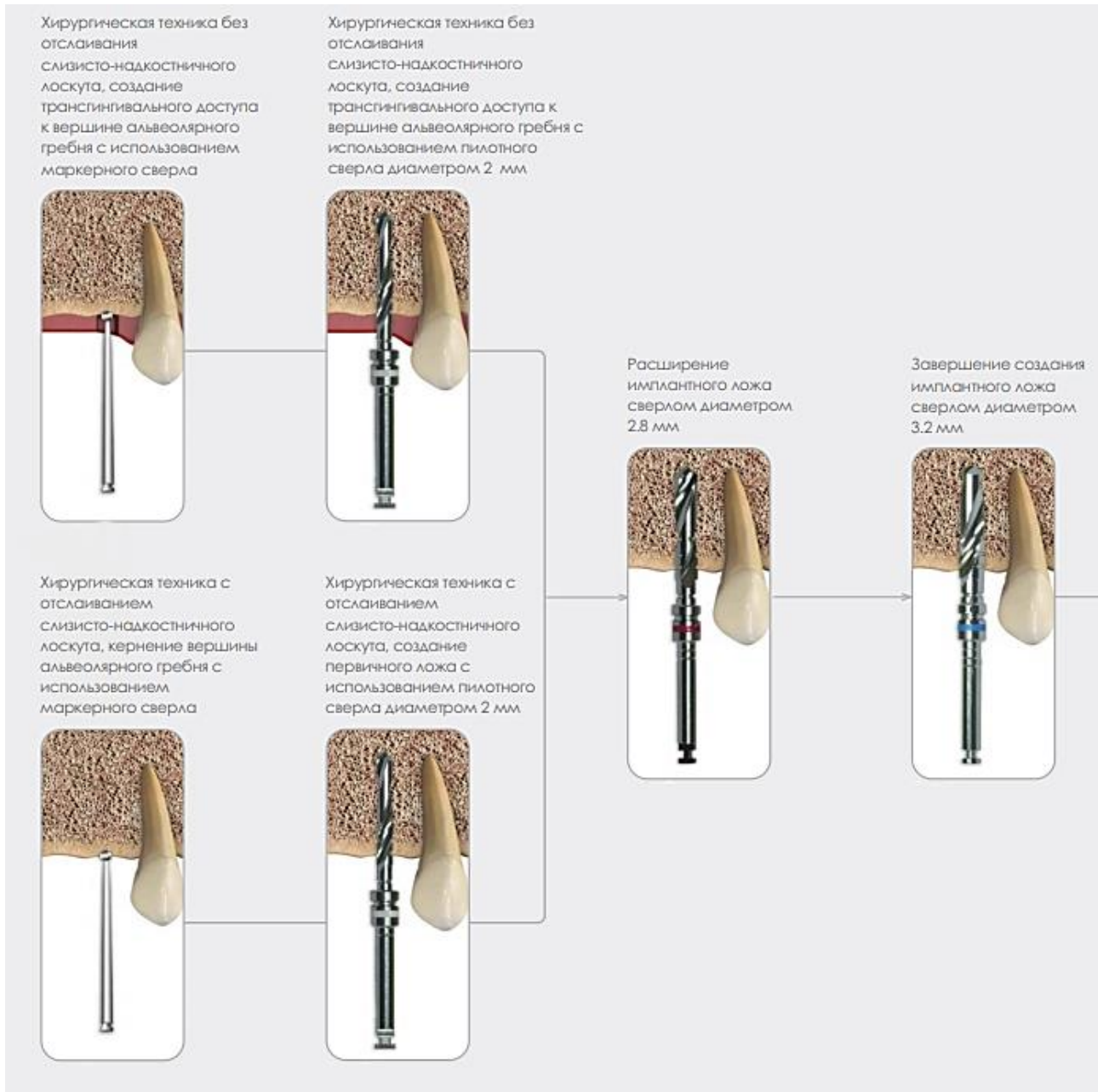


Рис.10. Этапы дентальной имплантации (Хирургический протокол, AlphaBio 2017)

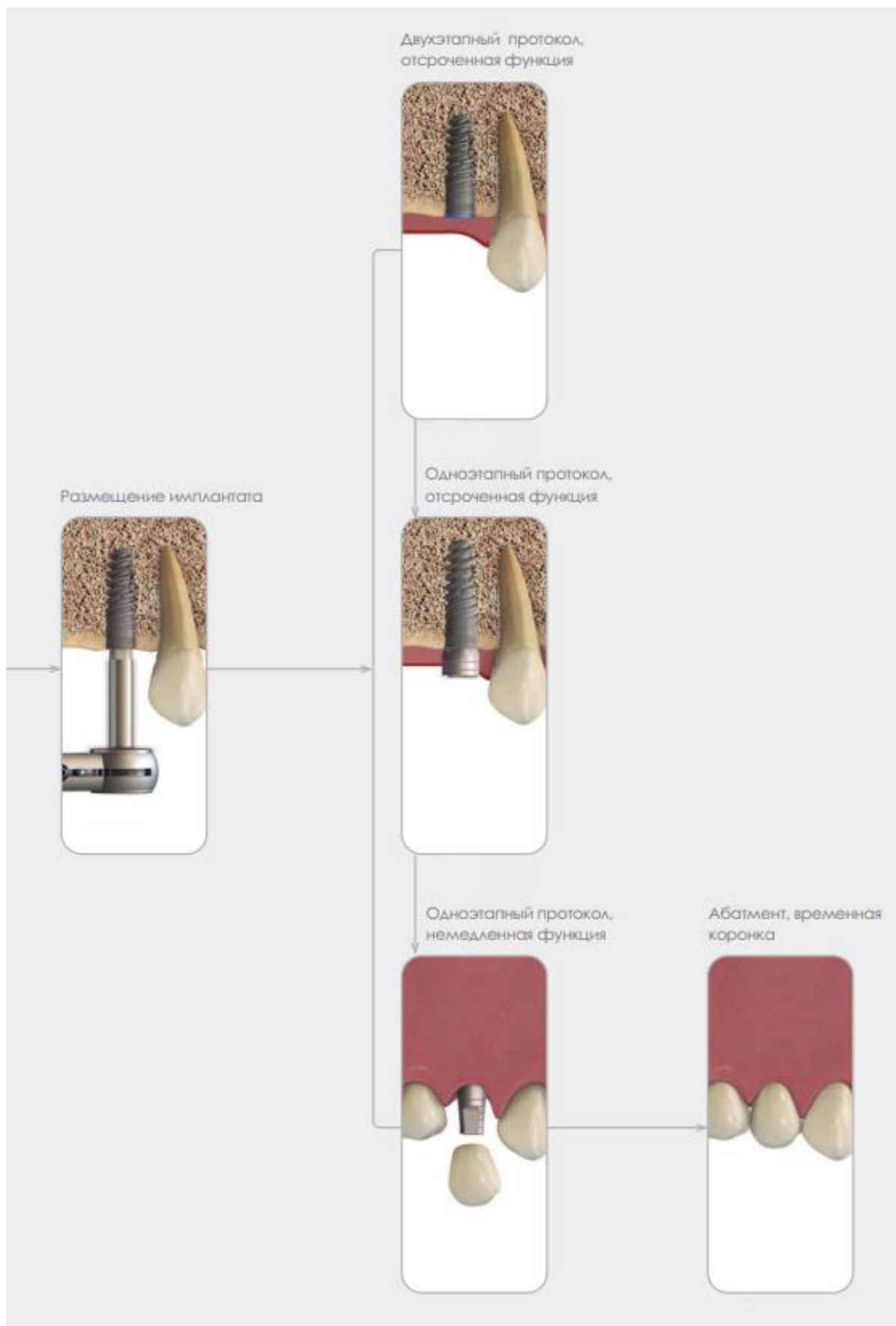


Рис.11. Этапы дентальной имплантации
(Хирургический протокол, AlphaBio 2017)

4. ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Основные особенности и требования, предъявляемые к шовному материалу:

1. Материал должен быть биологически совместим.
2. Обязательно должна быть эластичность используемых нитей.
3. Универсальность в применении материала.
4. Стерильность материала.
5. Материал должен быть резистентным к инфекционным агентам.

Классификация шовного материала:

1. В зависимости от используемых синтетических нитей:

- полигиколидами;
- полидиоксанами;
- полиуретанами;
- полиамидами;
- полиэфирами;
- полиолефинами;
- фторполимерами.

2. По структуре:

- монофиламентные;
- полифиламентные;
- комбинированные.

