

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт стоматологии им.Е.В.Боровского
Кафедра ортопедической стоматологии

Методические материалы по дисциплине:
Ортопедическая стоматология
основная профессиональная образовательная программа
высшего профессионального образования

31.02.05 Стоматология ортопедическая

Задача 1



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 62 года, с жалобами на эстетический дефект, нарушение фиксации имеющегося полного съемного протеза на верхней челюсти, неприятный запах при чистке зубов на нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворенность внешним видом зубов.

Анамнез заболевания: Зубы на верхней челюсти были удалены в результате осложнений кариеса и пародонтита более 10 лет назад.

Внешний осмотр: нижняя 1/3 лица снижена, носогубные складки умеренно выражены, углы рта опущены.

Осмотр полости рта: Слизистая оболочка в области зубов 3.8 4.8 гиперемирована, отечна.

Имеется стирание-укорочение всех искусственных зубов на полном съемном протезе. Зубы 3.4, 3.8, 4.5, 4.8 покрыты металлокерамическими коронками, 3.5, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7 – фасетки мостовидных протезов. 3.8 4.8 нарушено краевое прилегание коронок с признаками развития кариеса. Кариозная полость 3.2

Снижение высоты нижнего отдела лица на 6 мм.

Результаты дополнительных исследований.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Перечислите признаки несостоятельности съемных и несъемных ортопедических конструкций
3. Составьте 2 плана лечения для данного пациента с применением имплантологического лечения и без
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациенту при планировании имплантации?

Ответ на задачу 1

1. Диагноз

Верхняя челюсть: вторичная полная адентия (по Кеннеди III класс I подкласс)

Нижняя челюсть: вторичная частичная адентия (дефекты зубных рядов), компенсированная мостовидным протезом.

Несостоятельный полный съёмный протез верхней челюсти (нарушение фиксации, стирание искусственных зубов).

Несостоятельные металлокерамические коронки на зубах 3.4, 3.8, 4.5, 4.8 (нарушение краевого прилегания, кариес).

Несостоятельные мостовидные протезы в области 3.5–3.7, 4.6–4.7 (сколы облицовки – фасетки).
Кариес зуба 3.2.

Снижение межальвеолярной высоты (на 6 мм).

Хронический маргинальный гингивит в области 3.8, 4.8.

2. Признаки несостоятельности съёмных и несъёмных конструкций

Съёмные протезы:

- плохая фиксация и стабилизация;
- несоответствие границ протезного ложа;
- стирание искусственных зубов;
- нарушение окклюзионных контактов;
- поломка базиса или кламмеров;
- неприятный запах, воспаление слизистой под протезом;
- неудовлетворительная эстетика.

Несъёмные протезы:

- нарушение краевого прилегания (видимый зазор);
- сколы облицовочного материала (фасетки);
- кариес под коронкой или мостовидным протезом;
- расцементировка;
- перегрузка опорных зубов;
- несоответствие анатомической форме;
- нарушение контактных пунктов;
- рецессия десны, гиперемия в области края коронки.

3. Планы лечения

План с имплантологическим лечением:

1. Санация: удаление несостоятельных коронок и мостовидных протезов, лечение кариеса 3.2, удаление 3.8, 4.8.
2. При необходимости – эндодонтическое лечение зубов нижней челюсти.
3. Верхняя челюсть: полный съёмный протез с опорой на 4–6 дентальных имплантатов (балочная или кнопочная фиксация).
4. Нижняя челюсть: после санации – установка имплантатов в зонах дефектов (с возможной отсроченной нагрузкой), изготовление металлокерамических/циркониевых коронок и мостовидных протезов на имплантатах и сохранных зубах.
5. Восстановление окклюзионной высоты (временные конструкции, затем постоянное

протезирование).

План без имплантации:

1. Санация: удаление несостоятельных конструкций, лечение кариеса 3.2, удаление 3.8, 4.8.
2. Нижняя челюсть: культевые вкладки (при необходимости), новые металлокерамические коронки/мостовидные протезы на оставшихся зубах (3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 4.5, 4.6, 4.7); при обширных дефектах – частичный съёмный (бюгельный) протез.
3. Верхняя челюсть: новый полный съёмный пластиночный протез с восстановлением высоты прикуса.
4. Коррекция окклюзии, обучение гигиене.

4. Дополнительные методы обследования перед имплантацией

- Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) челюстей – оценка объёма и плотности костной ткани, положения нижнечелюстного канала, гайморовых пазух.
- Ортопантограмма (ОПТГ) для общего обзора.
- Лабораторные анализы: сахар крови, коагулограмма, маркеры ВИЧ, гепатитов, сифилиса.
- Пародонтологический статус, индекс гигиены.
- Диагностические модели, восковое моделирование с восстановленной высотой.
- Консультация хирурга-имплантолога, анестезиолога.

Задача 2



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 62 года, с жалобами на неприятный запах изо рта, кровоточивость и болезненные ощущения при чистке на нижней челюсти, мануальные сложности при самостоятельной гигиене полости рта на НЧ (нижней челюсти).

Анамнез заболевания: Имплантация на нижней челюсти и ортопедическое лечение было проведено около 5 лет назад.

Осмотр полости рта: Протез с опорой на имплантаты на НЧ с винтовой фиксацией. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна в области имплантатов на НЧ. При пальпации в области всех имплантатов на НЧ гнойное отделяемое. Твёрдый минерализованный налёт на протезе в области имплантатов на НЧ. При пародонтологическом зондировании в области имплантатов на НЧ оголение имплантатов на 3-7мм.

Результаты дополнительных исследований.

На ортопантограмме: кратерообразная резорбция костной ткани в области имплантатов на НЧ от половины длины имплантатов до всей длины.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Укажите отличия съёмных, несъёмных, условно-съёмных ортопедических конструкций
3. Составьте план лечения для данного пациента
4. Назовите преимущества и недостатки съёмных ортопедических конструкций с опорой на имплантаты

Ответ на задачу 2

1. Диагноз

Хронический периимплантит (среднетяжёлая или тяжёлая форма) в области всех имплантатов на нижней челюсти.

Мукозит? (при наличии гноя и резорбции кости – именно периимплантит).

Неудовлетворительная гигиена полости рта.

