

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		1стр. из 17

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Пропедевтика ортопедической стоматологии

Код дисциплины: POS 4305

Название ОП: 6В10103- «Стоматология»

Объем учебных часов/кредитов: 5

Курс и семестр изучения: 4 курс, VII

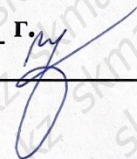
Объем лекции: 15 часов

2023-2024 уч.год

Шымкент

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		
Лекционный комплекс		044/45 2стр. из 17

Лекционный комплекс дисциплина «Пропедевтика ортопедической стоматологии» разработан в соответствии с рабочей учебной программой (силлабус) и обсужден на заседании кафедры.

Протокол № 11 от «06» 06 2023 г.  Шукпаров А.Б.
 Зав.кафедрой д.м.н.,и.о. доцента _____

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		Зстр. из 17

Лекция №1

- 1. Тема:** История ортопедической стоматологии. Предмет и задачи ортопедической стоматологии. Основные звенья жевательно-речевого аппарата.
- 2. Цель:** Формирование знаний об истории ортопедической стоматологии. Ознакомление с предметом и задачами ортопедической стоматологии, с основными звеньями жевательно-речевого аппарата.
- 3. Тезисы лекции:** История ортопедической стоматологии. Предмет и задачи ортопедической стоматологии. Основные звенья жевательно-речевого аппарата

История ортопедической стоматологии.

История ортопедической стоматологии глубоко уходит в многовековую историю человечества. Начало развития зубного протезирования восходит к древнейшим цивилизациям человечества (египетской, вавилонской, ассирийской, аравийской). Сведения о лечении зубов имеются в папирусе Эберса (примерно XVI в. до н.э.). При раскопках этрусского города Тарквиния был найден зубной протез, относящийся к IX в до н.э. Протез представлял собой систему колец из золотой ленты, с помощью которых искусственные зубы крепились к сохранившимся зубам. Финикийцы около города Санда в гробнице женщины (IV-III вв. до н.э.) нашли зубной протез двух центральных резцов, укрепленных золотой проволокой к соседним зубам.

Предмет ортопедической стоматологии

Ортопедическая стоматология - раздел клинической медицины, изучающий этиологию и патогенез болезней, повреждений и аномалий развития зубов, челюстей и других органов челюстно-лицевой области, разрабатывающий на основе системного подхода методы диагностики протекающих в функциональных системах физиологических и патологических процессов.

Задачи ортопедической стоматологии.

1. Обследование и диагностика ортопедических больных.
2. Разработка и выбор конструкций зубных протезов.
3. Изучение свойств известных и внедрение новых основных и вспомогательных материалов для изготовления зубных протезов.
4. Создание новых и усовершенствование применяемых технологий по изготовлению протезов.
5. Анализ заболеваний, приводящих к нарушению функции жевательного аппарата, и выработка мер профилактики.

Основные звенья жевательно-речевого аппарата

Зубы человека являются частью жевательно-речевого аппарата. *Annaparat* (лат. *apparatus*) - объединение систем и отдельных органов, функционирующих в сходном направлении или имеющих общность происхождения и расположения. *Жевательно-речевой аппарат* - комплекс взаимосвязанных и взаимодействующих систем и отдельных органов, принимающих участие в жевании, дыхании, звукообразовании, речи и пищеварении.

В жевательно-речевой аппарат входят:

- 1) лицевой скелет и височно-нижнечелюстные суставы;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		4стр. из 17

- 2) жевательные мышцы;
 - 3) органы, предназначенные для захватывания, продвижения пищи, формирования пищевого комка, для глотания, а также звукооречевая система: губы, щеки с их мимической мускулатурой, нёбо, язык;
 - 4) органы раздробления и размельчения пищи (зубы) и ее ферментативной обработки (слюнные железы).
- 4. Иллюстративный материал:** Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Зарождение ортопедической стоматологии?
2. Ученые стоматологии и их вклад в развитие науки?
3. Предмет, цели и задачи ортопедической стоматологии?
4. Структура современной ОС, как науки?

Лекция №2

- 1. Тема:** Биомеханика нижней челюсти.
- 2. Цель:** Формирование знаний о биомеханике нижней челюсти.
- 3. Тезисы лекции:**

Биомеханика нижней челюсти.

- артикуляция.
- окклюзия и ее виды.
- прикус и его разновидности.