3. По скорости биодеструкции:

- рассасывающиеся;
- нерассасывающиеся.

Классификация игл:

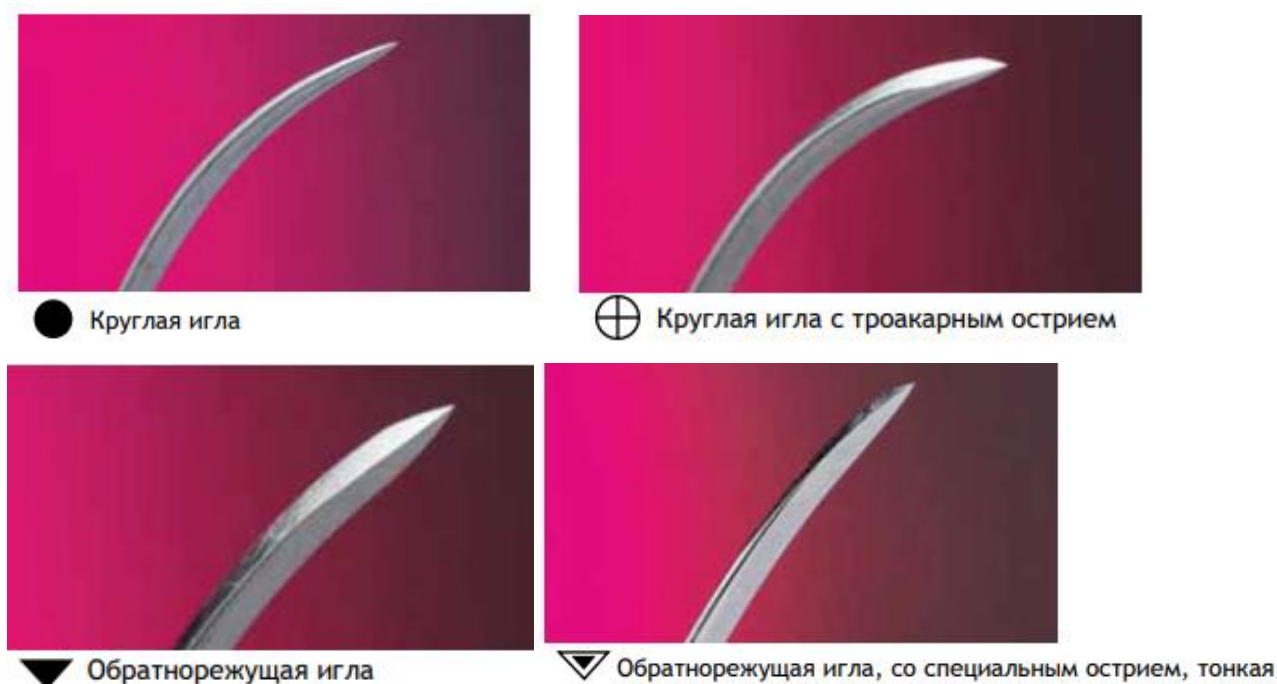


Рис.12. Классификация игл (Карманный справочник. Шовный материал. Методики наложения шов и вязания узлов. Serag wiessner)

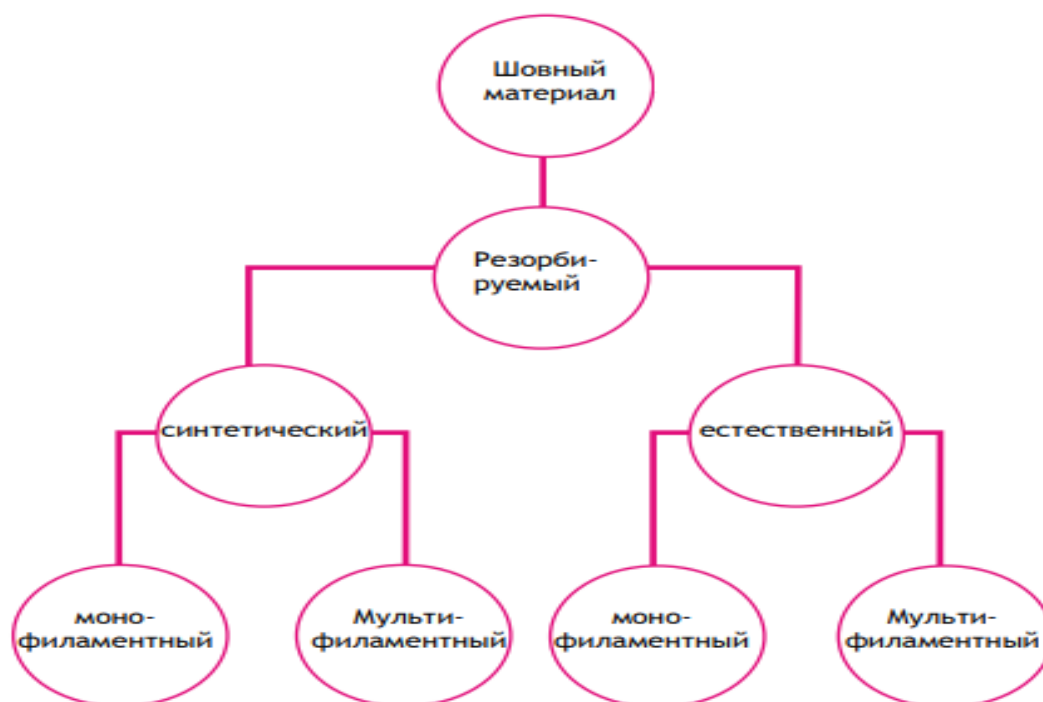


Рис.13. Классификация шовного материала. Резорбируемый шовный материал (Карманный справочник. Шовный материал. Методики наложения шов и вязания узлов. Serag wiessner)

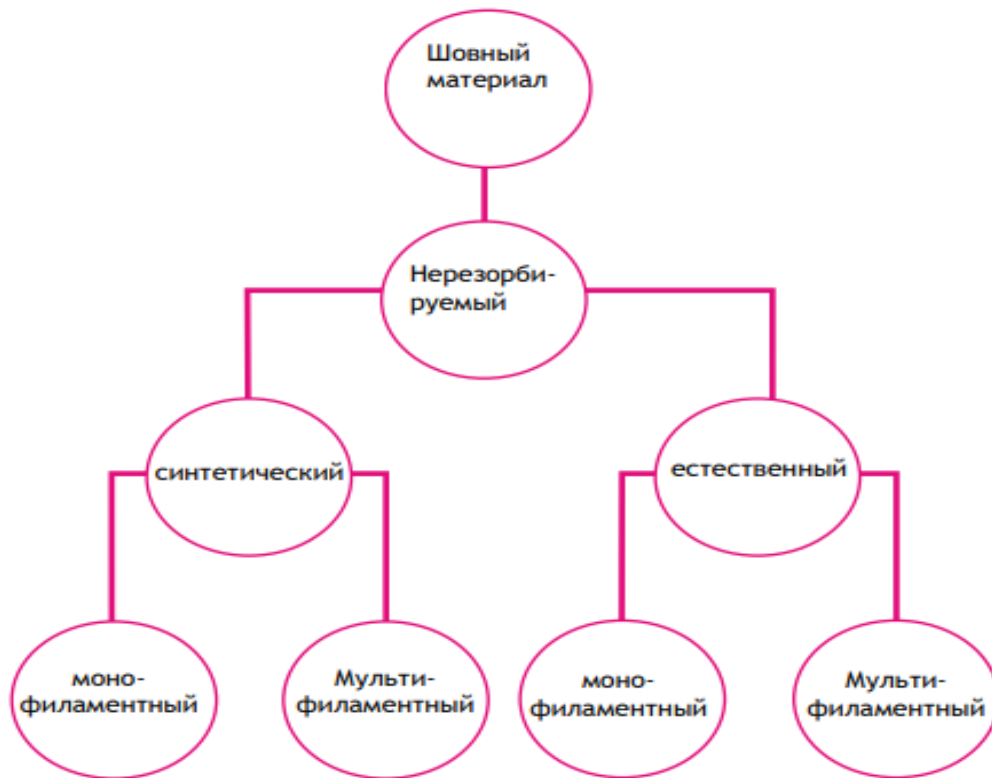


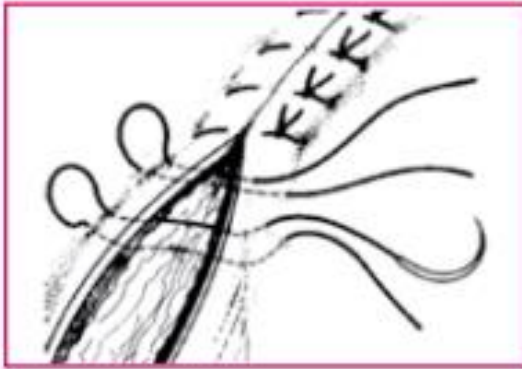
Рис.14. Классификация шовного материала. Нерезорбируемый шовный материал (Карманный справочник. Шовный материал. Методики наложения швов и вязания узлов. Serag wiessner)