2. Отличия съёмных, несъёмных, условно-съёмных конструкций

Тип Отличия

Съёмные - Пациент самостоятельно снимает и надевает; опора на зубы/слизистую; кламмеры; простой уход.

Несъёмные - Фиксированы цементом или винтами; не снимаются пациентом; восстанавливают анатомию; требуют тщательной гигиены.

Условно-съёмные Фиксация на имплантатах (винтовая или кнопочная); снимаются только врачом (иногда пациентом); сочетают свойства съёмных и несъёмных.

3. План лечения

1. Обучение гигиене, профессиональная гигиена (ультразвук, удаление минерализованных отложений).

2. Консервативное лечение: антисептические орошения, антибиотики (по чувствительности), лазеротерапия, закрытый кюретаж.

3. Хирургический этап: открытый кюретаж, удаление грануляций, обработка поверхности имплантатов, костная пластика дефектов.

4. При неэффективности – удаление имплантатов, санация, отсроченная реабилитация (через 4–6 месяцев новая имплантация).

5. Ортопедический этап: замена протеза (новый съёмный или несъёмный после заживления).

4. Преимущества и недостатки съёмных конструкций с опорой на имплантаты

Преимущества:

- улучшенная фиксация и стабильность по сравнению с обычными съёмными протезами;
- возможность самостоятельной гигиены (снял – почистил);
- экономичность относительно полных несъёмных конструкций;
- применимы при выраженной атрофии кости;
- перераспределение нагрузки между имплантатами и слизистой.

Недостатки:

- психологический дискомфорт (съёмность);
- необходимость снимать на ночь;
- риск перегрузки имплантатов;
- наличие кламмеров/аттачменов, требующих ухода;
- более длительный период адаптации.

Задача 3



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 32 года, с жалобами на эстетический дефект, отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворенность внешним видом зубов.

Анамнез заболевания: Зубы были удалены в результате развития кариеса и его осложнений.

Осмотр полости рта: Слизистая оболочка без патологических изменений. Имеется временная композитная реставрация в области отсутствующего зуба 3.1, 3.6, 4.6 отсутствуют. Зубоальвеолярная деформация 3.7, 4.7 в сторону дефектов зубных рядов

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Опишите классификацию Кеннеди, какой класс и подкласс у данного пациента
3. Составьте план лечения.
4. К каким смежным специалистам врач-стоматолог-ортопед может направить данного пациента для подготовительных этапов лечения?

Ответ на задачу 3

1. Диагноз

Частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (дефекты: 3.1, 3.6, 4.6).

Зубо-альвеолярная деформация – медиальное наклонение 3.7 и 4.7 в сторону дефектов.

Дефект эстетики во фронтальном отделе (отсутствие 3.1).

Временная композитная реставрация 3.1.

2. Классификация Кеннеди

Класс III, 2-й подкласс.

Обоснование: основной дефект – отсутствие зуба 3.6 (включённый, не концевой);

дополнительные дефекты – отсутствие 4.6 и 3.1. Учитывая двусторонние включённые дефекты и фронтальный, это III класс (включённый) с двумя дополнительными дефектами, т.е. подкласс 2.

3. План лечения

1. Подготовка: профессиональная гигиена, санация (лечение кариеса, удаление временной реставрации).

2. Ортодонтическая подготовка: устранение мезиальных наклонов 3.7, 4.7, восстановление дефицита места.

3. Замещение дефектов:

– предпочтительно дентальная имплантация в области 3.1, 3.6, 4.6 с последующими коронками;

– альтернатива для 3.6, 4.6 – мостовидные протезы с опорой на 3.5/3.7 и 4.5/4.7 после ортодонтического выравнивания;

– для 3.1 – имплант или адгезивный мост (менее надёжно).

4. Окончательное протезирование (металлокерамика, безметалловая керамика).

4. Смежные специалисты для подготовительных этапов

- Стоматолог-ортодонт (исправление деформации, создание места).
- Стоматолог-хирург (имплантация, удаление).
- Стоматолог-терапевт (лечение кариеса, эндодонтия).
- Гигиенист стоматологический.
- При необходимости – пародонтолог.

Задача 4



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 62 года, с жалобами на эстетический дефект, отсутствие зубов, затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворенность внешним видом зубов. Пациент направлен от стоматолога-хирурга после хирургических манипуляций

Анамнез заболевания: Зубы были удалены в результате развития кариеса и его осложнений. Более 4х месяцев назад проведен двусторонний синус-лифтинг

Осмотр полости рта: Слизистая оболочка без патологических изменений.

Отсутствуют зубы в боковых отделах верхней и нижней челюстей

Результаты дополнительных исследований.

На ортопантомограмме: в области верхнечелюстных пазух обнаруживается костнопластический материал.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Опишите классификацию Кеннеди, к какому классу относятся зубные ряды на НЧ и ВЧ данного пациента
3. При помощи каких ортопедических и лабораторных манипуляций мы можем оценить характеристики планируемых зубных рядов (положение, форма, размер)
4. В каких клинических ситуациях необходимо проведение операции синус-лифтинга
5. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациенту для планирования дальнейшего лечения?

Ответ на задачу 4

1. Диагноз

Вторичная частичная адентия (двусторонние дефекты в боковых отделах верхней и нижней челюстей).

Состояние после двустороннего синус-лифтинга (более 4 месяцев назад, костнопластический материал интегрируется).

2. Классификация Кеннеди

· Верхняя челюсть: класс I (двусторонний концевой дефект, если дистальнее отсутствуют все жевательные зубы).

· Нижняя челюсть: класс I (аналогично).

Примечание: если дистальные зубы сохранились, дефекты могут быть класса III, но по условию «отсутствуют в боковых отделах» чаще означает концевые.

3. Ортопедические и лабораторные манипуляции для оценки характеристик будущих зубных рядов

- Диагностические гипсовые модели.
- Восковое моделирование (diagnostic wax-up).
- Изготовление временных протезов и внутриротовая примерка.
- Компьютерное моделирование (CAD/CAM) – планирование формы и положения.
- Фонетические пробы (определение положения передних зубов).
- Подбор цвета и формы искусственных зубов.
- Окклюзатор с установкой моделей по лицевой дуге.