Биомеханика нижней челюсти рассматривается с точки зрения функционального предназначения зубочелюстной системы (речь, жевание, глотание). Движения нижней челюсти реализуются как результат взаимодействия височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), зубов и жевательных мышц.

Это взаимодействие координируется и контролируется центральной нервной системой. Произвольные и рефлекторные движения регулирует нервно-мышечный аппарат, они осуществляются последовательно.

Правильное определение артикуляции и окклюзии дает А. Я. Катц. Он включает в понятие артикуляции всевозможные положения и перемещения нижней челюсти в отношении верхней, осуществляемые посредством жевательной мускулатуры. Окклюзию он рассматривает как частный случай артикуляции, означающий то положение нижней челюсти, при котором меньшая или большая часть артикулирующих зубов находится в контакте. Такого же мнения придерживается и А. К. Недергин. Б. Н. Бынин определяет артикуляцию как соотношение зубных рядов при любых движениях нижней челюсти, а окклюзию — как соотношение зубных рядов при жевательных движениях. Мы также находим, что артикуляция — общее понятие, окклюзия же — один из элементов артикуляции, и определяем артикуляцию как совокупность всех динамических и статических моментов, возникающих при различных положениях нижней челюсти, а окклюзию — как один из моментов артикуляции, но не статических, а динамических. Следовательно, артикуляция и окклюзия не являются ни идентичными, ни противоположными

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		5стр. из 17

понятиями. Артикуляция относится к окклюзии, как целое к части (артикуляция — целое, а окклюзия — часть целого).

Различают три вида окклюзии: переднюю, боковую и центральную. Передней окклюзией называется смыкание зубных рядов при выдвинутой вперед нижней челюсти, боковой окклюзией — смыкание зубных рядов при перемещении нижней челюсти в сторону. Что касается центральной окклюзии, то ее различные авторы определяют по-разному. Одни характеризуют ее с точки зрения положения суставной головки в суставной ямке и называют центральной окклюзией такое смыкание зубных рядов, при котором суставная головка находится в суставной ямке и прилегает к задней поверхности суставного бугорка у его основания.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Составляющая биомеханики нижней челюсти?
2. Понятия «артикуляция», «окклюзия». Признаки окклюзии.
3. Виды окклюзии. Признаки центральной и передней окклюзий.
4. Понятие «прикус». Виды прикусов.

Лекция №3

1. Тема: Графические методы изучения жевательных движений нижней челюсти.

Обследование височно-нижнечелюстного сустава.

2. Цель: Формирование знаний о графических методах изучения жевательных движений нижней челюсти. Формирование навыков в обследовании височно-нижнечелюстного сустава.

3. Тезисы лекции: Графические методы изучения жевательных движений нижней челюсти. Обследование височно-нижнечелюстного сустава.

Мастикациография. Жевательный стереотип зависит от очень многих условий: характера артикуляции, прикуса, протяженности и топографии дефектов зубных рядов, наличия или отсутствия фиксированной высоты прикуса (межальвеолярной высоты) и, наконец, от конституциональных и психологических особенностей пациента. Мастикациография, позволяющая графически регистрировать динамику жевательных и нежевательных движений нижней челюсти, является методом объективного изучения этого стереотипа

Артрофонография – метод определяющий состояние суставов по шумам, возникающим при его функционировании. Для ВНЧС важным диагностическим признаком его дисфункции является именно наличие шумовых явлений, таких как щелчки, крепитация и др. Шумовые явления в области ВНЧС возникают при движениях нижней челюсти: ее опускании и поднимании.

Реография – метод, позволяющий судить о состоянии гемодинамики ВНЧС. Реография проводится при помощи прибора–реографа, в состав которого входят электроды, смазанные электропроводной пастой и накладываемые на обезжиренную кожу в области суставной головки вперед и от козелка уха.