Примеры одиночных узловых швов:



Последовательность одиночных узловых швов

Рис.15. Виды швов (Карманный справочник. Шовный материал. Методики наложения швов и вязания узлов. Serag wiessner)



Одиночный вертикальный матрацный шов (шов Донати)

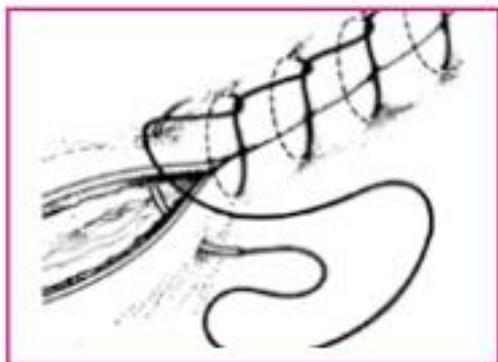


Одиночный вертикальный матрацный шов (шов Альговера)

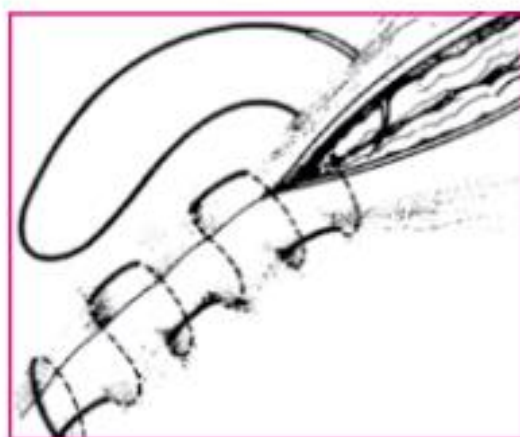


Непрерывный последовательный шов

Продолжение рис.15. Виды швов (Карманный справочник. Шовный материал. Методики наложения швов и вязания узлов. Serag wiessner)



Непрерывный замыкающий шов



Непрерывный выворачивающий матрасный шов

Окончание рис.15. Виды швов (Карманный справочник. Шовный материал. Методики наложения швов и вязания узлов. Serag wiessner)

5. ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОСКУТОВ И ШВОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Изучите и запомните! В стоматологии различают принципиально два вида разрезов: *внутрибороздковый* — сопровождается вертикальным рассечением десневых сосочков, и *внебороздковый* — без вовлечения в разрез десневых сосочков.



Рис.16. Внутрибороздковый разрез

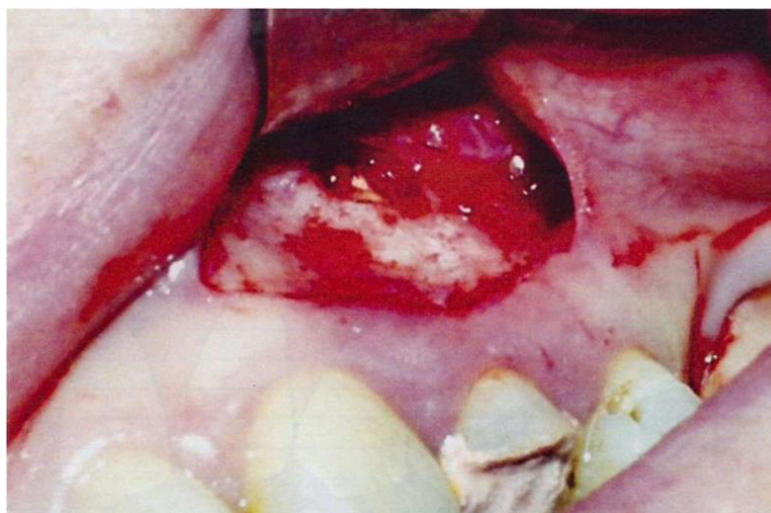


Рис.17. Внебороздковый разрез

Изучите и запомните следующие правила:

Основание формируемого лоскута всегда должно быть обращено к переходной складке (Рис.18).

Вертикальный разрез должен проходить у основания десневого сосочка таким образом, чтобы было соблюдено правило 3, а сам десневой сосочек располагался в отслаиваемой части лоскута (Рис.19, Рис.20, Рис.21).

Основание лоскута всегда должно быть шире или равно ширине его вершины $A > B$ (Рис.22, 23).

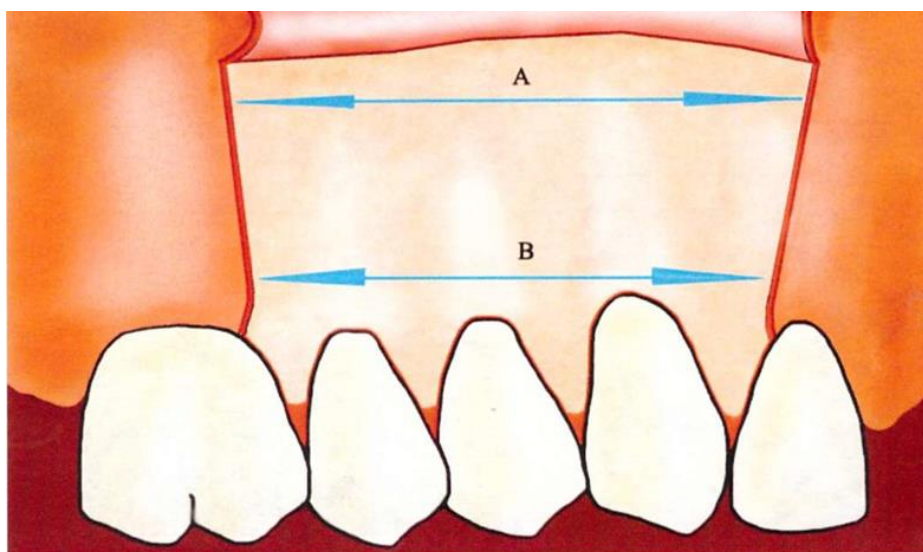


Рис.18. Правила формирования слизисто-надкостничного лоскута.
Основание лоскута (А.А. Шторм, 1997)

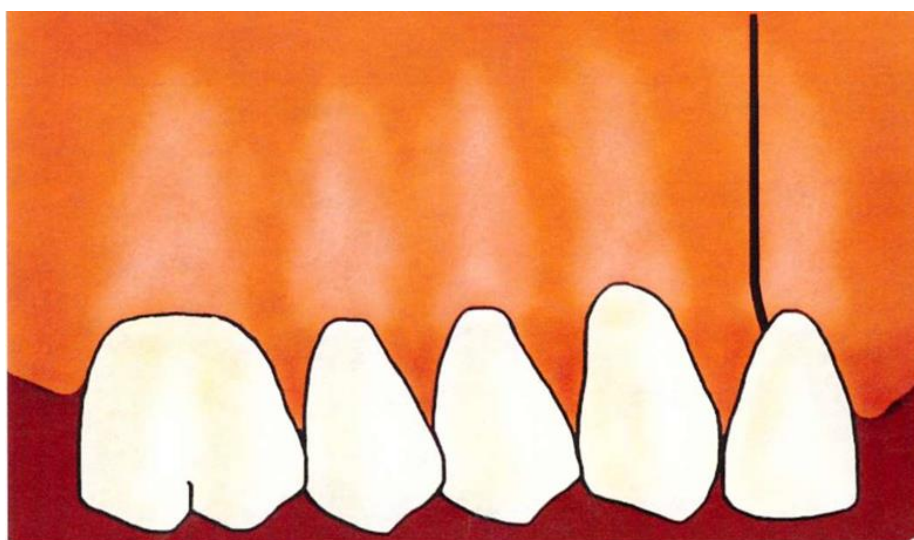


Рис.19. Правила формирования слизисто-надкостничного лоскута.
Расположение разреза (А.А. Шторм, 1997)

