

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Факультет післядипломної освіти

Кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
інтернатури за фахом „Стоматологія”

(самостійні заняття) субспеціальність
«Ортопедична стоматологія»

ЛЬВІВ-2016

УДК 616.31(07.07)
М 545

Методичні розробки підготували викладачі кафедри хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО:

зав.кафедри, д.мед.н., професор **Ю.В. Вовк**

к.м.н., асистент **А.В. Палій**

асистент **С.М. Регада**

Відповідальний за випуск:

Проректор з навчальної роботи ЛНМУ імені Данила Галицького, професор **Гжегоцький М.Р.**

Рецензент:

Професор кафедри ортопедичної стоматології **Макеєв В.Ф.**

Методичну розробку з інтернатури обговорено
на методичному засіданні кафедри від „___” _____ 2016 р.,
протокол №__.

Завідувач кафедру

проф. **Вовк Ю. В.**

Методичну розробку з інтернатури схвалено
на засіданні методичної комісії ФПДО від „___” _____ 2016 р.,
протокол №__.

Голова методичної комісії

доц. **Січкоріз О.Є.**

Методична розробка інтернатури за фахом „Стоматологія” складена на підставі типового навчального плану та програми спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації за фахом „Стоматологія”, затверджена МОЗ України 08.08.2013р.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Інтернатура зі спеціальності „Стоматологія” є одною із форм безпосередньої післядипломної освіти лікарів-інтернів.

Основною метою інтернатури за фахом „Стоматологія” є підготовка лікаря-інтерна до роботи в лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров’я на посадах, які передбачені типовими номенклатурними таблицями та освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста.

Програма передбачає вивчення 3 основних курсів, які необхідні лікарю-стоматологу для його професійної діяльності з базовим, етапним та заключним контролем. До додаткових включені курси: особливо небезпечні інфекційні хвороби, медична інформатика, клінічна імунологія, медицина катастроф, клінічна фармакологія.

Після закінчення інтернатури проводиться атестація на визначення знань та вмінь лікаря-інтерна, яка включає в себе:

- контроль знань та вмінь за комп’ютерними тестуючими програмами, затвердженими МОЗ України;
- ліцензійний іспит „Крок-3”;
- оцінка знань та вмінь володіння практичними навичками;

Атестація проводиться в комісії, яка створена при Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького.

Інтернам, які успішно складають іспит, видається сертифікат „Лікаря спеціаліста” встановленого зразка (наказ МОЗ України № 359 від 19.12.1997р.).

№	Тема заняття	Години
1.	Спеціальні методи обстеження в ортопедичній стоматологічній практиці.	2
2.	Біомеханіка жувального апарату. М'язова система жувального апарату.	2
3.	Будова скронево-нижньощелепового суглобу.	2
4.	Клініко-лабораторні етапи виготовлення паяних мостоподібних протезів.	2
5.	Протезування адгезивними мостоподібними протезами.	2
6.	Класифікація беззубих щелеп.	2
7.	Функціональні відбитки . Індивідуальні ложки.	2
8.	Системи фіксації дугового протезу: камерна, рейкова, замкова.	2
10.	Вибіркове пришліфовування зубів.	2
11.	Міогімнастика при лікуванні ЗЩЛ аномалій. Профілактика ЗЩЛ аномалій.	2
12.	Аномалії зубів та зубних рядів. Аномалії щелеп та прикусу.	2
13.	Класифікація відбиткових матеріалів. Твердіючі та еластичні відбиткові матеріали.	2

ЗМІСТ ТЕМ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ **(теми реферативних повідомлень та напрямки дискусій)**

Самостійна робота № 1 **Спеціальні методи обстеження в ортопедичній стоматологічній практиці.**

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів сучасні знання про клінічні методи обстеження щелепно-лицевої ділянки і визначення ефективності жування. Поглиблення знань з сучасних методів рентгенологічного обстеження хворих

Професійно орієнтована: закріплення навичок діагностики патології зубо-щелепової системи, закріплення вмінь читання рентгенограм.

Навчальні питання:

1. Проведення зовнішньо- та внутрішньоротового огляду;
2. Пальпація точок виходу гілок трійчастого нерва на обличчі
3. Визначення тонузу жувальних м'язів за допомогою пальпації
4. Визначення прикусу
5. Оцінка стану пародонту за допомогою індексів (РМА, СРІТN)
6. Визначення глибини пародонтальних кишень
7. Встановлення ступеню рухомості зубів
8. Визначення функціонального стану зубо-щелепової системи за допомогою жувальних коефіцієнтів
9. Заповнення одонтопародонтограми

Короткий зміст заняття:

Методи обстеження хворого прийнято поділяти на клінічні (ті, що виконуються біля крісла хворого) і параклінічні (інструментальні, лабораторні, рентгенологічні, тобто ті, які проводяться в додаткових службах клініки)

До клінічних методів обстеження відносяться:

- а) опитування хворого (клінічна бесіда);
- б) зовнішній огляд хворого;
- в) обстеження скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів;
- г) обстеження порожнини рота:
 - вивчення слизової оболонки порожнини рота;
 - обстеження зубів і зубних рядів;
 - обстеження пародонта;- обстеження беззубої альвеолярної частини

Обстеження пацієнта необхідно проводити за загальноприйнятою методикою і при необхідності його слід максимально розширювати. В схему обстеження необхідно включати аналіз скарг хворого, збір анамнезу і об'єктивного обстеження: огляд зубів і порожнини рота, вивчення гіпсових моделей щелеп,

рентгенографію зубів і щелеп, електродонтодіагностику пульпи зубів, томографію скронево-нижньощелепного суглоба, електроміографію і електротонometriю жувальних м'язів, реопародонтографію.