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		бстр. из 17

Аксиография – метод, позволяющий осуществить графическую запись траектории смещения суставной головки и диска при различных движениях нижней челюсти с помощью аксиографа

Гнатодинамография – относится к методам изучения движений нижней челюсти. Для определения суставного, сагиттального и бокового путей суставных головок нижней челюсти применяют специальную лицевую дугу Гизи. Ее интратротовую часть укрепляют на зубах нижней челюсти соответственно направлению окклюзионной плоскости, а наружную часть, параллельно внутренней, располагают вне полости рта. На концах внетротовой дуги на уровне суставных головок укрепляют карандаши. При перемещении нижней челюсти вперед карандаши рисуют на бумаге путь перемещения суставных головок. Он составляет 20-40 градусов по отношению к окклюзионной плоскости. Изменяя направление карандашей и регистрационной бумаги и смещая нижнюю челюсть в сторону, записывают боковой суставной путь. Его угол равен 15-17 градусов.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

Графические методы изучения жевательных движений нижней челюсти. Обследование височно-нижнечелюстного сустава

1. Группа жевательных мышц нижней челюсти участвующие в акте жевания?
2. Методы обследования височно-нижнечелюстного сустава

Лекция №4

1. Тема: Особенности строения слизистой оболочки полости рта, имеющие прикладное значение в ортопедической стоматологии.

2. Цель: Формирование знаний в строении и особенностях слизистой оболочки полости рта, имеющие прикладное значение в ортопедической стоматологии

3. Тезисы лекции: Особенности строения слизистой оболочки полости рта, имеющие прикладное значение в ортопедической стоматологии.

В стоматологии различают подвижную и неподвижную слизистую оболочку. В основе подвижности и неподвижности слизистой оболочки полости рта лежит наличие или отсутствие в ней подслизистой основы (tela submucosa).

Подвижная слизистая оболочка совершает экскурсии при сокращении мимической мускулатуры. Таковую подвижность называют активной, а слизистую оболочку, обладающую ей, - активно подвижной.

Неподвижная слизистая оболочка этой способностью не обладает. Она чаще всего покрывает вершины альвеолярных гребней, переднюю треть твердого нёба и его срединную часть.

Некоторые участки слизистой оболочки могут смещаться при оттягивании губы или щеки пальцами врача. Такая слизистая оболочка является пассивно подвижной. Если оттянуть

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		7 стр. из 17

пальцами губу или щеку наружу, то на вестибулярном альвеолярном скате четко определится граница между пассивно подвижной и неподвижной слизистой оболочкой. Это так называемая нейтральная зона.

Нейтральная зона - граница между пассивно подвижной и неподвижной слизистой оболочкой, покрывающей вестибулярную поверхность альвеолярной части челюсти.

Податливость слизистой оболочки - ее пассивная вертикальная подвижность.

На верхней челюсти в преддверии рта по средней линии расположена *уздечка верхней губы*. Один конец ее сливается с переходной складкой, другой - прикрепляется к слизистой оболочке альвеолярного отростка несколько выше десневого края. Иногда уздечка имеет низкое прикрепление, располагаясь нижним концом между резцами, которые при этом могут быть раздвинуты. Уздечка служит неподвижной точкой для губы, благодаря чему ограничивается размах движений последней.

Верхние щечные уздечки, расположенные в области премоляров, ограничивают переднюю часть преддверия рта от боковых его частей. Функция этих складок аналогична описанной выше. Различают также *крылочелюстную складку*, идущую от крючка крыловидного отростка до дистальной части *позадимоллярного слизистого бугорка* нижней челюсти.

Там же, на нижней челюсти, с вестибулярной стороны имеются *уздечка нижней губы* и *нижние щечные уздечки* в области премоляров. С язычной стороны к альвеолярной части прикрепляется *уздечка языка*. Высота ее прикрепления имеет большое значение для функции языка, а также при определении границ протеза с язычной стороны.

На твердом нёбе, в передней трети его, имеются *поперечные нёбные складки*, хорошо выраженные у молодых людей и хуже - у пожилых. С внутренней стороны альвеолярного отростка верхней челюсти по средней линии, позади центральных резцов, имеется *резцовый сосочек*. С потерей зубов он атрофируется, но иногда может оставаться, будучи чувствительным к давлению базиса протеза.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Разновидности слизистой оболочки в стоматологии?
2. Определение – “Нейтральная зона”

Лекция №5

1. Тема: Функционально-морфологическая связь звеньев зубочелюстной системы в норме. (окклюзаторы, артикуляторы)

2. Цель: Формирование знаний по функционально-морфологической связи звеньев зубочелюстной системы в норме. (окклюзаторы, артикуляторы)

3. Тезисы лекции: Функционально-морфологическая связь звеньев зубочелюстной системы в норме. (окклюзаторы, артикуляторы)

Окклюзатор — прибор, позволяющий фиксировать модели в положении центральной окклюзии, воспроизводить имитацию движений открывания и закрывания рта и осуществлять постановку искусственных зубов.