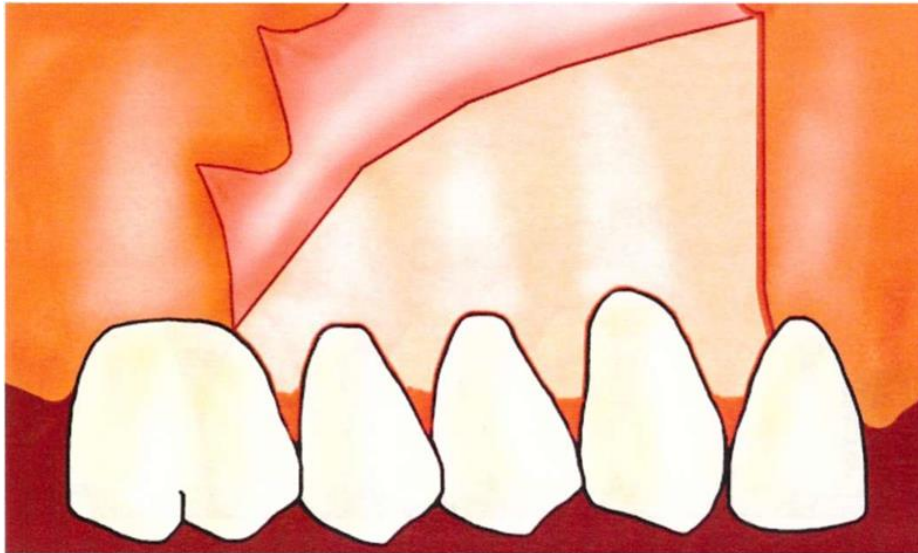


Рис.20. Правила формирования слизисто-надкостничного лоскута.
Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута (А.А. Шторм, 1997)

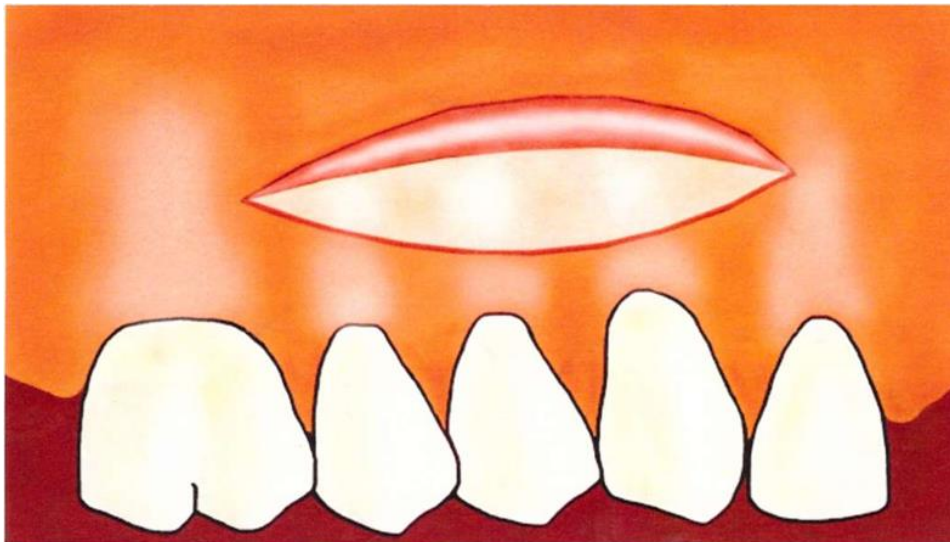


Рис.21. Правила формирования слизисто-надкостничного лоскута.
Внебороздковый разрез (А.А. Шторм, 1997)

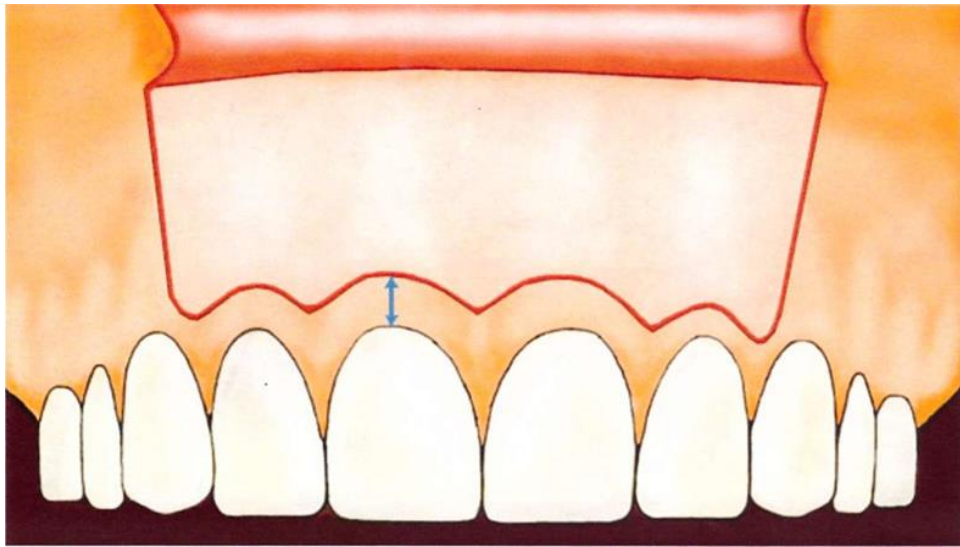


Рис.22. Правила формирования слизисто-надкостничного лоскута
(А.А. Шторм, 1997)

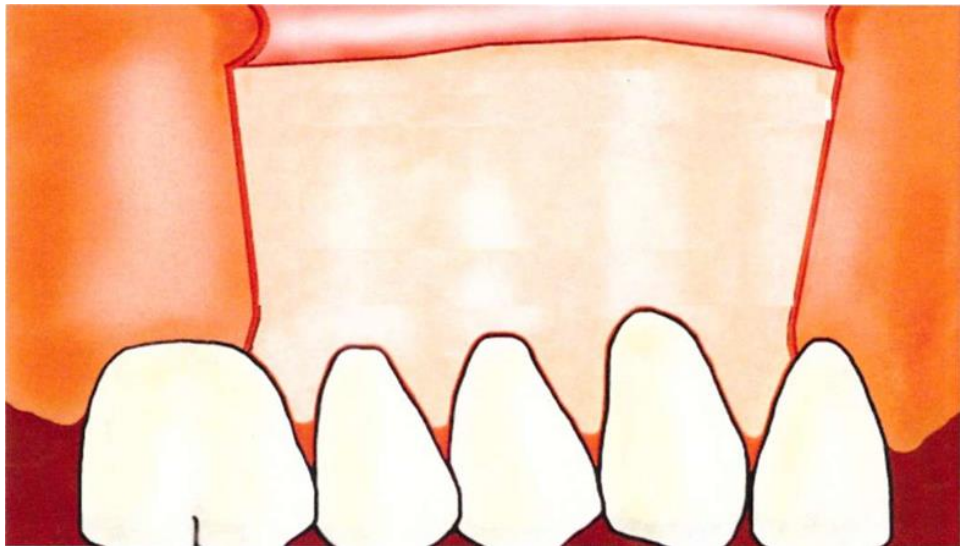


Рис.23. Правила формирования слизисто-надкостничного лоскута
(А.А. Шторм, 1997)

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ

Операция дентальная имплантация. Показания и противопоказания. Методика одноэтапной и двухэтапной дентальной имплантации. Инструментарий.

1. Перечислите показания к дентальной имплантации.
2. Перечислите абсолютные противопоказания к дентальной имплантации.
3. Перечислите относительные противопоказания к дентальной имплантации.
4. Назовите виды разреза слизистой оболочки десны в области операции.
5. Цель проведения отслаивания слизисто-надкостничного лоскута.
6. Объясните причину невозможности использования бормашины при установке имплантатов.
7. Объясните причину использования непрерывного охлаждения сверл при операции дентальная имплантация.
8. Перечислите инструменты, используемые при дентальной имплантации.
9. Опишите этапы операции дентальной имплантации.
10. Перечислите требования, предъявляемые к шовному материалу, используемого при операции дентальной имплантации.
11. Перечислите назначения и рекомендации пациенту, после установки имплантатов.
12. Назовите сроки снятия швов после установки имплантатов.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Задание № 1. Отметьте составные части имплантата:

прозрачная герметическая капсула;

пластиковая ручка-держатель;

покрывной винт;

многофункциональный вводитель имплантата;

5) имплантат.



реверсивный (трещеточный) ключ;
зонд-щуп глубиномер IDG;
диагностические пины для контроля угла, глубины и параллельности сверления;
ступенчатые сверла;
прямые сверла;
инструменты для мануального введения имплантатов и использования с угловым наконечником физдиспенсера;
Многоцелевой мерный шаблон-шкала измерений.