Детальний аналіз діагностичних моделей протезування (вибору конструкції, ступеня препарування, необхідності депульпації зубів) знадобиться і зубному техніку, особливо стосовно величини та форми зубів до препарування.

Виключне значення мають рентгенологічні методи обстеження. Рентгенографія необхідна при наявності раніше лікованих і змінених в кольорі зубів, для вивчення топографії порожнини зуба і прохідності корневих каналів, стану навколоверхівкових тканин, тканин крайового і верхівкового пародонту, а також альвеолярного відростка щелепи впродовж усього зубного ряду. На прицільних знімках уточнюють стан периапікальних тканин у кожного зуба, визначають розмір і форму порожнини зуба, величину і напрямок коренів, прохідність корневих каналів.

Електроодонтодіагностика інтактних зубів, що підлягають препаруванню, є бажаною, як один із об'єктивних методів, що дозволяє оцінити стан пульпи в процесі лікування та після його завершення.

У пацієнтів з прогнатичним, прогенічним або глибоким прикусом, зміщенні нижньої щелепи, а також при патологічному стиранні зубів і пониженому прикусі доцільно проводити томографію скронево-нижньощелепного суглоба для визначення топографічних взаємовідношень його елементів, які при даних видах патології нерідко порушені, що є причиною дисфункціонального синдрому.

При наявності у пацієнтів ознак порушення функції жувальних м'язів (бруксизм) необхідно виконати електроміографію і електротонometriю і з врахуванням їх результатів провести відповідне попереднє лікування.

Для визначення функціонального стану судин пародонта і виявлення порушень кровообігу в його тканинах використовують метод реопародонтографії.

В ортопедичній стоматології використовується декілька рентгенологічних методик: внутрішньо- і позаротова рентгенографія, томографія, панорамна рентгенографія, ортопантомографія, телерентгенографія.

Внутрішньоротова рентгенографія дає можливість виявити каріозні порожнини на апроксимальних поверхнях, під штучними коронками, в пришийкових ділянках; наявність ретенуваних зубів, при патологічному стиранні – орієнтовною топографію пульпи; стан кореневого каналу, якість його пломбування, стан апікальних тканин, періодонтальної щілини, кісткової тканини альвеолярних паростків.

Характерні рентгенологічні прояви уражень зубощелепової системи:

Остеопороз – дистрофія кісткової тканини. Характеризується зменшенням кількості кісткових перекладин одиниці об'єму кістки, стоншенням і повним розсмоктуванням цих елементів.

Остеосклероз – перебудова кісткової структури. Характерне збільшення кількості кісток, перекладин в одиниці об'єму кістки, їх потовщення, зменшення кістковомозкових порожнин аж до повного їх зникнення.

Остеоліз – розсмоктування обмеженої ділянки кістки, яке характеризується лізисом остеоцитів та інкапсулюванням цих ділянок з утворенням секвестрів

Атрофія кісткової тканини – зменшення об'єму і маси тканини. Розвивається внаслідок порушення фізіологічного співвідношення між процесами розсмоктування і утворення кісткової тканини, характеризується зникненням кісткових структур.

Контрольні питання:

1. Особливості обстеження суб'єктивного хворого в клініці ортопедичної стоматології
2. Діагностичне значення зовнішньоротового огляду
3. класифікація дефектів зубних рядів за Кенеді та Бетельманом
4. Клінічна оцінка стійкості зубів фізіологічні та патологічні прикуси діагностичне значення пародонтальних індексів (РМА, СРІТN).
5. Топографія нейтральної зони.
6. Обстеження альвеолярних відростків
7. Статичні методи обчислення жувальної ефективності за Агаповим, Оксманом, Курляндським.
8. Функціональні жувальні проби.
9. Види рентгенографії, які застосовуються в стоматології
10. Вимоги до якості прицільних рентгенограм
11. Основні рентгенологічні прояви патологічних змін у кістковій тканині щелеп
12. Ортопантомографія
13. Рентгенографія скронево-нижньощелепового суглоба, артрографія

Самостійна робота № 2

Біомеханіка жувального апарату. М'язова система жувального апарату

Навчальна мета: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань біомеханіки жувального апарату.

Професійно-орієнтована мета: поглибити знання лікарів-інтернів з питань артикуляційних рухів нижньої щелепи

Навчальні питання:

1. Поняття «біомеханіка».
2. Сагітальний суглобовий шлях.
3. Оклюзійна площа.
4. Сагітальний різцевий шлях.
5. Трьох точковий контакт Бонвіля.
6. Трансверзальний різцевий шлях.

Короткий зміст заняття.

Біомеханіка - наука про рухи людини та тварин. Нижня щелепа людини робить рухи в трьох площинах:

- вертикальному;
- сагітальному;
- трансверзальному.

Відстань, яку проходить головка нижньої щелепи при рухах нижньої щелепи вперед, носить назву сагітального суглобового шляху. Він характеризується певним кутом сагітального суглобового шляху. Цей кут утворюється при перетині лінії, яка лежить на продовженні сагітального суглобового шляху з оклюзійною протетичною площиною. Оклюзійна протетична площина, яка проходить через різучі краї центральних різців нижньої щелепи і дистальні щічні бугорки зубів мудрості або через подібні бугорки других молярів. Кут сагітального шляху по Гізі дорівнює в середньому 33 градуси.

Шлях, що проходять нижні різці при висуванні нижньої щелепи вперед, називається сагітальним різцевим шляхом. При перетині лінії сагітального різцевого шляху з оклюзійною площиною утворюється кут, який називають кутом сагітального різцевого шляху. По Гізі, він в середньому становить 40-50 градусів.