Виды окклюзаторов: проволочные и литые.

Окклюзаторы состоят из двух сочлененных между собой рам, одна из которых идет

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		8стр. из 17

горизонтально, имеет поперечную перемычку. В центре перемычки установлен вертикальный винт со стопорным устройством. Нижняя рама изогнута под углом 100-1100° и имитирует нижнюю челюсть. Между восходящими дужками рамы в центре имеется площадка, в которую упирается винт верхней рамы. Поворот винта позволяет менять расстояние между рамами, а стопорный винт - фиксировать это расстояние.

Артикулятор — аппарат, в большей или меньшей степени имитирующий Движения височно-нижнечелюстного сустава.

Виды артикуляторов: Среднеанатомические (со средней неизменяемой установкой угла суставного пути и резцового скольжения);

Универсальные (с индивидуальным измерением угла суставного пути и резцового скольжения).

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Оклюдаторы, устройство, применение.
2. Артикуляторы, устройство, применение.

Лекция №6

1. Тема: Семиология (симптоматология) основных стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению. Рентгенсемиотика данных заболеваний.

2. Цель: Формирование знаний о семиологии основных стоматологических заболеваний, рентгенсемиотике данных заболеваний.

3. Тезисы лекции: Семиология (симптоматология) основных стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению. Рентгенсемиотика данных заболеваний

«Семиотика — это учение о симптомах болезни и их диагностическом значении».

Симптомами болезни считаются те или иные отклонения от принятой нормы в структуре или функции органов, тканей либо организма в целом. Таким образом, одной из основных для семиотики являются проблемы нормы и отклонений от нее.

Симптомы болезни, которые содержатся уже в жалобах пациентов, квалифицируют как субъективные. Наиболее важные признаки заболевания — объективные симптомы — врач выявляет при обследовании пациента. Различают явные и скрытые симптомы. Для выявления первых достаточно органов чувств врача, для выявления вторых необходимо применение инструментальных и лабораторных методов исследования. По мере накопления массива информации о проявлениях (признаках, симптомах) заболевания необходим анализ полученных данных обследования, их классификация и интерпретация, в ходе чего формируется упорядочивание, и организация системы симптомов в картину конкретного заболевания и определяется их соотношение с патогенезом заболевания. В этом свете говорят о симптомах неспецифических, специфических и патогномоничных.

Субъективные симптомы отражаются в жалобах пациентов. Как правило, это жалобы на кровоточивость десен и болевые или другого рода ощущения в них, неприятный запах изо рта,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		9стр. из 17

подвижность зубов или изменение их положения. Наличие явлений гиперемии и отечности десневого края, обнажения шеек зубов, веерообразного расхождения зубов, диастем и трем, иногда — ихорозного запаха изо рта определяется без специального инструментального обследования. Это — явные симптомы. При последующем зондировании, пальпации и т. д. выявляются скрытые симптомы.

Диагноз, дифференциальный диагноз.

- 1) частичная вторичная адентия, полный дефект коронковой части;
- 2) частичная вторичная адентия, патологическая стертость (вертикальная форма) группы передних зубов;
- 3) частичная вторичная адентия, патологическая стертость (горизонтальная форма) группы передних зубов, снижение окклюзионной высоты на 4 мм;
- 4) полная вторичная адентия на нижней и частичная на верхней челюсти;

Диагноз и прогноз.— Дефекты коронок зубов

— Частичная потеря зубов

— Деформации окклюзионной поверхности зубных рядов

— Повышенная стираемость зубов

— Травматическая окклюзия

— Полная потеря зубов

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Дайте определение “Семиология”?
2. Определение скрытых симптомов при ортопедических заболеваниях зубочелюстно-лицевой области, связанных с дефектами и деформациями зубных рядов.

Лекция №7

1. Тема: Семиология (симптоматология) основных стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению. Рентгенсемиотика данных заболеваний.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике основных стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению

3. Тезисы лекции: Семиология (симптоматология) основных стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению. Рентгенсемиотика данных заболеваний.

«Семиотика — это учение о симптомах болезни и их диагностическом значении».

Симптомами болезни считаются те или иные отклонения от принятой нормы в структуре или функции органов, тканей либо организма в целом. Таким образом, одной из основных для семиотики являются проблемы нормы и отклонений от нее.