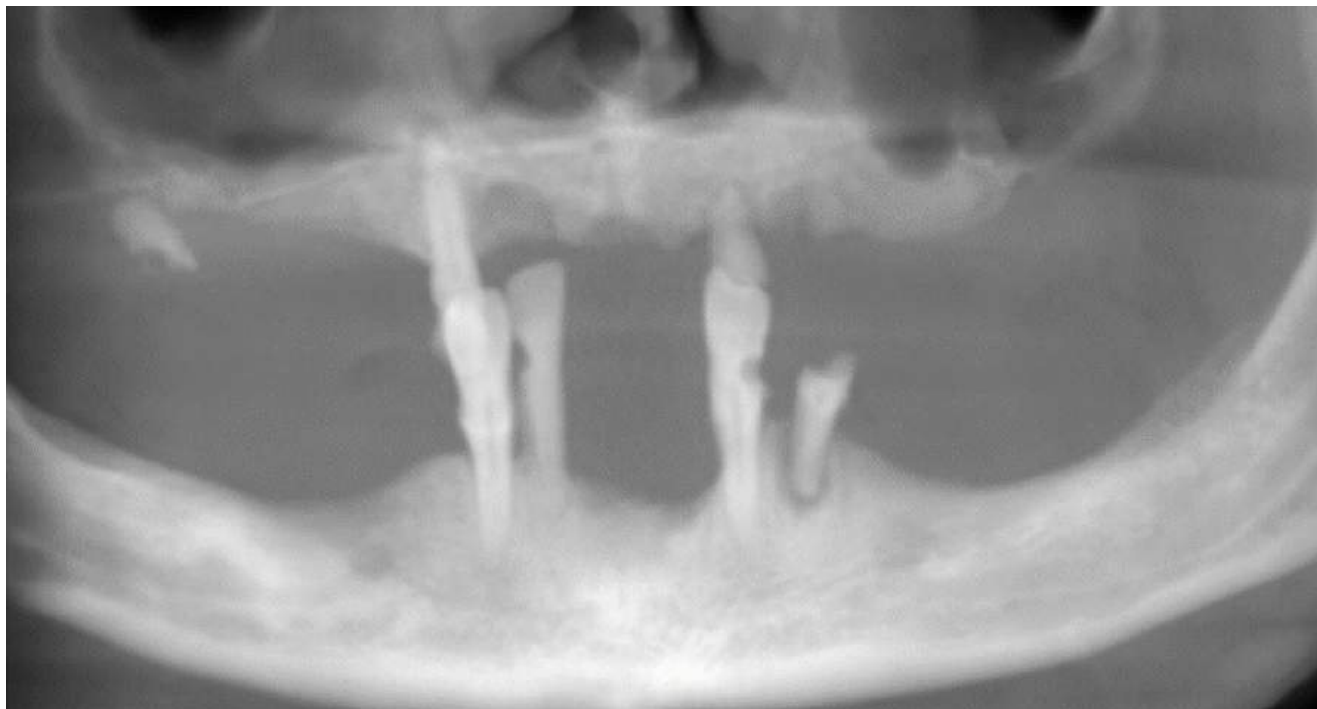
4. Клинические ситуации для проведения синус-лифтинга

- Недостаточная высота кости в боковых отделах верхней челюсти (<4–6 мм) для установки имплантатов.
- Выраженная пневматизация гайморовой пазухи.
- Атрофия альвеолярного отростка после длительного отсутствия зубов.
- Отсутствие противопоказаний со стороны ЛОР-органов.

5. Дополнительные методы обследования для планирования лечения

- КЛКТ челюстей и придаточных пазух – оценка объёма и качества костнопластического материала, его интеграции, состояния пазухи.
- Ортопантомограмма.
- Консультация оториноларинголога (при подозрении на патологию пазух).
- Лабораторные тесты (сахар, коагулограмма, инфекции).

Задача 5



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 82 года, с жалобами на эстетический дефект, отсутствие зубов, подвижность зубов, острые края зубов, затрудненное пережевывание пищи, неудовлетворенность внешним видом зубов.

Анамнез заболевания: Зубы разрушались и удалялись в течение всей жизни в результате развития кариеса и его осложнений. Съёмными протезами пациент не пользовался.

Внешний осмотр: нижняя 1/3 лица снижена, носогубные складки умеренно выражены, углы рта опущены.

Осмотр полости рта: Слизистая оболочка гиперемирована, отечна в области имеющихся зубов. Частичное отсутствие зубов на ВЧ и НЧ. Имеется стирание 2.2 3.3. Все зубы имеют 3 степень подвижности. 1.7, 3.4 – корни с признаками кариеса. Кариес корней всех имеющихся зубов

Снижение высоты нижнего отдела лица на 6 мм.

Результаты дополнительных исследований.

На ортопантограмме: атрофия костной ткани в области всех имеющихся зубов от 2\3 длины корней и более.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Перечислите показания для удаления зубов у данного пациента
3. Составьте план лечения для данного пациента
4. Перечислите клиничко-лабораторные этапы изготовления полных съёмных протезов
5. Перечислите этапы адаптации к полным съёмным протезам

Ответ на задачу 5

1. Диагноз

Генерализованный пародонтит тяжёлой степени (подвижность 3-й степени, атрофия кости $\geq 2/3$ длины корней).

Вторичная частичная адентия верхней и нижней челюстей.

Множественный кариес корней.

Снижение межальвеолярной высоты (на 6 мм).

Состояние, требующее тотального удаления зубов и полного съёмного протезирования.

2. Показания для удаления зубов у данного пациента

- Подвижность зубов 3-й степени.
- Атрофия костной ткани более $2/3$ длины корня.
- Наличие корней зубов с кариозными полостями.
- Хронические очаги инфекции (периодонтит, кариес корня).
- Невозможность шинирования или ортопедического лечения из-за тяжёлого пародонтита.
- Отсутствие перспектив для функциональной реабилитации.

3. План лечения

1. Хирургический этап: тотальное удаление всех зубов под анестезией, сглаживание острых краёв лунок.
2. Раневой период: 3–4 недели – формирование десны; через 2–3 месяца – полное заживление. Возможно немедленное протезирование (непосредственные протезы).
3. Ортопедический этап: изготовление полных съёмных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти с восстановлением межальвеолярной высоты.
4. Обучение пользованию протезами, диспансерное наблюдение.