При передній оклюзії можливі контакти зубів у трьох точках: одна з них розташована на передніх зубах, а дві - на задніх пагорбках третіх молярів. Це явище отримало назву трьохпунктного контакту Бонвіля.

При трансверзальних рухах нижньої щелепи на стороні скороченого м'язу головка нижньої щелепи зміщується вниз, вперед і дещо всередину. При цьому вона утворює шлях під кутом до сагітальної лінії суглобового шляху. Цей кут отримав назву кута Бонвіля. В середньому він дорівнює 17 градусів.

Кут, який утворюється від перетину кривих, утворених переміщенням центральних різців при трансверзальних рухах нижньої щелепи, називається кутом трансверзального різцевого шляху або готичним кутом. Він обумовлює розмах бокових рухів різців і дорівнює 100-110 градусів.

Контрольні питання:

1. Сагітальний суглобовий шлях.
2. Оклюзійна площина.
3. Сагітальний різцевий шлях.
4. Трьохточковий контакт Бонвіля.
5. Трансверзальний різцевий шлях.

Самостійна робота № 3

Будова скронево-нижньощелепового суглобу

Навчальна мета: заняття: поглиблення знань з будови та функції скронево-нижньощелепового суглоба

Професійно орієнтована: закріплення вмій з обстеження скронево-нижньощелепного суглоба

Навчальні питання:

1. Провести обстеження хворого з артрозом СНЩС.
2. Провести обстеження хворого зі звихом СНЩС.
3. Використання даних рентгенографії та томографії для підтвердження діагнозів артрозу СНЩС та звиху нижньої щелепи.

Короткий зміст заняття:

Скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) – парний, комбінований, рухи в ньому здійснюються одночасно.

Кожен суглоб утворений суглобною западиною, суглобною головкою, суглобним горбком, внутрішньосуглобним диском та капсулою.

Суглобова ямка має еліпсоподібну форму, спереду обмежена суглобовим горбком, ззаду – зовнішнім слуховим проходом, ззовні – виличним відростком, зсередини – відростком основної кістки. Об'єм ямки у 2-3 рази перевищує об'єм суглобової головки. Інконгруентність між головкою і ямкою досягається за рахунок внутрішньосуглобового диска. Ямка ділиться на передню, інтракапсулярну частину, покриту хрящем, і задню, екстракапсулярну.

Суглобовий горбик являє собою кісткове відгалуження виличного відростка. Є три його форми: плоска, крута, середньо-випукла.

Суглобні головки мають еліпсоподібну форму, вони витягнуті в поперечному напрямку.

Передня верхня поверхня головок покрита хрящем.

Внутрішньосуглобовий диск має форму двогнутої пластини, складається з фіброзного хряща, своїми краями зрощений з суглобовою капсулою, розділяє суглоб на верхньо-передній та нижньо-передній відділи.

Суглобова капсула прикріплена з одного боку до скроневої кістки, з іншого – до шийки скроневого відростка, ззовні має латеральну зв'язку. У капсулі розрізняють два шари: перший міцний, складається з щільної волокнистої сполучної тканини, другий синовіальний, утворений з пухкої сполучної тканини, яка містить багато еластичних волокон і судин.

Контрольні питання:

1. Клінічна картина артрозу СНЩС.
2. Зміни на ретгенограмі та томографі характерні для артрозу СНЩС
3. Артроз, артрит СНЩС, синдром больової дисфункції – диференційна діагностика.
4. Клінічні прояви звиху нижньої щелепи.
5. Рентгенологічні ознаки звиху нижньої щелепи.
6. Диференційна діагностика звихів нижньої щелепи і внутрішньо-суглобового диску.

Самостійна робота № 4

Клініко-лабораторні етапи виготовлення паяних мостоподібних протезів

Навчальна мета заняття: поглиблення знань з використання штамповано-паяних мостоподібних протезів у ортопедичній стоматології

Професійно орієнтована: закріплення знань та вмінь щодо застосування штамповано-паяних мостоподібних протезів

Навчальні питання:

1. Покази та протипокази до застосування штампованих мостоподібних протезів
2. Біомеханіка мостоподібного протеза
3. Клінічні та лабораторні етапи виготовлення штамповано-паяних мостоподібних протезів
4. Оцінка якості виготовлених паяних мостоподібних протезів
5. Критичний погляд на штамповано-паяні конструкції

Короткий зміст заняття:

Мостоподібним зубним протезом називається лікувальний апарат для відновлення часткових дефектів зубного ряду, який фіксується на зубах, що обмежують дефекти і передає жувальний тиск на пародонт.

При плануванні конструкції незнімного мостоподібного протеза необхідно прийняти до уваги наступні моменти, які впливають з кінетики мостоподібного протеза і біомеханіки пародонта.

Опри протеза рухомі при навантаженні за рахунок еластичності волокон періодонту, судинної системи і наявності періодонтальної щілини.

Пародонт опорних зубів сприймає як вертикальні, так і навантаження під різним кутом до осей зубів, що обумовлене складним рельєфом оклюзійної поверхні та характером жувальних рухів нижньої щелепи.

Навантаження на протез і опорні зуби носить циклічний характер і розвивається не тільки під час жувальних рухів, а й при ковтанні та встановленні зубних рядів у положенні центральної оклюзії, що викликає складний комплекс реакцій пародонта у відповідь.

Можливість лікування часткової адентії мостоподібними протезами, прикладення додаткового жувального навантаження на опорні зуби базується на загально-біологічному положенні про наявність у тканинах і органах людини фізіологічних резервів. Межа витривалості пародонта до тиску складає для премолярів 40-50 кг, для молярів 60-70 кг.