Задание № 3. Рассмотрите рисунок. Назовите вид лоскута, перечислите ошибки, допущенные при его формировании.



ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Выберите один правильный ответ

1. ПРИЗНАКИ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ

- 1) неподвижность имплантата (анкилоз)
- 2) тесный контакт с костной тканью без признаков воспаления
- 3) отсутствие на рентгеновском снимке признаков разряжения костной ткани или интервала между имплантатом и костью
- 4) все вышеперечисленное верно

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) системные заболевания соединительной ткани (ревматические, ревматоидные процессы, дерматозы, склеродермия и т.д.)
- 2) туберкулез и его последствия
- 3) химиотерапия
- 4) повышение гликированного гемоглобина выше 8
- 5) все вышеперечисленное верно

ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неудовлетворительная гигиена и не санированная полость рта
- 2) гингивит различной этиологии
- 3) пародонтит выраженной степени
- 4) аномалии прикуса
- 5) все вышеперечисленное верно

ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) артрозо-артрит височно-нижнечелюстных суставов
- 2) выраженная атрофия или дефект костной ткани альвеолярного отростка
- 3) вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания)
- 4) беременность
- 5) все вышеперечисленное верно

ОТСРОЧЕННОЕ ОТДАЛЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) через 3 месяца после инсталляции имплантатов
- 2) через 30 дней после имплантации
- 3) через 6 месяцев после инсталляции имплантатов
- 4) через 2 месяца после инсталляции имплантатов

6. ОТСРОЧЕННОЕ ОТДАЛЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) через 3 месяца после инсталляции имплантатов
- 2) через 30 дней после имплантации
- 3) через 6 месяцев после инсталляции имплантатов
- 4) через 2 месяца после инсталляции имплантатов

7. МИНИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ ОТ ИМПЛАНТАТА ДО СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) более 4 мм
- 2) 2 мм
- 3) менее 2 мм
- 4) 1 мм

8. МИНИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ ОТ ИМПЛАНТАТА ДО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) более 5 мм
- 2) 5 мм
- 3) менее 2 мм
- 4) 1 мм

9. МИНИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ИМПЛАНТАТОМ И ЗУБОМ

- 1) 5мм
- 2) 3мм
- 3) 6мм
- 4) 2 мм

10. МИНИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ИМПЛАНТАТАМИ

- 1) 2 мм
- 2) 4мм

3) 6мм

4) 3мм

11. ПРИ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

1) торусальной

2) мандибулярной

3) инфильтрационной

4) ментальной

12. ПРИ УСТАНОВКЕ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

1) туберальной

2) резцовой

3) инфильтрационной

4) палатинальной

13. ПРИ ОПЕРАЦИИ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ:

1) туберальной

инфильтрационной

3) инфильтрационная, нёбная

4) подглазничная

14. ФОРМИРОВАНИЕ РАЗРЕЗА С РЯДОМ СТОЯЩИМИ ЗУБАМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ:

1) внебороздкового

2) внутрибороздкового

15. НЕПРЕРЫВНОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ СВЕРЛ ПРОВОДИТСЯ:

1) изотонический раствор хлорида натрия

2) фурацилин

3) раствор водного 0,05% хлоргексидина

4) 3% H₂O₂

16. ПАЦИЕНТУ ПРОВЕДЕНА ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИНЧАТОГО ИМПЛАНТАТА. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ЭТА ИМПЛАНТАЦИЯ?

- 1) эндодонто-эндооссальная
- 2) субпериостальная
эндооссальная-субпериостальная
- 4) эндооссальная

17. ПАЦИЕНТ БОЛЕН ТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА, НО НАСТАИВАЕТ НА ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ:

- 1) противопоказаний к операции нет
- 2) имеются абсолютные общие противопоказания
- 3) имеются относительные общие противопоказания

18. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ НА ТРЕТЬЕМ МЕСЯЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОБРАТИЛАСЬ С ЦЕЛЮ ВОССТАНОВИТЬ ОТСУТСТВУЮЩИЙ ЗУБ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ, ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОВЕДЕНИЕ ДАННОЙ ОПЕРАЦИИ?

- 1) противопоказаний нет
- 2) имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции
- 3) имеются относительные общие противопоказания для операции

19. КАКОЙ ПРОМЕЖУТОК ДОЛЖЕН БЫТЬ МЕЖДУ ОПОРНОЙ ЧАСТЬЮ ИМПЛАНТАТА И ЗУБОМ-АНТАГОНИСТОМ?

- 1) не менее 3 мм
- 2) не более 1 мм
- 3) промежутка может и не быть
- 4) более 5 мм

20. КАКОЙ ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ ОТНОСИТСЯ К НАТУРАЛЬНЫМ?

- 1) кетгут
- 2) капрон
- 3) лавсан
- 4) нейлон

ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МЕМБРАНЫ ШНЕЙДЕРА ПОВТОРНЫЙ СИНУС ЛИФТИНГ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ:

- 1) 2 месяца
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 8 месяцев

ПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический генерализованный пародонтит
- 2) одонтогенная киста челюсти
- 3) отсутствие одного или нескольких зубов
- 4) разрушение коронковой части зуба

23. СОВРЕМЕННЫЕ ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ

- 1) золота
- титана
- 3) меди
- 4) хромо-кобальтовой стали

24. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) вестибулопластика
- 2) гингивэктомия
- 3) синус- лифтинг
- 4) костная пластика

25. ЗАЖИВЛЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ИМПЛАНТАТА НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) остеофикация
- 2) синостоз
- 3) первичная остеоинтеграция
- 4) внутрикостная стабилизация

26. КУРЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

- 1) является местным противопоказанием
- 2) является относительным противопоказанием

- 3) не влияет на выбор метода лечения
- 4) является абсолютным противопоказанием

27. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ ПРОВОДЯТ

- 1) один раз в 6 месяцев
- 2) один раз в 2 месяца
- 3) один раз в 2 года
- 4) один раз в 4 месяца

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ УТРАТЫ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАТА ОТНОСЯТ

- 1) гальванизм
- 2) аллергическую реакцию
- 3) остеомиелит
- 4) воспалительные осложнения

29. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) отвёртку
- 2) фиссурный бор
- 3) направляющую фрезу
- 4) элеватор Леклюза

30. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) вестибулопластика
- 2) гингивоэктомия
- 3) удаление зуба
- 4) синус-лифтинг

31. СУПРАСТРУКТУРА – ЭТО

- 1) абатмент
- 2) трансфер
- 3) формирователь десны
- 4) аналог имплантата

32. ПАЦИЕНТУ ПРОВЕДЕНА ИМПЛАНТАЦИЯ ПЛАСТИНОЧНЫМ ИМПЛАНТАТОМ. НАЗОВИТЕ ВИД ИМПЛАНТАЦИИ:

- 1) эндодонто-эндооссальная
- 2) эндооссальная
- 3) субпериостальная
- 4) эндооссально-субпериостальная

33. ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ОПОРНОЙ ЧАСТЬЮ ИМПЛАНТАТА И ЗУБОМ-АНТАГОНИСТОМ ДОЛЖЕН БЫТЬ:

- 1) не более 1 мм
- 2) не более 3 мм
- 3) не более 5 мм
- 4) промежутка не должно быть

34. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЛИ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ?

- 1) да
- 2) нет

35. ВО ВРЕМЯ ОБРАЗОВАНИЯ КОСТНОГО ЛОЖА ПОЯВИЛАСЬ ЩЕЛЬ МЕЖДУ СТЕНКОЙ И ИМПЛАНТАТОМ, ЧЕМ СЛЕДУЕТ ЕЁ ЗАПОЛНИТЬ?