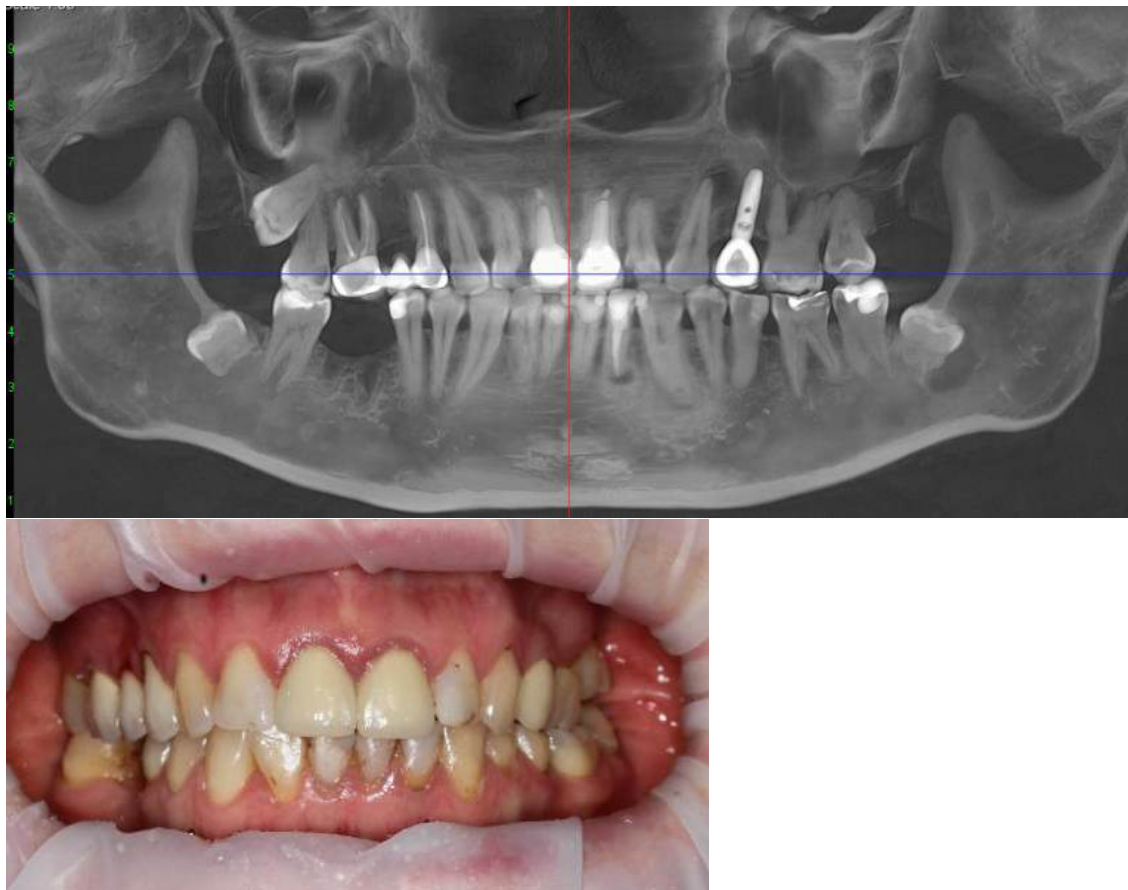
4. Клинико-лабораторные этапы изготовления полных съёмных протезов

1. Клинический: осмотр, снятие анатомических оттисков.
2. Лабораторный: отливка моделей, изготовление индивидуальных ложек.
3. Клинический: получение функциональных оттисков, определение центрального соотношения челюстей.
4. Лабораторный: гипсовка моделей в окклюдатор, постановка зубов.
5. Клинический: проверка восковой конструкции (эстетика, окклюзия, фонетика).
6. Лабораторный: полимеризация, отделка, полировка.
7. Клинический: наложение протезов, коррекция.

5. Этапы адаптации к полным съёмным протезам

- Ближайшая (дни–недели): инородное тело, гиперсаливация, дискомфорт, возможны потёртости – диета, речевая гимнастика, коррекции.
- Начальная (1–3 месяца): улучшение фиксации, восстановление жевания до 50–70%, перебазировка при необходимости.
- Устойчивая (3–6 месяцев и более): полная адаптация, нормальная функция, ежегодные осмотры.

Задача 6



На кафедру ортопедической стоматологии обратилась пациентка С. 50 лет, с жалобами на эстетический дефект старых коронок передних зубов верхней челюсти, отсутствие жевательного зуба на нижней челюсти справа.

Из анамнеза выяснено, что 5 лет назад были установлены коронки на зубы 1.1 2.1 из металлокерамики, зуб 4.6 удален около 1 месяца назад. Аллергоанамнез: аллергия на Новокаин.

При внешнем осмотре: Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, кожные покровы физиологической окраски.

Слизистая оболочка в полости рта бледно-розовая умеренно увлажнена, однако в области старых ортопедических конструкций 1.6-1.4, 1.1, 2.1 имеются участки гиперемии слизистой оболочки.

При перкуссии в области зубов 1.6, 2.3, 3.3, 3.2 пациентка отмечает болезненность.

При осмотре: 1.6-1.4 мостовидный протез с нарушением границ прилегания. 1.1, 2.1 мк коронки с нарушением границ прилегания. 2.5 коронка с опорой на дентальный имплантат. Кариозная полость на мезиальном контактном пункте зуба 1.7 представлена размягченным дентином. 1.7 2.2 2.6 2.7 ИРОПЗ 0,7. 3.7 3.6 3.5 4.5 4.7 ИРОПЗ 0,8

Задания:

1. Поставьте диагноз основной и сопутствующие.
2. Опишите ОПТГ
3. Составьте основной план лечения, включающий хронологическую последовательность работы с докторами смежных специальностей.
4. Предложите разные варианты замещения дефекта- отсутствующего зуба

Ответ на задачу 6

1. Диагноз

Основной:

Частичное отсутствие зуба 4.6 (вторичная адентия нижней челюсти).

Несостоятельные металлокерамические коронки на 1.1, 2.1 и мостовидный протез 1.6–1.4 (нарушение краевого прилегания, гингивит).