Однак у природних умовах при відкушуванні та пережовуванні їжі людина не розвиває зусиль, які могли б викликати біль. Таким чином, постійно реалізується лише частина витривалості пародонта до навантаження, а частина складає фізіологічний резерв, який використовується в екстремальних ситуаціях, зокрема протезуванні.

Показами до протезування мостоподібними протезами є: малі і середні включені дефекти, рідше – кінцеві дефекти.

При вирішенні питання про можливість протезування мостоподібними протезами беруть до уваги наступні фактори: число відсутніх зубів, місце розміщення дефекту зубного ряду, характер обмеження дефекту зубами, жувальна ефективність зубів-антагоністів, оклюзійні співвідношення зубних рядів; число, групу, стан зубів, які можливо використати як опорні, стан пародонту.

За способом виготовлення мостоподібні протези поділяють на паяні, деталі яких з'єднуються шляхом паяння, і суцільнолиті, які мають суцільнолитий металевий каркас.

Недоліком паяних мостоподібних протезів є наявність припою

До мостоподібних протезів висувають наступні вимоги, що торкаються в першу чергу жорсткості конструкції. Опіраючись на пограничні з дефектом зуби, мостоподібний протез виконує функцію видалених зубів, і таким чином, передає на опорні зуби підвищене функціональне перевантаження. Протистояти їй може лише протез, що характеризується достатньою міцністю.

Контрольні питання:

1. Вимоги до препарування опорних зубів під штамповані коронки
2. Вимоги до штампованої коронки
3. Матеріали для зняття відбитків
4. Зняття відбитку гіпсоблоком
5. Робоча та допоміжна моделі
6. Ускладнення при протезуванні паяними мостоподібними протезами

Самостійна робота № 5

Протезування адгезивними мостоподібними протезами.

Навчальна мета заняття: удосконалення знань лікарів-інтернів з питань протезування адгезивними мостовидними протезами.

Професійно орієнтована: закріплення знань та вмінь щодо застосування адгезивних мостоподібних протезів.

Навчальні запитання:

1. Будова адгезивних мостовидних протезів.
2. Покази та протипокази до протезування адгезивними мостовидними протезами.

Короткий зміст заняття

Сучасні адгезивні мостовидні протези - це суцільнолиті конструкції, які за допомогою опорно-утримуючих елементів та клеючих (композитних) матеріалів фіксуються на вибраних ділянках емалі (попередньо протравленої 40-50% розчином фосфор, кислоти) опорних зубів.

Конструкція АМП включає наступні елементи:

Опорні елементи - оклюзійні накладки для протидії вертикальним компонентам жувального тиску;

Утримуючі (ретенційні) елементи - охоплюючі накладки для нівелювання та розподілу горизонтальних компонентів жувального тиску; Тіло протеза, що відновлює відсутні зуби Загальна площа опорно-утримуючих накладок має складати біля 20-30 мм² переважати площу проміжної частини АМП в 1,5-2 рази. Оптимальна товщина каркасу 0,4-0,6 мм.

З'єднання на межі «композит-метал» забезпечується за рахунок ретенційних пристосувань. Ефективність з'єднання зростає при використанні мікрOMEХАНІЧНИХ видів ретенції: піскоструменева обробка, електролітичне правлення, нанесення пористого керамічного шару шляхом випалювання.

За допомогою АМП можна відновлювати обмежені дефекти, у фронтальній ділянці вщ не більше 2-х зубів, нщ до 3-х зубів, у бокових ділянках - не більше 1-го зуба.

Покази до використання АМП:

Молодим людям до 25р., яким традиційні протези не показані через великі розміри пульпової камери;

Хворим за станом здоров'я (ССЗ, псих., поруш.) для усунення стресових ситуацій, пов'язаних з препаруванням зубів;

При безпосередньому протезуванні дефектів зубів у фронтальній ділянці;

Для відновлення дефектів у випадках вираженої непаралельності опорних зубів.

Протипокази:

Ураження емалі чи карієс опорних зубів із значним пошкодженням поверхонь, на яких здійснюється фіксація АМП;

Вид прикусу, який перешкоджає розташуванню суцільного каркаса на опорних зубах (глибокий прикус);

Низькі клінічні коронки опорних зубів чи аномалії їх форми;

Рухомість опорних зубів ІІ-ІІІ ступенів; парафункції (бруксизм); виражені тріми чи діастеми.

Переваги:

- Відсутність препарування опорних зубів;
- Зменшення негативного впливу на тканини пародонту та відсутність конструктивних перешкод для терапевтичного чи хірургічного лікування патології пародонту;
- Мінімальне протезне поле і швидка адаптація пацієнтів;
- Зниження вартості протезування;
- Можливість повторного накладання протеза після розцементування.

Контрольні запитання

1. Особливості будови адгезивних мостовидних протезів.

2. Покази та протипокази до протезування адгезивними мостовидними протезами.
3. Особливості клінічних етапів виготовлення адгезивних мостовидних протезів.

Самостійна робота № 6 **Класифікація беззубих щелеп.**

Навчальна мета заняття: поглиблення знань з класифікації беззубих щелеп та співвідношення беззубих щелеп

Професійно орієнтована: закріплення знань та вмінь щодо класифікації беззубих щелеп та співвідношення беззубих щелеп

Навчальні питання:

1. Стареча прогенія
2. Симптомокомплекс Костена
3. Класифікація беззубої верхньої щелепи Шредера.
4. Класифікація беззубої нижньої щелепи за Келлером

Короткий зміст заняття:

При повній втраті зубів в щелепно-лицевій системі спостерігаються виражені функціональні порушення, які супроводжуються атрофією лицьового черепа і м'яких тканин, які його покривають.