Симптомы болезни, которые содержатся уже в жалобах пациентов, квалифицируют как субъективные. Наиболее важные признаки заболевания — объективные симптомы — врач выявляет при обследовании пациента. Различают явные и скрытые симптомы. Для выявления первых достаточно органов чувств врача, для выявления вторых необходимо применение инструментальных и лабораторных методов исследования. По мере накопления массива информации о проявлениях (признаках, симптомах) заболевания необходим анализ полученных данных обследования, их классификация и интерпретация, в ходе чего формируется упорядочивание и организация системы симптомов в картину конкретного

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		10стр. из 17

заболевания и определяется их соотношение с патогенезом заболевания. В этом свете говорят о симптомах неспецифических, специфических и патогномоничных.

Субъективные симптомы отражаются в жалобах пациентов. Как правило, это жалобы на кровоточивость десен и болевые или другого рода ощущения в них, неприятный запах изо рта, подвижность зубов или изменение их положения. Наличие явлений гиперемии и отечности десневого края, обнажения шеек зубов, веерообразного расхождения зубов, диастем и трем, иногда — ихорозного запаха изо рта определяется без специального инструментального обследования. Это — явные симптомы. При последующем зондировании, пальпации и т. д. выявляются скрытые симптомы.

Зубочелюстные аномалии

- Аномалии величины челюстей
- Аномалии положения челюстей в черепе
- Аномалии соотношения зубных рядов (дуг)
- Аномалии формы и величины зубных рядов (дуг)
- Аномалии отдельных зубов
- Травмы, врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица
- Парафункции жевательных мышц

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

- Аномалии величины челюстей
- Аномалии положения челюстей в черепе
- Аномалии соотношения зубных рядов (дуг)
- Аномалии формы и величины зубных рядов (дуг)
- Аномалии отдельных зубов
- Травмы, врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица
- Парафункции жевательных мышц

Лекция №8

1. Тема: Жевательное давление.

Окклюзионная травма, травматический узел. Травматическая окклюзия, и ее клинические признаки.

2. Цель: Формирование знаний о жевательном давлении. Окклюзионной травме, травматическом узле. Травматической окклюзии.

3. Тезисы лекции: Жевательное давление.

Окклюзионная травма, травматический узел. Травматическая окклюзия, и ее клинические признаки.

Повреждения называются «травмой от окклюзии» или «окклюзионной травмой», а окклюзия, вызывающая такие травмы, называется травматической.

Термин «окклюзионная травма» используется, как правило, для обозначения следующих нарушений в тканях периодонта: чрезмерная подвижность зубов, расширение периодонтальной щели, вертикальные (ангулярные) дефекты в альвеолярной кости.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		11стр. из 17

Окклюзия – это динамическое биологическое взаимодействие компонентов жевательной системы, которое регулирует контакты зубов друг с другом в условиях нормальной или нарушенной функции. Это всегда комплексное действие, с участием зубных рядов, жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава. При жевании и глотании, в момент смыкания зубных рядов периодонт каждого зуба воспринимает силовую нагрузку, которая при нормальных условиях амортизируется структурными элементами периодонта: цементно-альвеолярными, межзубными волокнами и др.

Жевательное давление трансформируется и передается на костные структуры челюстей – контрфорсы височно-нижнечелюстного сустава и череп. Такая физиологическая нормализация трофики и обмена веществ, стимулирует процессы роста и развития. Под влиянием функции ткани периодонта, как и другие отделы зубочелюстной системы, на физиологической перестройке.

Первичная окклюзионная травма – повреждение интактного периодонта под действием чрезмерной по величине или необычной по направлению окклюзионной нагрузки (рис. 3 а); Вторичная окклюзионная травма – повреждение ослабленного в результате заболевания периодонта под действием нормальной окклюзионной нагрузки (рис. 3 б); Комбинированная окклюзионная травма – повреждение ослабленного в результате заболевания периодонта под действием чрезмерной окклюзионной нагрузки.

Травматический узел – отдельный зуб или группа зубов, находящихся под функциональной перегрузкой.

Прямой травматический узел возникает в месте действия этиологического фактора, **отраженный** – в других участках зубочелюстной системы.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Определение и виды травматической окклюзии?
2. Протокол лечения травматической окклюзии?

Лекция №9

1. Тема: Нормализация окклюзионных соотношений при пародонтитах.