- 1) ничем заполнять не следует
- 2) йодоморфным тампоном
- 3) антибиотиком
- 4) остеотропными материалами

36. НАЗОВИТЕ ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ

- 1) развитие контрактуры челюстей
- 2) развитие анкилоза ВНЧС
- 3) отторжение имлантата
- 4) гиперсаливация

37. НАИБОЛЕЕ ЧАС ТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ ВИД ИМПЛАНТАЦИИ:

- 1) субмукозный
- 2) субпериостальный
- 3) трансмандибулярный
- 4) эндооссальный

38. НАЗОВИТЕ ВИД ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ВВЕДЕНИИ ИМПЛАНТАТА ПОД СЛИЗИСТУЮ:

- 1) эндооссальная
- 2) субпериостальная
- 3) одонто-эндооссальная
- 4) субмукозная

39. КТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАТЕЛЕМ ПЛАСТИНОЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

- 1) Бранемарк
- 2) Линков
- 3) Вебер
- 4) Суров
- 5) Форменджи

40. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПЕРИИМПЛАНТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) наличие секвестров
- 2) отсутствием рентгенологических проявлений
- 3) резорбцией кости

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) глубиномер
- 2) развёртку
- 3) серповидную гладилку
- 4) крючок Лимберга

42. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ ВИДОМ ИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ ЯВЛЯЕТСЯ :

- 1) остеоинтеграция
- 2) фиброостеоинтеграция
- 3) фиброинтеграция
- 4) пролиферация

43. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

- 1) 6
- 2) 8
- 3) 12
- 4) 3

КУРЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

- 1) является относительным противопоказанием
- 2) является местным противопоказанием
- 3) не влияет на выбор метода лечения
- 4) является абсолютным противопоказанием

45. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ ПРОВОДЯТ

- 1) 1 раз в 6 месяцев
- 2) 1 раз в 4 месяца
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в 2 месяца

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ЗАДАЧА № 1. Пациент 35 лет обратился в клинику для лечения частичного отсутствия зубов. Зубы 3.6 и 3.7 удалены 4 года назад по поводу осложнённой формы кариеса, зубы 4.4 и 4.5 удалены год назад. Пациент предъявляет жалобу на боли в зубе 2.4 при приеме холодного и горячего.

Пациент, страдает повышенным артериальным давлением, из перенесенных заболеваний отмечает перенесенный ОРВИ в детском возрасте.

При обследовании пациента выявлено: состояние удовлетворительное, сознание ясное, конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи физиологи-

ческой окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Альвеолярный отросток нижней челюсти в области отсутствующих зубов 3.6 и 3.7 истончен из-за недостатка костной ткани и вестибулярной стороны. Десна в данной области не изменена. Зубы антагонисты стабильны, подвижность отсутствует.

Зубная формула:

											С				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			О	О									О	О	

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз (по Кеннеди).

2. Какие методы лечения возможны в данной клинической ситуации?

3. При лечении с использованием дентальных имплантатов, какие дополнительные исследования нужно провести?

4. Назовите этапы лечения при использовании дентальной имплантации.

ЗАДАЧА № 2. Пациент 40 лет, был установлен имплантат в области отсутствующего зуба 4.6. Спустя 3 дня обратился в клинику с жалобами на интенсивную, пульсирующую спонтанно возникающую боль, чувства онемения кожи в области подбородка, щеки и губы на нижней челюсти справа.

Пациент отмечает, что при применении анальгезирующих средств боль не утихает.

Общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.

Какие дополнительные методы исследования нужно провести при диагностике данной патологии?

С чем дифференцируют данную патологию?

Назовите план лечения в данной ситуации.

ЗАДАЧА № 3. Пациент 45 лет, обратился в клинику для лечения частичного отсутствия зубов с использованием дентальных имплантатов.

Со слов пациента страдает сахарным диабетом II типа (неинсулинозависимый). Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, корь.

Зубная формула:

О		R	R	O							C	R	O		O
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О			O	C							R	Pt			O

При обследовании пациента выявлено: состояние удовлетворительное, сознание ясное, конфигурация лица не изменена, кожа лица и шеи физиологической окраски без видимых патологических изменений.

Полость рта не санирована.

В полости рта имеются полностью разрушенные зубы 1.6, 1.5, 2.5, 3.4. В зубах 4.4 и 2.5 имеются глубокие кариозные полости. (ИРОПЗ 0.8)

Зубы 1.8, 1.4, 2.6, 2.8, 3.8, 4.5, 4.8 отсутствуют. Слизистая в области данных зубов физиологической окраски, бледно-розовая, влажная и блестящая.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз:

2. Составьте план лечения и план обследования данному пациенту.

3. Назовите возможные интраоперационные и послеоперационные осложнения при проведении манипуляций врачом - хирургом при лечении данного пациента?

5. С врачами каких специальностей следует проконсультироваться пациенту до проведения операции дентальной имплантации?

ЗАДАЧА № 4. Пациент Б., 60 лет, обратился к врачу – стоматологу – хирургу с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, для консультации по поводу возможности ортопедического лечения с применением имплантатов.

В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа в детстве. Зубы на нижней челюсти были удалены около 5-7 лет назад по поводу хронических воспалительных процессов. Ранее пациент обращался к стоматологу – ортопеду, был изготовлен съёмный протез на нижнюю челюсть, но пациент не смог привыкнуть к нему, также дикция была нарушена. На верхнюю челюсть был изготовлен частичный съёмный протез.

Объективно: Лицо симметрично, кожные покровы физиологической окраски, лимфоузлы не пальпируются, выявлено снижение высоты нижней трети лица, западение нижней губы, опущение углов рта.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Отмечается наличие выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых отделах, незначительная резорбция альвеолярного отростка в переднем отделе. На верхней челюсти атрофия альвео-

лярного отростка незначительно выражена в области 1.5, 1.4, 2.1, 2.2. Коронка зуба 2.5 разрушена до уровня десны, размягчена.

Зубная формула:

О	П	П	О	О	К	П	П	О	О	К	П	Pt	П	П	О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О	О

Прикус –Нейтральный.

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

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Укажите план лечения.

ЗАДАЧА № 5. Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на боль и припухлость десны в области нижнего зуба справа, на подвижность коронки на имплантате. Имплантологическое лечение проводилось 7 месяцев назад. Пациенту в области отсутствующего зуба 4.6. был установлен имплантат, а в последующем изготовлена коронка на имплантате. Подвижность коронки появилась за 1 месяц до обращения и постепенно нарастала.

Из сопутствующих заболеваний пациент отмечает наличие гипертонической болезни.

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

Слизистая оболочка полости рта без патологии. Бледно-розовая, влажная и блестящая.

Зубная формула:

О	К	К	П	П	П	П	П	К	К	П	П	П	П	П	О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	П	Им	К	И	К			И	П	П					

Прикус: прямой.

В области зуба 4.6 имеется имплантат с коронкой, последняя подвижна вместе с имплантатом в вестибуло - оральном направлении. Шейка имплантата выстоит над уровнем десны, покрыта налетом, окружающая десна гиперемирована отёчна. Атрофия альвеолярного отростка в области зуба 4.6 выражена сильно. При надавливании на имплантат боль усиливается.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие причины могут приводить к подвижности коронки вместе с имплантатом?

3. Какие действия необходимо предпринять для лечения пациента?

ЗАДАЧА № 6. На приём к хирургу - стоматологу обратилась женщина 29 лет для консультации по поводу протезирования на имплантатах в области верхних зубов слева.

В анамнезе: ОРВИ, ОРЗ, ветряная оспа в детстве.

Зубы на верхней челюсти удалила 3,5 года назад по поводу обострения хронического гайморита слева. Удаление простое. Лечение гайморита проводилось. Ранее протезирование не проводилось.

Объективно: лицо симметрично, кожные покровы физиологической окраски. лимфоузлы не пальпируются. При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена, блестящая. В области зубов 2.6 и 2.7 ширина альвеолярного отростка 6,2 мм.

Зубная формула:

О	К	К	П	П	П			П	П	П	П	О	О	О	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
П	П							П	П	П					

Прикус: Нейтральный.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз:

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

ЗАДАЧА № 7. Пациентка 32 лет обратилась в клинику хирургической стоматологии для устранения дефекта зубов 11, 21,22 утраченных в результате производственной травмы 9 месяцев назад. В поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ОРВИ, ветряную оспу в детском возрасте.

Результаты обследования:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта влажная, бледно-розового цвета.

Прикус нейтральный. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 11, 21, 22 зубы. Протез при нагрузке плохо стабилизируется и фиксируется, искусственные зубы отличаются от естественных по цвету. Альвеолярный отросток верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Слизистая оболочка в области зубов 11, 21, 22 не изменена. При снятии протеза отмечается западение верхней губы.

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

Зубная формула:

О	К	К	П	П	П		О	О	О	О		П	П	К	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	П	П	К	П							П	П	К		О

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Какие необходимо провести дополнительные методы обследования при проведении операции дентальной имплантации?

ЗАДАЧА № 8. Пациент 52 лет, обратился с жалобами на болезненность и отёчность слизистой оболочки в области установленного 2 года тому назад винтового имплантата в области 47 зуба. На контрольные осмотры в течение этого времени не являлся.