З метою оцінки беззубих щелеп запропоновані різноманітна класифікації.

Найбільш поширена Шредера для беззубої верхньої щелепи і Келлера – для нижньої.

В класифікації Шредера представлено три типи беззубої верхньої щелепи

Перший тип – високий альвеолярний відросток, який рівномірно покритий слизовою оболонкою, добре виражені верхньощелепові горби, глибоке піднебіння, слабо виражений торус і його відсутність.

Другий тип середній ступінь атрофії альвеолярного відростка, помірно виражені верхньощелепові горби, середньої глибини піднебіння, виражений торус.

Третій тип – повна відсутність альвеолярного відростка, різко зменшені розміри тіла щелепи і верхньощелепового горба, пласке піднебіння, широкий торус.

Для фіксації протезів має також значення форма альвеолярних відростків. Розрізняють відвисну, пологу і конвергуючу форми вестибулярного скату.

Для збереження пристосування протеза під час жування найбільш сприятливим є альвеолярний відросток, який має відвисну форму вестибулярного скату. До певної міри сприятливою є також відлога головка.

Для беззубої нижньої щелепи широко відома класифікація Келлера.

Перший тип – щелепа з різко вираженою альвеолярною частиною, перехідна згортка розміщена далеко від її гребеня.

Другий тип – різка рівномірна атрофія всієї альвеолярної частини, податлива слизова оболонка розміщена майже на рівні гребеня.

Третій тип – альвеолярна частина добре виражена у фронтальному відділі і різко атрофована в ділянці жувальних зубів

Четвертий тип – альвеолярна частина різко атрофована у фронтальній ділянці і добре виражена в ділянці жувальних зубів.

Для лікування найбільш сприятливим вважають перший і третій типи беззубих щелеп.

Контрольні питання:

1. Порушення, що виникають в щелепно-лицевій ділянці при повній втраті зубів.
2. Класифікація беззубої верхньої щелепи Шредера.
3. Класифікація беззубої нижньої щелепи за Келлером
4. Класифікація Дойнікова

Самостійна робота № 7

Функціональні відбитки . Індивідуальні ложки.

Навчальна мета заняття: поглиблення знань з методів отримання анатомічних та функціональних відбитків щелеп

Професійно орієнтована: закріплення знань та вмій щодо методів методів отримання анатомічних та функціональних відбитків щелеп

Навчальні питання:

1. Підбір стандартних ложок на беззубу щелепу та методика отримання анатомічного відбитка.
2. Виготовлення індивідуальної ложки
3. Припасування індивідуальної ложки в порожнині рота. Проби Гербста.
4. Методика отримання різних видів відбитків в залежності від стану податливості слизової беззубих щелеп.

Короткий зміст заняття:

Розрізняють анатомічні і функціональні відбитки. Перші отримують стандартною або індивідуальною ложкою без застосування функціональних проб, а отже, без врахування функціонального стану тканин, що розташованих на межах протезного ложа. Функціональний відбиток знімається ложкою з застосуванням спеціальних функціональних проб, що дозволяють відобразити рухомість перехідної і інших складок слизової оболонки ротової порожнини, що розташовані на межі протезного ложа.

Труднощі в отриманні якісного відбитка збільшуються по мірі зростання атрофії альвеолярного гребеня. Ці труднощі можна усунути за допомогою індивідуальної ложки, яка виготовляється, як правило, з пластмаси хімічної

ініціації. Відбиток при цьому залишається анатомічним. Він лише полегшує нам отримання якісного відбитка.

При протезуванні пацієнта з повною відсутністю зубів за анатомічним відбитком технік виготовляє індивідуальну ложку. Лікар, виготовлену техніком ложку, повинен припасувати (підігнати, зробити її краї максимально близькими до протезного ложа). Припасування заключається в тому, що стоматолог-ортопед досягає максимальної стійкості ложки, вона не повинна “злітати” при рухах язиком і щоками, щоб краї ложки не заходили під рухому слизову. Для цього застосовують низку проб Гербста.

Далі підбирають відбитковий матеріал. Вибір відбиткового матеріалу залежить від ступеня атрофії альвеолярного відростка, його форми і найголовніше характеру слизової оболонки протезного поля, її ступеня податливості (м’якості).

Поширеною є методика зняття компресійного відбитка. Такі відбитки знімають силіконовими відбитковими масами середньої в’язкості, поліефірними відбитковими матеріалами.

При деяких клінічних умовах (атрофована слизова) виникає необхідність, навпаки, розвантажити слизову оболонку. Такі відбитки будуть декомпресійними або розвантажуючими. Їх знімають рідкотекучими відбитковими матеріалами – цинкоксидевгенольні пасти, гідроколоїдні матеріали, полісульфідні відб. мат., силікони рідкої в’язкості. Необхідною умовою є також перфорована індивідуальна ложка.

Відома методика диференційованого відбитка. Для цього індивідуальною ложкою знімається попередній відбиток, потім в місцях, де слід розвантажити слизову (тяжі, мала податливість слизової) забирають відбиткову масу шпателем, або роблять відвідний протік. Замішують рідкотекучу масу і знову повторюють зняття функціонального відбитку.

Контрольні питання:

1. Припасування індивідуальних ложок на верхню та нижню щелепи.
2. Границі повних знімних протезів.
3. Помилки при припасуванні індивідуальних ложок. Методи їх корекції.
4. Компресійний відбиток.
5. Розвантажуючий відбиток
6. Диференційований відбиток.

Самостійна робота № 8

Системи фіксації дугового протезу: камерна, рейкова, замкова.