Сопутствующие:

- Хронический апикальный периодонтит зубов 1.6, 2.3, 3.3, 3.2 (болезненная перкуссия).
- Кариес дентина зуба 1.7.
- Значительное разрушение твердых тканей (ИРОПЗ 0,7–0,8) – показание к культевым вкладкам.
- Аллергия к Новокаину.

2. Описание ОПТГ (по имеющимся данным)

На ортопантомограмме определяются старые коронки на 1.1, 2.1, мост 1.6–1.4, коронка на имплантате 2.5. В области зубов 1.6, 2.3, 3.3, 3.2 – расширение периодонтальной щели, очаги деструкции костной ткани (периодонтит). Кариозная полость 1.7 в пределах дентина. Атрофия костной ткани в зоне отсутствующего 4.6. ИРОПЗ 0,7–0,8 у указанных зубов.

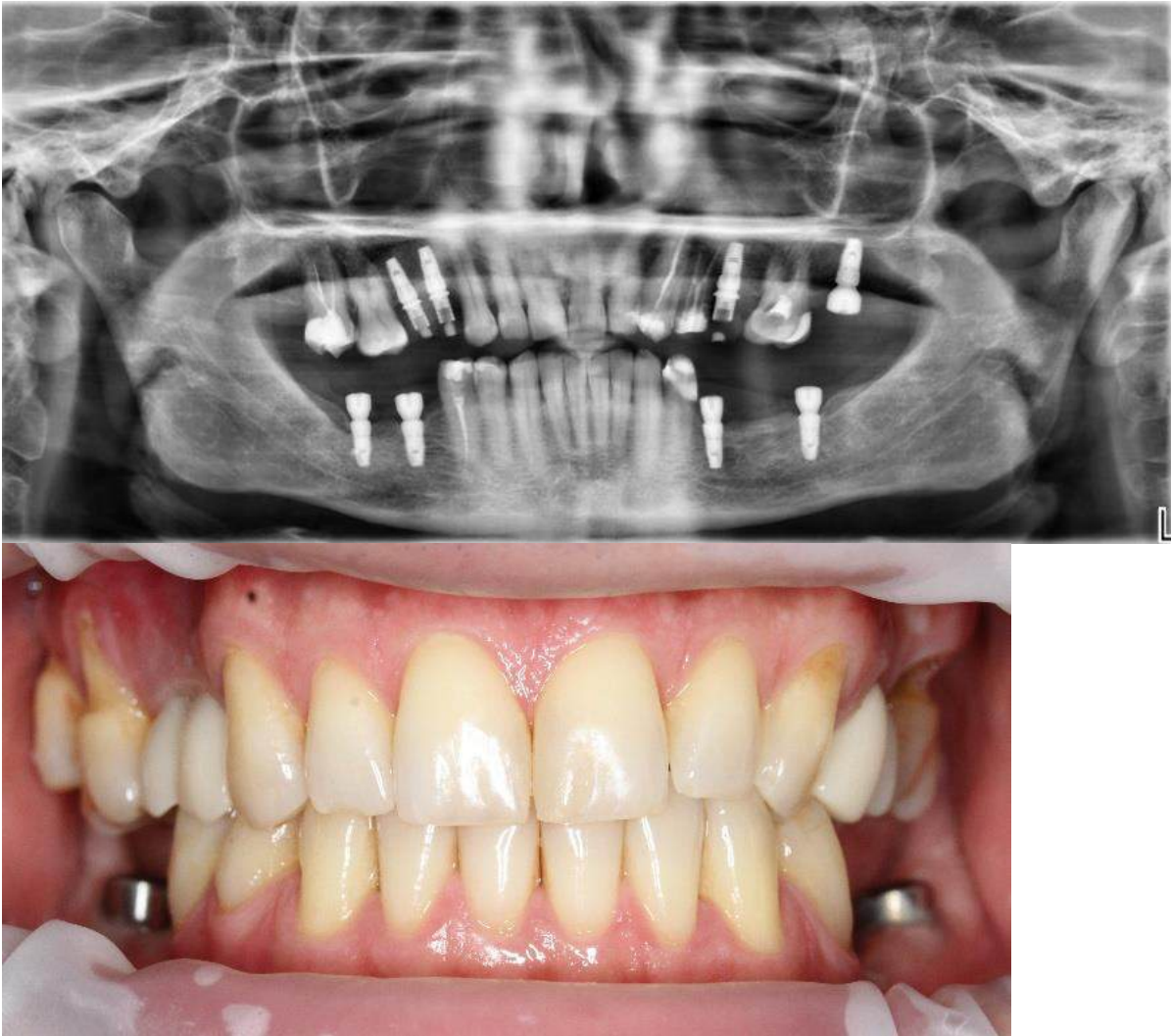
3. План лечения с хронологической последовательностью

1. Консультация аллерголога – выбор анестетика (артикаин без консервантов).
2. Стоматолог-терапевт:
 - эндодонтическое лечение зубов с периодонтитом (1.6, 2.3, 3.3, 3.2);
 - лечение кариеса 1.7;
 - подготовка под культевые вкладки зубов с ИРОПЗ 0,7–0,8.
3. Стоматолог-ортопед: удаление старых коронок и моста, оценка опорных зубов.
4. Профессиональная гигиена, противовоспалительная терапия.
5. Изготовление культевых вкладок.
6. Ортопедическое лечение:
 - замещение дефекта 4.6 (см. п.4);
 - новые коронки на 1.1, 2.1 (безметалловая керамика);
 - новый мост либо отдельные коронки в области 1.6–1.4.
7. Фиксация конструкций, контроль окклюзии.

4. Варианты замещения отсутствующего зуба 4.6

- Имплантация – установка имплантата и коронка (золотой стандарт).
- Мостовидный протез с опорой на 4.5 и 4.7 (после их лечения, возможно, депульпирования).
- Съёмный протез (бюгельный или пластиночный) – при противопоказаниях к имплантации и мосту.
- Адгезивный мост (прямой или не прямой) – только при низкой жевательной нагрузке (менее надёжен).
- Условно-съёмный на мини-имплантах – при сильной атрофии.