При осмотре полости рта выявлены обильные мягкие и минерализованные зубные отложения, покрывающие шейки и межзубные промежутки всех зубов. Межзубные сосочки отёчны, цианотичного цвета, кровоточат при дотрагивании. В зоне 47 зуба - металлокерамическая коронка, установленная на имплантат перкуссия безболезненна, конструкция устойчива, при периотетстметрии неподвижна. Слизистая оболочка с вестибулярной стороны у десневого края резко отёчна, определяются выпячивание грануляционной ткани.

На R-грамме: имплантат остеоинтегрирован, определяется краевая резорбция глубиной 2мм у шейки имплантата.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Укажите причину заболевания.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 9. В клинику хирургической стоматологии обратилась пациентка 29 лет, с жалобами на эстетическую и функциональную неудовлетворённость из-за отсутствующего 25 зуба. Зуб утрачен в результате осложнённого кариеса 6 месяцев назад, от предложенного ортопедического лечения с использованием мостовидного протеза отказалась. Соседние 26 и 24 зубы интактные. Ширина альвеолярного гребня в области 25 зуба составляет 5 мм; расстояние до дна верхнечелюстной пазухи – 4,5 мм.

Вопросы и задания:

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения, укажите заключения каких врачей необходимо получить для проведения операции синус-лифтинг.

Предложите возможные альтернативы по лечению.

ЗАДАЧА № 10.

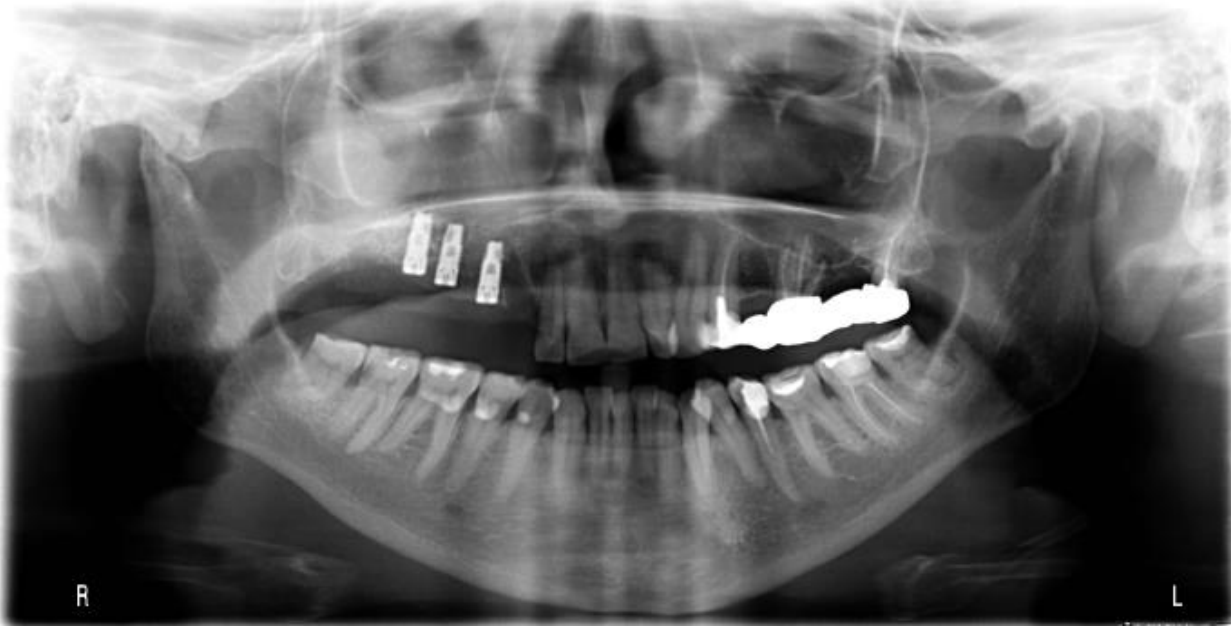


Вопросы и задания:

1. Дайте описание ортопантограммы.

2. Составьте дальнейший план лечения данного пациента.

ЗАДАЧА № 11.



Вопросы и задания:

1. Дайте описание ортопантограммы.

2. Оцените действия врача, составившего план лечения и проведенную операцию по установке дентальных имплантатов при данном клиническом случае.

ЗАДАЧА № 12.



Вопросы и задания:

1. Укажите ошибки при планировании операции дентальной имплантации.

2. Составьте дальнейший план лечения при данной клинической ситуации.

ЗАДАЧА № 13.

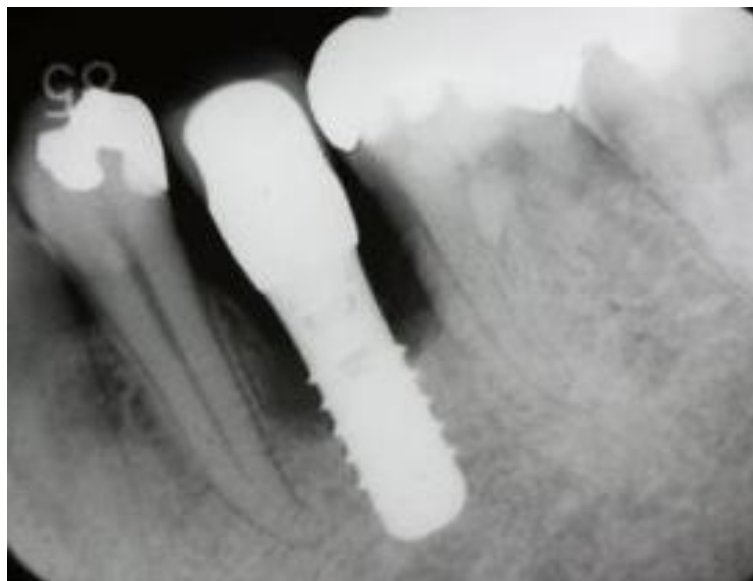


Вопросы и задания:

1. Опишите снимок. Дайте заключение.

2. Какие возможные причины развития периимплантита?

ЗАДАЧА № 14.



Вопросы и задания:

1. Опишите снимок. Дайте заключение.

2. Какие возможные причины развития периимплантита?

ЗАДАЧА № 15.



Вопросы и задания:

1. Что изображено на данном снимке?

2. С какой целью применяется данная конструкция?

ЗАДАЧА № 16.

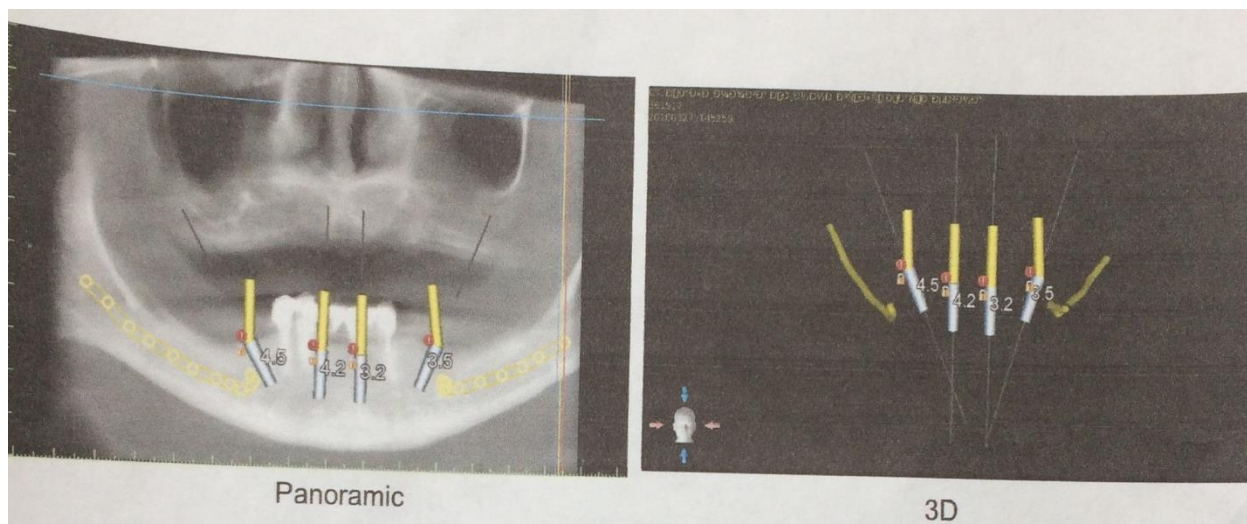


Вопросы и задания:

1. Что изображено на данном снимке?