Навчальна мета заняття: вдосконалити знання лікарів-інтернів з питань конструкційних особливостей бюгельного протеза.

Професійно орієнтована мета: закріпити знання з вибору правильного типу фіксації дугового протеза.

Навчальна питання:

1. Основні елементи бюгельного протезу.
2. Базис бюгельного протезу, його суть.
3. Особливості дуг на верхній та нижній щелепах.
4. Кламери, що використовуються в бюгельних протезах.

Короткий зміст заняття:

В бюгельних протезах застосовують тільки опорно-утримуючі кламери, які складаються з пліч, розташованих на вестибулярній та оральній поверхнях зуба: тіла, розташованого з бокових поверхонь опорних зубів: оклюзійної накладки і якірної частини відростка, яка з'єднує металевий каркас з пластмасовим базисом. Однією з різновидностей фіксації бюгельних протезів є штангова або балкова система фіксації. Ця конструкція включає в себе опорну незнімну частину у вигляді коронок, над кореневих ковпачків, з'єднаних штангою або балкою. Штанга Румпеля - прямокутна плоска, штанга Дольдера - краплевидна.

Незнімна частина може бути штамповано-паяною, хоча перевагу слід надавати суцільнолитій конструкції.

Після препарування опорних зубів і зняття відбитків, незнімну частину моделюють з воску, відливають з металу. Готову литу конструкцію припасовують у ротовій порожнині і фіксують, після чого знімають відбиток для бюгельного протезу.

Бюгельний протез моделюється таким чином, щоб у місці розміщення балки містилась відповідна до неї контрбалка. Складовою частиною литого опорно- утримуючого кламера є: плече кламера, тіло, відростки і оклюзійна накладка.

Верхня частина плеча і тіло кламера робляться грубими і жорсткими. Плече кламера, грубе і жорстке у верхній частині, витончується донизу, набираючи форму рогу. Верхня частина кламера жорстка розміщується вище роздільної лінії і виконує роль опорного елемента, одночасно перешкоджаючи боковому зміщенню протезу. Нижня частина кламера, більш тонка, розміщується нижче роздільної лінії і забезпечує фіксацію протезу.

Система Нея включає п'ять типів кламерів.

Кламер типу 1 двоплечий із оклюзійною накладкою. Застосовується при типовому розміщенні роздільної лінії.

Кламер типу 2 складається з оклюзійної накладки і двох Т-подібних плечей. Застосовують при незвичному розміщенні роздільної лінії (медіальний нахил зуба).

Кламер типу 3 включає, крім оклюзійної накладки, один звичайний і один Т-подібний кламер. Застосовується при мезіальному нахилі зуба або його розвороті.

Кламер типу 4 -одноплечий, зворотньодіючий. Застосовується при язичному (піднебінному або щічному нахилі опорних зубів).

Кламер типу 5 - одноплечий, кільцевий.

Крім кламерів системи Нея, широко використовуються також кламери Бонвіля: шестиплечі, оскільки мають дві суміжні оклюзійні накладки у фісурах сусідніх опорних зубів і по два плеча з кожного боку на кожному зубі; неперервний кламер полоска Кенеді; перекидний кламер Джексона; кламер Рейхельмана; кламер Роуча.

Стабілізація по дузі абсолютно показана також у випадку, коли у фронтальній групі зубів відсутній дистальний захист - ікло, яке закінчує фронтальну групу зубів, має самий сильний пародонт, стоїть на переході від однієї функціонально орієнтованої групи зубів до іншої. Втрата ікла може бути компенсована блокуванням усієї групи фронтальних зубів з найближчим жувальним зубом - премоляром або моляром. При втраті ікла з однієї сторони таке блокування здійснюється фронтально-сагітальною стабілізацією, при втраті ж обох ікол, або уражені пародонта - стабілізацією по дузі. Однією з рідновидностей фіксації бюгельного протезу є замкова система фіксації. Є декілька видів замкових конструкцій атачменів, які об'єднують загальний принцип: опорна частина сполучена на проксимальній поверхні зі штучною короною патрична частина, а утримуюча, знімна, точно повторює форму внутрішньої поверхні останнього, входить в неї матриця, маючи одну, вертикальну, ступінь свободи.

Пластмасові атачмени кріпляться до проксимальних поверхонь коронок опорних зубів за допомогою паралелометра і спеціального тримача матриці, що на ньому закріплений каркас. Каркаси опорних коронок, таким чином, відливаються з патричними частинами атачменів.

Матриця атачмена з'єднується з патричною частиною не безпосередньо у сідлі протеза, а лише через спеціально змодельований фасетковий зуб.

Контрольні запитання:

1. Кламерна система фіксації бюгельного протезу Конструкція замкового кріплення.
2. Різновидності замкових кріплень.
3. Моделювання патричної частини замкових кріплень.
4. Моделювання матричної частини замкових кріплень.
5. Фіксація бюгельного протезу на замкові кріплення.

Самостійна робота № 9 Вибіркове пришліфовування зубів.

Навчальна мета заняття: поглиблення знань принципів і методик вибіркового пришліфовування зубів.

Професійно орієнтована: закріплення знань та вмінь щодо техніки та інструментарію для вибіркового пришліфовування зубів.

Навчальні питання:

1. Поняття про травматичну оклюзію та артикуляцію
2. Методики виявлення травматичної артикуляції

3. Методика і правила пришліфовування зубів.

Короткий зміст заняття:

Основними принципами, яким необхідно користуватись при проведенні вибіркового пришліфовування твердих тканин коронок зубів є наступні:

- зішліфовування проводити у межах товщини емалевого шару;
- зішліфовування твердих тканин на оклюзійній поверхні не проводиться у зубах, які є опорними, утримуючими міжальвеолярну відстань у центральній оклюзії;
- зуби-антагоністи у центральній оклюзії повинні зберігати контакт.