Задача 7



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 52 года, с целью протезирования ранее установленных имплантатов. Жалоба на затруднение при пережевывании пищи.

Из анамнеза выяснено, что 1,5 года назад были установлены денальные имплантаты Dentium (Implantium) в области отсутствующих зубов 1.5, 1.4, 2.5, 2.7, 3.7, 3.5, 4.6, 4.7, также в стороннем ЛПУ были установлены временные коронки на зубы 2.4, 4.5 и имплантаты 1.5, 1.4, 2.5. Аллергоанамнез: не отягощен

При внешнем осмотре: Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, кожные покровы физиологической окраски.

Слизистая оболочка в полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена.

Имеются участки оголения корней зубов и убыли костной ткани более 2/3 относительно длины корней у зубов 1.6, 2.6 При осмотре в полости рта: в области установленных имплантатов также установлены формирователи десневой манжетки 1.5, 1.4, 2.5, 2.7, 3.7, 3.5, 4.6, 4.7

Крупные пломбы на жевательных поверхностях зубов. 1.7, 2.6, 2.3, 3.4, 4.5 ИРОПЗ 0,7

Задания:

1. Поставьте диагноз пациенту
2. Расскажите основные методики снятия оттисков и сканирования у пациентов с остеоинтегрированными денальными имплантатами.
3. Составьте план лечения данного пациента.

Ответ на задачу 7

1. Диагноз

Вторичная частичная адентия верхней и нижней челюстей, замещённая дентальными имплантатами (8 имплантатов) – состояние после остеоинтеграции.

Наличие формирователей десневой манжетки (готовность к протезированию).

Генерализованный пародонтит тяжёлой степени в области зубов 1.6, 2.6 (оголение корней, убыль кости $> \frac{2}{3}$).

Высокий ИРОПЗ (0,7) у зубов 1.7, 2.6, 2.3, 3.4, 4.5.

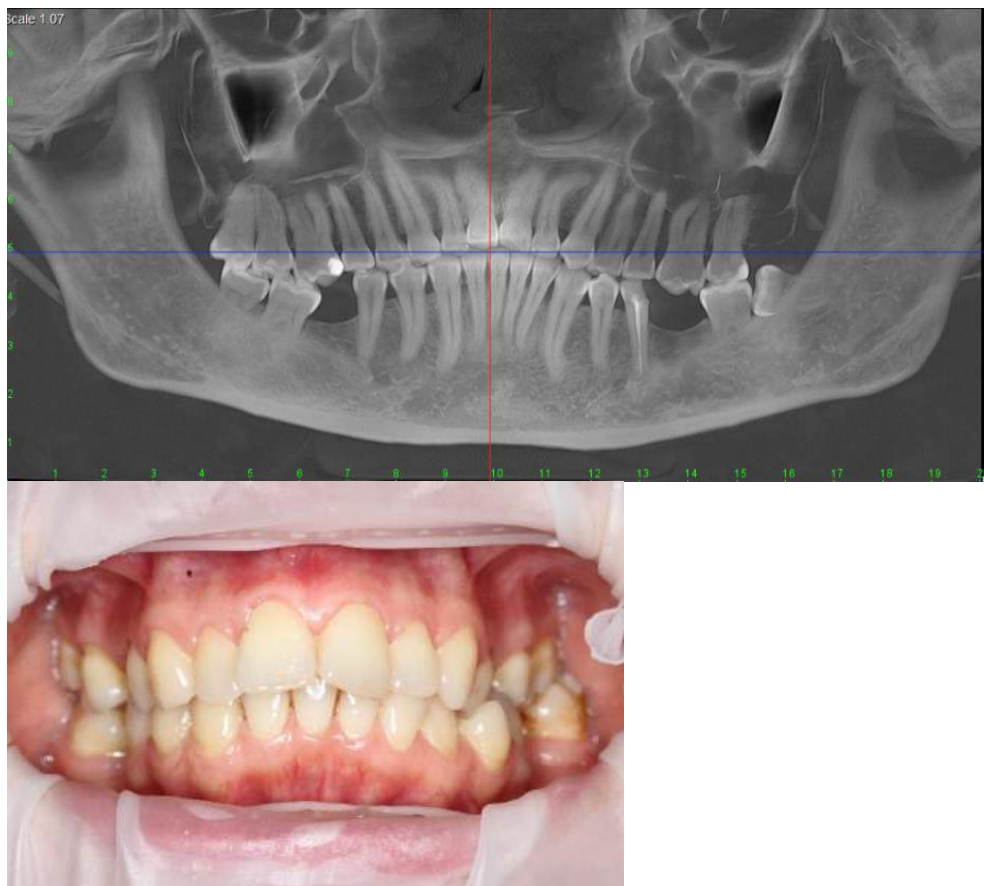
2. Методики снятия оттисков и сканирования при остеоинтегрированных имплантатах

- Открытая ложка (трансферный метод): трансферы фиксируют винтами к имплантатам, снимают оттиск перфорированной ложкой, трансферы остаются в оттиске.
- Закрытая ложка (репозиционные трансферы): трансферы фиксируют, закрывают колпачками, снимают обычный оттиск, затем переносят на модель.
- Цифровое сканирование: интраоральный сканер со сканирующими абатментами (скан-базами) – получение цифрового оттиска для CAD/CAM.

3. План лечения

1. Рентгенологический контроль имплантатов (ОПТГ, КЛКТ) – подтверждение интеграции, отсутствия периимплантита.
2. Профессиональная гигиена, консервативное лечение пародонтита зубов 1.6, 2.6. Вероятно, удаление этих зубов из-за неблагоприятного прогноза.
3. Лечение кариеса и восстановление зубов с ИРОПЗ 0,7 (культевые вкладки, коронки).
4. Удаление временных коронок на зубах 2.4, 4.5 (если они не соответствуют плану).
5. Хирургический этап: удаление 1.6, 2.6, при необходимости – синус-лифтинг и т.п.
6. Ортопедический этап: снятие оттисков с имплантатов (открытой ложкой), выбор абатментов, изготовление постоянных коронок на имплантаты и на сохранившиеся зубы (металлокерамика, диоксид циркония).
7. Фиксация (винтовая или цементная), контроль окклюзии.