Основные лечебные средства, применяемые в ортопедической стоматологии лица. Ортопедическое лечение очагового пародонтита. Клинико-биологические и биомеханические основы выбора метода лечения.

2. Цель: Формирование знаний о нормализации окклюзионных соотношений при пародонтитах.

3. Тезисы лекции: Нормализация окклюзионных соотношений при пародонтитах. Основные лечебные средства, применяемые в ортопедической стоматологии лица. Ортопедическое лечение очагового пародонтита. Клинико-биологические и биомеханические основы выбора метода лечения.

Местные факторы пародонтита – над- и поддесневые зубные отложения, придесневые кариозные полости, нарушение межзубных контактов, мелкое преддверие полости рта, мощные

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		12стр. из 17

тяжи слизистой оболочки, аномалии прикрепления уздечек, аномалии прикуса, нерациональные ортопедические конструкции.

Общие факторы пародонтита: гипо- и авитаминозы (С, В, А, Е), атеросклеротические изменения сосудов пародонта, снижение реактивности макроорганизма, эндокринные нарушения, заболевания ЖКТ, болезни крови (анемия, лейкопения, нейтропения), психосоматические расстройства (депрессии, стрессы), прием лекарственных препаратов (транквилизаторы, иммунодепрессанты и др.), генетическая предрасположенность, функциональные состояния (беременность, пубертатный период).

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА

Лечебные аппараты (шинирующие протезы) для комплексного лечения пародонтита в ортопедической стоматологии разделяют на четыре основные группы.

- Для ортопедического лечения.
- Для непосредственного протезирования и шинирования.
- Для постоянного шинирования.

Все перечисленные аппараты, в свою очередь, делят на съёмные и несъёмные.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Клиническая картина пародонтита в ортопедической стоматологии?
2. План лечения очагового пародонтита в ортопедической стоматологии?

Лекция №10

1. Тема: Ортопедическое лечение генерализованного пародонтита. Ортопедическое лечение при пародонтозе.

Особенности применения постоянных шинирующих аппаратов и протезов при генерализованном пародонтите и пародонтозе.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в лечении генерализованного пародонтита ортопедическими методами.

3. Тезисы лекции: Нормализация окклюзионных соотношений при пародонтитах, пародонтозе.

Ортопедическое лечение ГП решает следующие задачи:

- равномерное распределение на весь зубной ряд жевательного давления, приходящегося на отдельные зубы;
- объединение в единый блок всех зубов каждой из челюстей;
- устранение патологической подвижности зубов;
- предупреждение смещения зубов.

4. Ортопедическое лечение заболеваний тканей пародонта:

а) методы лечения, виды шин

Для лечения болезней пародонта в ортопедической стоматологии используются следующие методы лечения:

- а) избирательное пришлифовывание зубных рядов;
- б) временное шинирование;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		13стр. из 17

в) ортодонтическое лечение;

г) имедиат-протезирование;

д) постоянное шинирование с восстановлением непрерывности зубных рядов путем изготовления шин-протезов.

Ортопедическое лечение заболеваний пародонта преследует три цели: протезирование, шинирование подвижных зубов и укрепление сохранившихся устойчивых зубов с профилактической целью.

Ортопедическое лечение заболеваний пародонта связано с применением различных шинирующих конструкций, лечебный эффект которых основан на законах биомеханики.

Шинирование основано па следующих биомеханических принципах:

1. Шина, укрепленная на зубах, вследствие своей жесткости ограничивает их подвижность. Зубы могут совершать движение лишь вместе с шиной и в одном с ней направлении. Как правило, амплитуда колебаний шины намного меньше амплитуды колебаний отдельных зубов. Уменьшение патологической подвижности зубов благоприятно сказывается на больном пародонте.
2. Шинирующая конструкция, объединяя в блок все передние или боковые зубы, разгружает их пародонт при откусывании или разжевывании пищи. Этот эффект возрастает в связи с увеличением количества шинируемых зубов.
3. Нагрузка в шинируемом блоке прежде всего воспринимается зубами, имеющими меньшую патологическую подвижность. Это разгружает зубы с более пораженным пародонтом. Отсюда следует вывод, что в шинируемый блок следует включать как более, так и менее устойчивые зубы. В переднем отделе зубной дуги устойчивыми зубами чаще всего являются клыки.
4. Зубы расположены по дуге, кривизна которой наиболее выражена в переднем отделе. По этой причине движения зубов в щечноязычном (небном) направлении совершаются в пересекающихся плоскостях, а шинированный блок, объединяющий их, превращается в жесткую систему.
5. Шинирующая конструкция, расположенная по дуге, более устойчива к действию наружных сил, чем шина, расположенная линейно. Объяснение этого свойства шины следует искать в механических особенностях аркообразных конструкций.
6. При линейном расположении шины, когда все зубы имеют подвижность I—II степени, возможно колебание шины при боковых усилиях. Для нейтрализации вредных трансверзальных колебаний шину следует соединить с подобной, но расположенной на противоположной стороне (поперечная стабилизация). Это возможно сделать при помощи бюгельного протеза.