Позитивним результатом вибіркового пришліфовування вважають створення одномоментного множинного точкового контакту при всіх видах оклюзії. Усунення травматичної оклюзії досягається створення стабільної задньої оклюзійної опори, усуненням передчасних контактів, забезпеченням плавних ковзних контактів при рухах нижньої щелепи. Після зішліфовування поверхню зуба полірують і 2-3 рази покривають фторлаком.

Контрольні питання:

1. Систематика захворювань пародонту
2. Показники на підставі яких можна судити про ступінь запального і дистрофічного процесів в тканинах пародонту.
3. Покази до вибіркового пришліфовування зубів
4. Обґрунтування лікувальної і профілактичної ефективності вибіркового пришліфовування з біомеханічної точки зору
5. Супраконтакти, методи їх виявлення.
6. Інструментарій необхідний для проведення вибіркового пришліфовування.

Самостійна робота № 10 **Міогімнастика при лікуванні ЗЩЛ аномалій.** **Профілактика ЗЩЛ аномалій**

Навчальна мета заняття: визначити причини, патогенез та біомеханіку деформацій, пов'язаних з частковою відсутністю зубів.

Професійно орієнтована: закріпити знання лікарів-інтернів з питань міогімнастики при лікуванні ЗЩЛ аномалій

Навчальні питання:

1. Особливості ортодонтичних втручань у пародонтологічних хворих.
2. Ортодонтичне лікування без апаратів.
3. Міогімнастика.

Короткий зміст заняття:

Ортодонтичні заходи є підготовкою до подальшого шліфування зубів або кінцевого протезування. Найпростішим видом такої терапії є гімнастичні

вправи, які рекомендуються пацієнтам у випадках дистального зміщення щелепи після попереднього пришліфовування зубів і утворення ковзного прикусу. Доцільно займатися вправами, що розвивають м'язи, які висувають нижню щелепу допереду. Для зміцнення цих м'язів, тобто для більшого та швидшого ефекту лікування, пропонується часте висування нижньої щелепи, коли тиск руки протидіє рухові щелепи.

Якщо положення верхніх зубів віялоподібне, корисно відтягувати верхню губу донизу за допомогою нижніх різців.

При вирівнюванні нижніх зубів можна застосовувати активний тиск м'язих тканин, але й пасивний. При міграції нижніх зміщених зубів достатньо їх настільки вкоротити, щоб вони втратили точки дотику між собою: тоді дія губних м'язів і тиску язика повернуть їх у потрібне положення.

Контрольні запитання:

1. Міогімнастика при дистальному зміщенні щелепи.
2. Вправи для вирівнювання нижніх зубів.
3. Що потрібно врахувати при виконанні міогімнастичних вправ?

Самостійна робота № 11

Аномалії зубів та зубних рядів. Аномалії щелеп та прикусу.

Навчальна мета заняття: визначити причини, патогенез та біомеханіку деформацій, пов'язаних з частковою відсутністю зубів.

Професійно орієнтована: закріпити знання лікарів-інтернів з питань аномалій ЗЩС.

Навчальні питання:

1. Етіологія та патогенез набутих деформацій ЩЛД.
2. Теорія артикуляційної рівноваги Годона.
3. Біомеханіка переміщення зубів при часткових дефектах зубних рядів.
4. Принципи та методи лікування деформацій викликаних частковою відсутністю зубів.

Короткий зміст заняття:

Після часткової втрати зубів виникають умови незвичного навантаження на зубні ряди і розподілу жувального тиску, що призводить до деформації прикусу та оклюзійних співвідношень. Зубо-щелепова система є цілісним елементом, який є функціонально стабільним при безперервності зубних рядів. При втраті навіть одного зуба напрям дії сил на зуби, які обмежують дефект змінюється. Взаємовідношення зуба з антагоністами і сусідніми зубами в момент функціонального навантаження зображене Годоном у вигляді паралелограма сил. При опрацюванні плану лікування увага акцентується на показах до депульпації зубів, зашлифовування та дезоклюзії.

Контрольні запитання:

1. Аномалії зубів.
2. Аномалії зубних рядів.
3. Феномен Годона-Попова
4. Аномалії прикусу.

Самостійна робота № 12
Класифікація відбиткових матеріалів.
Твердіючі та еластичні відбиткові матеріали

Навчальна мета заняття: поглиблення знань з класифікації матеріалів, які застосовуються в ортопедичній стоматології, відбиткових та моделювальних матеріалів.

Професійно орієнтована: закріплення знань та вмій щодо класифікації матеріалів, які застосовуються в ортопедичній стоматології, відбиткових та моделювальних матеріалів.

Навчальні питання:

1. Види гідроколоїдних відбиткових матеріалів
2. Види силіконових відбиткових матеріалів
3. Види твердих відбиткових матеріалів
4. Полівінілсилоксанових відбиткових матеріалів
5. Методики зняття відбитків еластомерними відбитковими матеріалами
6. Моделювальні матеріали, які застосовують в ортопедичній стоматології

Короткий зміст заняття:

Відбиткові матеріали можна класифікувати у відповідності з їхнім фізичним станом після тверднення – на тверді і еластичні, а також за характером їх ущільнення на зворотні, які можуть використовуватися декілька раз і незворотні, що використовуються лише раз.