Задача 8



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Н. 42 года, с целью профилактического осмотра. Со слов пациента жалоба на затруднение при пережевывании пищи, а также эстетически на неровные зубы. Из анамнеза выяснено, что 10-15 лет назад удалены 3.6 и 4.6 зубы на нижней челюсти по причине обострения периодонтита. Со слов пациента удаления были тяжелые. Сейчас пациент хочет комплексно заняться прикусом и восстановлением функции. Аллергоанамнез: не отягощен

При внешнем осмотре: Конфигурация лица изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, кожные покровы физиологической окраски. Небольшое ограничение открывания рта. Время от времени отмечает повышенную утомляемость жевательных мышц. Слизистая оболочка в полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена.

Взаимоотношение клыков слева и справа между собой $\frac{1}{2}$ II класса по Энгля. По контактам бугров- в 1 и 4 сегментах патология наблюдается начиная с 4.7, 4.8, в 2 и 3 сегментах 3.4, 3.5, 3.7 обратное перекрытие. 3.8 полуретинированный

При осмотре в полости рта: в области отсутствующих 3.6, 4.6 у соседних зубов имеются мезионаклоны, что создает дефицит места для полноразмерных коронок.

Разрушение поверхности зуба 3.5 ИРОПЗ 0,6

Задания:

1. Поставьте диагноз пациенту
2. Основные методы диагностики патологии ВНЧС
3. Составьте план лечения данного пациента. С учетом коррекции патологии прикуса совместно со стоматологом-ортодонтом.

Ответ на задачу 8

1. Диагноз

Вторичная частичная адентия нижней челюсти (отсутствие 3.6, 4.6).

Зубо-альвеолярная деформация – мезиальное наклонение 3.7 и 4.7 (дефицит места).

Аномалия прикуса: II класс по Энглю (1/2 соотношения клыков), обратное перекрытие в сегментах 2 и 3.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ограничение открывания рта, утомляемость жевательных мышц).

Дефект твердых тканей зуба 3.5 (ИРОПЗ 0,6).

2. Основные способы работы с тремами и диастемами

- Ортодонтический – брекет-системы или элайнеры для сближения/распределения зубов.
- Реставрационный – композитные или керамические виниры, люминиры, прямые композитные реставрации.
- Ортопедический – коронки, мостовидные протезы, имплантация.
- Хирургический – френулопластика, компактостеотомия.
- Комбинированный – ортодонтия + реставрации/коронки.

3. План лечения

1. Комплексное функциональное обследование (телерентгенография, КЛКТ ВНЧС, диагностические модели).

2. Ортодонтическое лечение:

– брекет-система для коррекции II класса, устранения обратного перекрытия, нормализации окклюзии;

– создание места для отсутствующих 3.6 и 4.6 (дистализация моляров или протракция).

3. После ортодонтической подготовки – замещение дефектов:

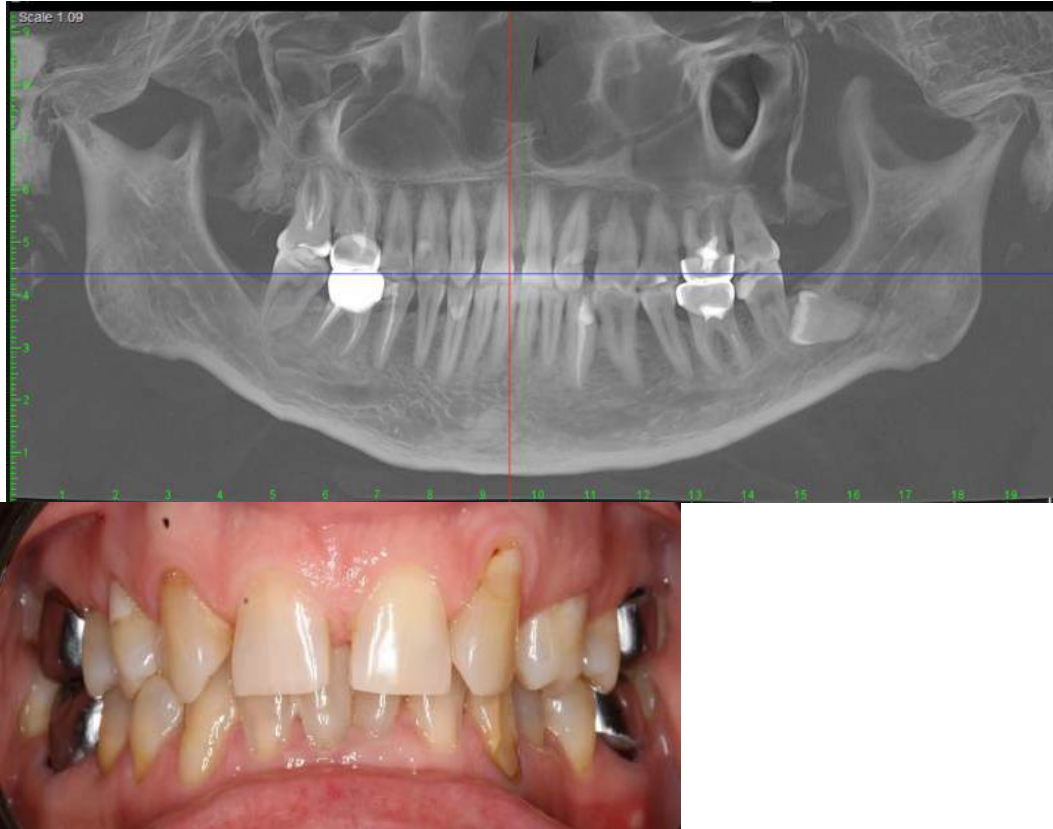
– имплантация в области 3.6 и 4.6;

– альтернативно – мостовидные протезы (менее предпочтительно).

4. Восстановление зуба 3.5 (коронка или вкладка).

5. Контроль функции ВНЧС, при необходимости – физиотерапия, миогимнастика.

Задача 9



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент Х. 44 года, с целью профилактического осмотра. Со слов пациента жалоба на застревание пищи в области старых коронок.

Из анамнеза выяснено, что 15 лет назад установлены коронки. Пациент отказывается от ортодонтического лечения, желает заменить старые ортопедические конструкции.