Т.о. при помощи шины удастся объединить зубы в общую систему, составляющую при восприятии жевательного давления единое целое, достигается иммобилизация зубов, перераспределение нагрузки на зубы со здоровым пародонтом или на альвеолярный отросток, равномерное распределение жевательного давления на оставшиеся зубы, устранение эстетических дефектов, нормализация функции жевания и речи.

Классификация шин:

а) по продолжительности - постоянные и временные;

б) по способу фиксации - съемные и несъемные;

в) по способу изготовления - лабораторного и клинического изготовления;

г) по материалам - металлические, пластмассовые, композитные, комбинированные;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		14стр. из 17

д) по методике изготовления - литые, штампованные, паяные, изготовленные путем полимеризации, лигатурные;

е) по конструкции - разные виды коронок, мостовидных протезов, бюгельных и пластиночных протезов.

Требования к шинам:

а) создавать прочный блок из группы зубов, ограничивая их движения в трех направлениях: вертикальном, вестибуло-оральном, медио-латеральном

(для передних) и медио-дистальном (для боковых зубов);

б) быть устойчивой и прочно фиксированной на зубах;

в) не оказывать раздражающего действия на маргинальный пародонт;

г) не препятствовать терапии тканей пародонта;

д) не иметь ретенционных пунктов для задержания пищи;

е) не создавать своей окклюзионной поверхностью блокирующих пунктов при движении нижней челюсти;

ж) не нарушать речи;

з) не вызывать грубых нарушений внешнего вида больного;

и) легко накладываться и сниматься с зубных рядов;

к) равномерно перераспределять жевательное давление на опорные зубы и замещать дефект зубных рядов.

Вид стабилизации зубного ряда (протяженность шины) определяется на основе изучения и анализа одонтопародонтограммы и ортопантомограммы больного. В зависимости от локализации шины различают сагиттальную, фронтальную, фронтосагиттальную, парасагиттальную стабилизацию и стабилизацию по дуге [Курляндский В.Ю., 1956].

Иммобилизация зубов, при которой шины располагаются в переднезаднем направлении на боковых зубах, называется боковой, или сагиттальной.

Сагиттальный вид стабилизации позволяет создать блок зубов, устойчивый к усилиям, развивающимся в вертикальном, трансверзальном и медиодистальном направлениях.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Методы лечения пародонтита и пародонтоза в ортопедии?

2. Цель и задачи шинирования в ортопедии?

Лекция №11

1. Тема: Показания к лечению патологий твердых тканей зуба искусственной коронкой из пластмассы, биокерамики, безметалловой керамики.

Одонтопрепарирование при ортопедическом лечении различными конструкциями зубных протезов.

2. Цель: Формирование знаний по показаниям к лечению патологий твердых тканей зуба искусственной коронкой из пластмассы, биокерамики, безметалловой керамики.

3. Тезисы лекции: Показания к лечению патологий твердых тканей зуба искусственной коронкой из пластмассы, биокерамики.. безметалловой керамики.Одонтопрепарирование при ортопедическом лечении различными конструкциями зубных протезов.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		
Лекционный комплекс		044/45 15стр. из 17

Показания к изготовлению искусственных коронок:

- 1) патология твердых тканей зубов (кариес, клиновидные дефекты, патологическая стираемость, гипоплазия, флюороз, эрозия), травматические повреждения, которые невозможно восстановить пломбированием или изготовлением вкладок. Степень разрушения естественной коронки зуба составляет 50–80 %;
- 2) восстановление высоты нижней трети лица при ее снижении (патологическая стираемость зубов (восстановление формы коронки, предупреждение дальнейшего истирания), патология прикуса;
- 3) аномалии формы зубов (зубы Гетчинсона, Фурнье, Пфлюгера, зуб Турнера, шиповидные зубы);
- 4) аномалии положения зубов;
- 5) нарушение цвета естественных зубов (дисплазия Капдепона–Стентона, мраморная болезнь, гипоплазия, флюороз, гибель пульпы, неправильное лечение);
- 6) зубы, предназначенные для фиксации несъемных или съемных протезов (телескопические коронки);
- 7) конвергенция, дивергенция или выдвижение зубов при их сошлифовывании (феномен Попова–Годона);
- 8) специальная подготовка зуба (под кламмер или окклюзионную накладку);
- 9) шинирование при заболеваниях периодонта и переломах челюстей;
- 10) фиксация ортопедических, ортодонтических или челюстно-лицевых аппаратов.

Показания к протезированию штампованными коронками:

- 1) При дефектах коронки зуба кариозного и некариозного происхождения, когда восстановить форму пломбированием или вкладкой не удастся.
- 2) При аномалии формы зуба.
- 3) При протезировании мостовидными протезами в качестве опорного элемента.
- 4) Для фиксации лечебных и ортопедических аппаратов.
- 5) Для фиксации съемного протеза, если опорный зуб имеет неудовлетворительную форму, обнаженную шейку, кариозную полость, расположенную на пришеечной области, при необходимости создать на окклюзионной поверхности место для накладки опорно-удерживающего кламмера.
- 6) При необходимости значительного сошлифовывания твердых тканей, выдвинувшегося или наклонившегося зуба (феномен Попова–Гадона).
- 7) При аномальном положении зуба.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Что такое металлокерамические коронки?
2. Показания к протезированию у взрослых и детей?
3. Методика изготовления мостовидных протезов?

Лекция №12

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		16стр. из 17

1. Тема: Возможные ошибки и осложнения при ортопедическом лечении. Меры профилактики.

2. Цель: Формирование знаний о возможных ошибках и осложнениях при ортопедическом лечении. Мерах профилактики.

3. Тезисы лекции: Возможные ошибки и осложнения при ортопедическом лечении. Меры профилактики.

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ:

- неправильный выбор формы, размера искусственных зубов; недостаточно выражены окклюзионные контакты, неправильно расположены зубы по отношению к вершине альвеолярного гребня;
- отсутствие изоляции в области острых костных выступов;
- отсутствие изоляции или чрезмерная изоляция нёбного валика;
- удлиненный, укороченный или истонченный край протеза;
- повреждения модели;
- деформация модели при прессовании пластмассы;
- ошибки при проверке конструкции протеза;
- неумение правильно оценить качество протезов;
- плохо проведена беседа с пациентом о правилах пользования протезом, сроках контрольных осмотров;
- множественные коррекции.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- плохая фиксация и устойчивость протезов;
- осложнения со стороны височно-нижнечелюстного сустава при неправильном определении центрального соотношения или высоты нижнего отдела лица;
- баланс протеза;
- перегрузка пародонта опорных зубов;
- микротравмы десневого края и межзубных сосочков;
- декубитальные язвы, эрозии;
- травматический папилломатоз;
- образование "болтающегося" альвеолярного гребня.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Ортопедического лечения больных имеющих протезы, изготовленные, с учетом ошибок и осложнений, можно сгруппировать в блоки:

- 1) ошибки при планировании предстоящего лечения, подготовки полости рта и выбора конструкции протезов;
- 2) ошибки и погрешности в ходе протезирования, при выполнении различных клинических приемов;
- 3) ошибки и осложнения, связанные с нарушениями технологии изготовления протезов в зуботехнической лаборатории;
- 4) ошибки и осложнения сочетанные, включающие предыдущие, свидетельствуют, что причиной их является недостаточная (слабая) подготовка врачей - стоматологов - ортопедов и зубных техников.

Кроме того, в отличии от стоматологов - терапевтов и хирургов, результаты работы которых полностью зависят от их умелости, конечный результат

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Лекционный комплекс		17стр. из 17

ортопедического лечения, проводимого врачом - ортопедом, находится в частичной зависимости и от зубного техника.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: В силлабусе указана.

6. Контрольные вопросы (обратная связь Feedback).

1. Причины переломов съемных протезов?
2. Виды ортопедических протезов?
3. Способы исправления ортопедических протезов?
4. Понятие о мостовидных коронках