В сучасному стані класифікація відбиткових матеріалів виглядає наступним чином:

Класифікація відбиткових матеріалів

Еластомерні матеріали	Гідроколоїди	Інші матеріали
А-силікони	агар-агар	термопластичні
С-силікони	альгінатні	метакрилові
Поліефіри		цинкоксидевогенольні
Полісульфіди		інші

Більшість сучасних еластомерних матеріалів випускається з різними типами в'язкості. Згідно міжнародного стандарту ISO відбиткові матеріали за в'язкістю поділяються на наступні:

- Тип 0 - тістоподібної консистенції (putty),
Тип 1 - високої в'язкості (heavy body),
Тип 2 – середньої в'язкості (regular body),
Тип 3 - матеріали низької в'язкості (light body) (wash body).

Контрольні питання:

1. Визначення поняття відбиток
2. Класифікація сучасних відбиткових матеріалів
3. Фізико-хімічні властивості основних груп еластичних відбиткових матеріалів
4. Методики отримання відбитків
5. Відбиткові ложки, їх види.
6. Моделювальні матеріали, які застосовують в ортопедичній стоматології

Література

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. – Смоленск, 2000. – 575с.
2. Автоматизована атестаційна система для атестації лікарів, провізорів, медичних працівників / Київ. – 2001.
3. Азбука СПИДа. / Пер. с англ. (под. ред. Адлера).– М.: Мир, 1991.– 168с.
4. Біда В., Павленко М., Біда О. Мостоподібні конструкції зубних протезів. – Львів.: Галдент, 2007. – 83с.
5. Біда В.І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування // Навчально-методичний посібник. – Київ. – 2002. – 93с.
6. Біда В.І., Клочан С.М. Заміщення дефектів зубних рядів сучасними конструкціями знімних протезів. – Львів, 2009. – 152с.
7. Васильев М.А., Беда В.И., Гурин П.А. Физиологический отклик на состояние поверхности металлических дентальных имплантатов. – Львів, 2010. – 115с.
8. Вовк Ю.В. Вибір методу знечулення при санації ротової порожнини у пацієнтів з різними психо-невротичними статусом в умовах поліклініки. Автореф. Дис. докт. мед. наук, Москва, 1992.
9. Вовк Ю.В., Палков Т.А. Відбиткові матеріали, які застосовують в ортопедичній стоматології / Львів. – 2002.
10. Вовк Ю.В., Палков Т.А. Матеріали для постійної та тимчасової фіксації незнімних ортопедичних конструкцій / Львів. – 2002.
11. Гумецький Р.А., Завадка О.Є., Рожко М.М., Січкорізі Л.М. Психологічна і медикаментозна підготовка пацієнтів у стоматологічній практиці. – Львів, 2000. – 233с.

12. Жулев Е.К. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. – Н. Новгород, 1995. – 365 с.
13. Жулев Е.К. Частичные съемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. – Н. Новгород: Из-во НГМА, 2000. – 425 с.
14. Жулев Е.Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника 2-е издание Нижний Новгород 1998.
15. Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е., Фантомный курс ортопедической стоматологии./ Под ред. проф. В.Н. Трезубова- М. Медицинская книга. Н.Новгород. Изд-во НГМА, 2001, 341 С.
16. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии.– Киев: Книга плюс, 2001. – 320с.
17. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии.– М.: Триада-Х, 1998. – 174с.
18. Король М.Д. Пропедевтика ортопедичної стоматології..Вінниця, Нова книга, 2009, с. 197-198, 240 с.
19. Левітов О.М., Рубаненко В.В., Король М.Д. Щелепно-лицева ортопедія/ Курс лекцій. – Полтава, 1995. – 79 с.
20. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии, 1-е издание Львов 1999.
21. М.М.Рожко, Т.М.Михайленко, В.С.Онищенко Довідник з ортопедичної стоматології. – Київ, «Книга плюс». – 2004. - 291с.
22. Міщенко В.П. Силенко Ю.І., Рубаненко В.В., Жукова І.О. Функціональна діагностика в ортопедичній стоматології. – Полтава, 1996. – 26с.
23. Нідзельський М.Я. Механізми адаптації до зубних протезів.– Полтава, 2003.– 115с.
24. Онищенко В.С., Беда В.И., Овчаренко А.Н., Тодорович М. Возмещение дефектов зубных рядов цельнолитыми конструкциями несъемных зубных протезов. Часть 3. Особенности получения оттисков на клинических этапах изготовления цельнолитых конструкций зубных протезов // Клиническая стоматология - 2000. - № 3. - P.74-77.
25. Петросов Ю.А., Калпакьянц О.Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – Краснодар, 1996. – 320с.
26. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія.– К.: Книга плюс, 2003.– 486с.
27. Скоков А.Д. Сплавы в ортопедической стоматологии // Новое в стоматологии для зубных техников - 1998.-№ 1.-С.28-39.
28. Тестові завдання з ортопедичної стоматології (під редакцією проф. Біди В.І., доц. Дорошенко О.М.). –Київ, 2012. – 244с.
29. Трезубов В.Н., Штейнгарт М.З., Мишнев Л.М Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение: Учебник для медицинских вузов. – С.Пб.: Специальная литература, 1999. – 324 с.

30. Цимбалистов А.В., Козицына С.И., Жидких Е.Д., Войтяцкая И.В. Оттисковые материалы и технологии их применения. – Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2001. – 92с.
31. Чибисова М.А., Поздняк-Чучман В.В. Цифровая рентгенография в практической стоматологии // Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2001. – 48с.
32. Шарова Т.В., Рогожников Г.И., Сидоренко И.В. Факторы нарушения окклюзии и методы ее нормализации. – Пермь, 1990.– 227с.
33. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов. – М.: Медицина, 1994. – 203с.
34. Щербаков А.А., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. – С.Петербург, 1997. – 568с.