Аллергоанамнез: аллергия на аналгин

При внешнем осмотре: Конфигурация лица изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, кожные покровы физиологической окраски. Небольшое ограничение открывания рта. Чрезмерный тонус жевательных мышц в состоянии покоя.

Слизистая оболочка в полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. Имеются участки рецессии десны.

Ранее в возрасте 14 и далее 18 лет проводилось ортодонтическое лечение. Зуб 3.8 ретинированный. При осмотре в полости рта: Нарушение прилегания коронок 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 к границам мягких и твердых тканей. При зондировании под коронками определяются размягченные ткани

Разрушение вестибулярной поверхности зуба 3.3 ИРОПЗ 0,6

Задания:

1. Поставьте диагноз пациенту
2. Основные способы работы с тремами и диастемами
3. Составьте планы лечения данного пациента. С учетом коррекции патологии прикуса с стоматологом-ортодонтом. А также составьте альтернативный план лечения, предполагающий только замену старых конструкций.

Ответ на задачу 9

1. Диагноз

Несостоятельные металлокерамические коронки на зубах 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 (нарушение краевого прилегания, кариес под коронками).

Кариес дентина зуба 3.3 (ИРОПЗ 0,6).

Ретинированный зуб 3.8.

Бруксизм или парафункция жевательных мышц (чрезмерный тонус, ограничение открывания, рецессия десны).

Рецидивирующий кариес.

Аномалия прикуса (со слов – проводилось ортодонтическое лечение ранее, возможен рецидив).

2. Основные способы работы с тремами и диастемами (аналогично задаче 8)

- Ортодонтическое закрытие/раскрытие;
- Реставрационное моделирование;
- Ортопедические методы (виниры, коронки);
- Хирургическая коррекция уздечек;
- Комбинация методов.

3. Планы лечения

Вариант А (с коррекцией патологии прикуса у ортодонта):

1. Ортодонтическая диагностика, выявление причины рецидива/дисфункции.
2. Ортодонтическое лечение (брекеты) – нормализация окклюзии, создание условий для протезирования.
3. Удаление старых коронок, лечение кариеса под ними, эндодонтическое лечение опорных зубов, удаление ретинированного 3.8.
4. Восстановление зуба 3.3 (коронка/вкладка).
5. Изготовление новых цельнокерамических или циркониевых коронок на 1.6,2.6,3.6,4.6 с учётом новой окклюзии.
6. Изготовление ночной каппы от бруксизма.

Вариант Б (просто замена старых конструкций без ортодонтии):

1. Удаление старых коронок, иссечение кариозных тканей, лечение зубов (депульпирование при необходимости), культевые вкладки.
2. Временные коронки.
3. Изготовление новых металлокерамических или цельнокерамических коронок.
4. Коррекция окклюзии по возможности, но из-за аномалии прикуса возможна перегрузка.
5. Обучение гигиене, шина от бруксизма.
6. При сохранении жалоб – повторное направление к ортодонту.

Задача 10



На кафедру ортопедической стоматологии обратился пациент И. 55 лет, с жалобой на эстетический дефект и на застревание пищи в области старых коронок.

Из анамнеза выяснено, что 12 лет назад установлены коронки. В тот промежуток времени эстетически коронки устраивали. Пациент стал обращать внимание на цвет и форму.

Аллергоанамнез: не отягощен

При внешнем осмотре: Конфигурация лица изменена, отмечается небольшое увеличение нижней трети лица относительно других третей, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, кожные покровы физиологической окраски. Чрезмерный тонус жевательных мышц в состоянии покоя, при широком открывании рта болезненность слева в области левого ВНЧС

Слизистая оболочка в полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена.

При осмотре в полости рта: Нарушение прилегания коронок 1.5, 1.4, 1.2, 2.2, 2.4, 2.7, 3.7, 3.6, 4.5, 4.6 к границам мягких и твердых тканей.

Нарушение границ прилегания пломб и формирование участков вторичного кариеса в области зубов 1.7, 1.6, 1.3, 1.1, 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 3.5, 3.4, 3.1, 4.3, 4.4, 4.7

Задания:

1. Поставьте диагноз пациенту
2. Опишите основные методики переноса моделировки будущей анатомии зубов с целью контроля и коррекции окклюзионных и артикуляционных взаимоотношений.
3. Составьте планы лечения данного пациента. Опишите последовательность работы смежных специалистов и объём их вмешательства.

Ответ к задаче 10:

1. Множественный кариес, хронический периодонтит - сопутствующий диагноз

2. Перенос модели будущей анатомии зубов осуществляется с помощью Wax-up и Mock-up.
Виды Wax-up:

- Аналоговый. Классический метод, при котором зубной техник вручную наносит воск на гипсовую модель, формируя зубы нужной формы и размера.
- Цифровой. Данные сканирования челюстей пациента загружаются в специализированное программное обеспечение, и техник или врач моделирует зубы в цифровой среде. Цифровой Wax-up легче корректировать, он точнее передаётся в производство постоянных конструкций и лучше интегрируется в цифровой рабочий процесс клиники.

Недостатки Wax-up: воск не передаёт оттенки зубов, а также сложно спрогнозировать диапазон всех жевательных движений в артикуляторе.

Mock-up — это технология, которая позволяет моделировать временную конструкцию прямо в полости рта пациента.

Виды Mock-up:

- **Прямой.** Обычно используется при изготовлении виниров.
- **Непрямой с применением воска.** Включает создание оттиска, подготовку (снятие слоя эмали), изготовление гипсовой конструкции с восковым моделированием, изготовление воскового ключа и создание Mock-up для примерки.
- **Цифровой.** Основан на использовании CAD/CAM-технологий. Включает цифровое сканирование, печать модели на 3D-принтере, изготовление силиконового ключа и примерку временной конструкции.

Преимущества Mock-up: возможность оценить результат до изготовления постоянной конструкции, коррекция возможных недостатков, оценка удобства ношения.

3. Гигиенист, гнатолог (МРТ сустава, анализ КЛКТ, изготовления спланта), стоматолог-ортопед – тотальное протезирование после гнатолога.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 4E4C8F6C0D0FDC62FAAF7108E6CEFD6A
Владелец: Глыбочко Петр Витальевич
Действителен: с 19.05.2025 до 12.08.2026