2. С какой целью применяется данная конструкция?

ЗАДАЧА № 17.



Вопросы и задания:

1. Что изображено на данном снимке?

2. Какой тип ортопедической конструкции будет применен в данном клиническом случае?

ЗАДАЧА № 18. После проведенной операции по установке дентальных имплантатов в области отсутствующих зубов 3.4, 3.5 к врачу стоматологу хирургу обратился пациент К. 38 лет с жалобами на «онемение» подбородка.

Пациент обратил внимание, что чувство «онемения» не прошло после проведения анестезии во время хирургического вмешательства.

Вопросы и задания:

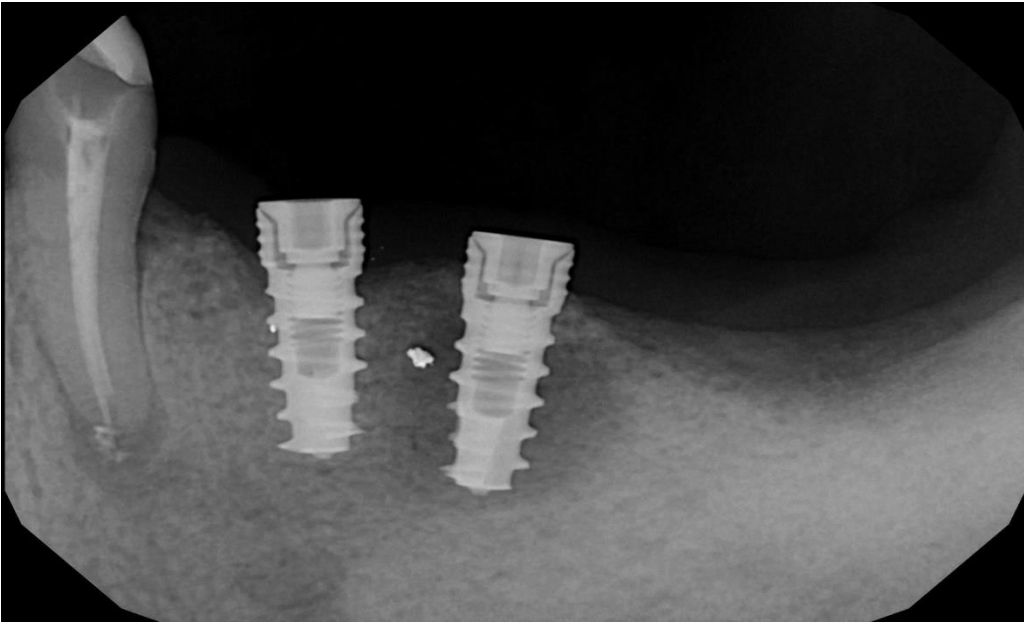
Какое осложнение у пациента развилось?

Какие дополнительные методы обследования нужно провести?

Тактика врача стоматолога хирурга в данной клинической ситуации?

Какое лечение необходимо назначить пациенту?

ЗАДАЧА № 19.

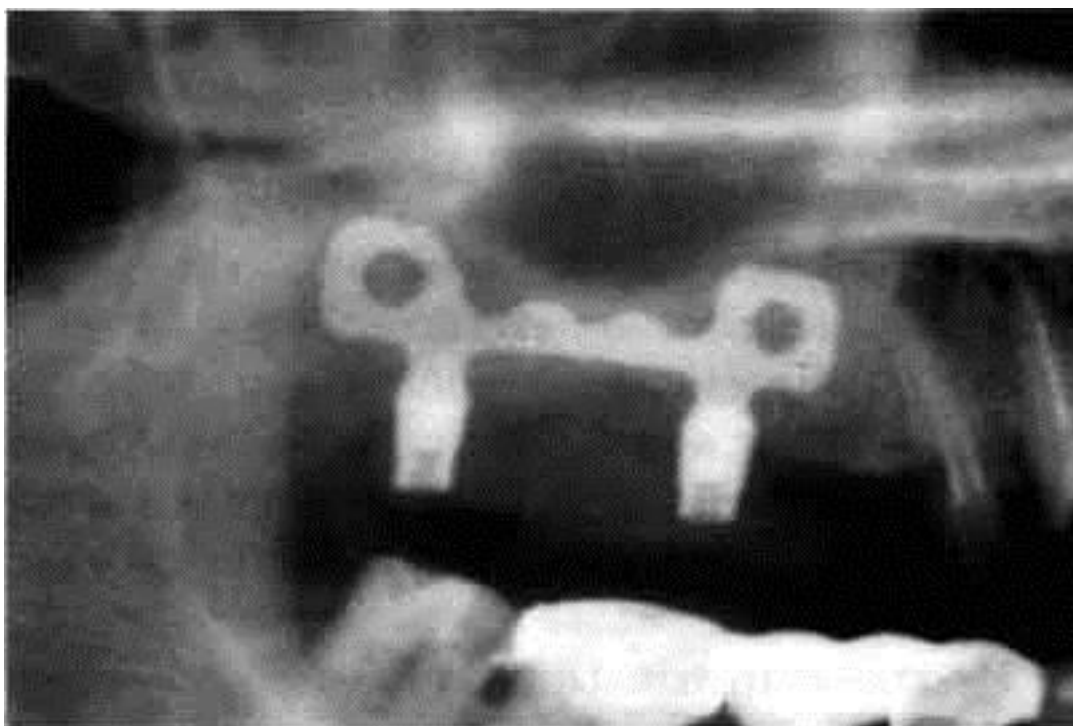


Вопросы и задания:

1. Опишите снимок. Дайте заключение.

2. Какие возможные причины развития периимплантита?

ЗАДАЧА № 20.



Вопросы и задания:

1. Опишите снимок. Какую конструкцию использовал врач стоматолог хирург в данном клиническом случае?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1 – 4	13 – 3	25 – 3	37 – 4
2 – 5	14 – 2	26 – 2	38 – 4
3 – 5	15 – 1	27 – 1	39 – 2
4 – 5	16 – 1	28 – 4	40 – 3
5 – 3	17 – 2	29 – 3	41 – 1
6 – 1	18 – 3	30 – 4	42 – 1
7 – 2	19 – 1	31 – 1	42 – 1
8 – 2	20 – 1	32 – 2	43 – 1
9 – 4	21 – 2	33 – 3	44 – 1
10 – 3	22 – 3	34 – 2	45 – 1
11 – 3	23 – 2	35 – 4	
12 – 3	24 – 4	36 – 3	

ЛИТЕРАТУРА

1. Базикян Э.А. Принципы прогнозирования и профилактики осложнений при дентальной имплантации (клинико-лабораторное исследование): дис. . д-ра мед. наук. – Москва, 2016. – 250 с.
2. Гончаров И.Ю., Совершенствование методики предоперационного обследования и планирования дентальной имплантации / И.Ю. Гончаров, А.А. Трегубов // Новые технологии в стоматологии: междунар. науч.-практ. конф. /ММСИ. – Москва, 2015. – С.132-133.
3. Сельский Н.Е. Мультидисциплинарные аспекты дентальной имплантации: монография. / Н.Е. Сельский, Э.И. Галиева, О.А. Гуляева. – Саарбрюккен, Германия, Изд-во «LAMBERT Academic Publishing», 2017. – 128 с.
4. Серова Н. С. Лучевая диагностика осложнений стоматологической имплантации / Н. С. Серова //Лучевая диагностика и терапия. – 2015. – №. 4. – С. 68-74.
5. Цур О. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии/ О.Цур, М. Хюрцелер. – Москва: Изд-во «Азбука», 2014. – 827с.
6. Яковлев А. Т. Микрофлора внутреннего интерфейса остеоинтегрированного дентального имплантата / А. Т. Яковлев [и др.] //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 2. – С. 54-54.

Дентальная имплантация

Рабочая тетрадь

для самостоятельной подготовки и контроля
усвоения компетенции модуля ординаторов, обучающихся
по специальности 31.08.74 – «Стоматология хирургическая»

Составители

Аверьянов Сергей Витальевич

Мингазева Альфия Закреевна

Рябых Любовь Алексеевна

Галиева Эльмира Илаловна

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.

Подписано к печати 07.06.2019 г.

Отпечатано на цифровом оборудовании с готового
оригинал-макета, представленного авторами.

Формат 60x84 ¹/₈. Усл.-печ. л. 9,07.

Тираж 30 экз. Заказ № 52.

450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3,

Тел.: (347) 272-86-31

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России