

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНЫ**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ



«УТВЕРЖДАЮ»

**Проректор по учебной и
воспитательной работе**

к.м.н., доцент

Г.Ж. Жарылкасынова

“ ”

2019 г.

Учебно-методический комплекс по предмету

ДЕНТАЛНАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ

Для студентов 4-курса стоматологического факультета

Область знаний: 700000-социальное обеспечение и здравоохранение.

Область образования: 720000 - Здравоохранение.

Направление образования: 5720400 – Стоматология

Название предмета: Челюстно-лицевая хирургия

Бухара - 2019 год.

**ИЗГОТОВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА
ВЫСШЕГОИ СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

№107 ОТ 1 МАРТА 2017 ГОДА

Составитель: ассистент кафедры «Хирургическая стоматология» БухГосМИ
Камалова М.К.

Рецензенты:

Заведующая кафедрой ортопедической стоматологии Бухарского
Государственного медицинского института: к.м.н., доцент Ф.И. Ибрагимова.

*обсуждена и утверждена на заседании центральной методической
комиссии Бухарского государственного медицинского института.*

Протокол № 11 « 26 » 06 2019 г.

Методист:



Жумаева Ш.Б.

АННОТАЦИЯ

Учебно-методический комплекс включает в себя теоретические и практические знания основных разделов предмета «Дентальная имплантология», для внедрения современных педагогических технологий в учебный процесс позволяет проводить самодиагностику пациентов путем сочетания приобретенных навыков с теоретическими знаниями в клинической практике с использованием современных медицинских технологий. В соответствии с целями и задачами программы будет сформирован клинический стоматолог, который станет зрелым, конкурентоспособным, независимым клиническим стоматологом, объединяя знания и практические навыки, полученные в ходе процессов горизонтальной и вертикальной интеграции.

Дентальная имплантология связана с медицинскими науками, с целью изучения истории дентальной имплантологии, оборудования используемого для дентальной имплантации, для подготовки пациентов к операции, современных методов обследования и особенностей дентальной имплантации в верхней и нижней челюсти. Обеспечивает основу.

Этот курс основан на знаниях, полученных в области биофизики, медицинской химии, анатомии, физиологии, гистологии, микробиологии, терапии, клинической аллергологии, фармакологии и хирургии.

Учебно-методический комплекс предназначен для ассистентов, научных работников, исследователей и студентов 4 курса стоматологического факультета медицинских институтов.

ЛЕКЦИЯ

Введение в дентальную имплантацию, история имплантации. Классификация имплантатов, материалы, используемые в реализации имплантатов. стоматологическая имплантация и анализ. Особенности стоматологической имплантации в высоком и прошлом. Классификация высокой большой алволюции глобальная классификация, стоматологическая имплантация и пластические показания.

Этапы и продолжительность работы	Преподаватель	Обучающиеся
Подготовительный этап (10 минут)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка учебного содержания по теме. 2. Подготовка демонстрируемых слайдов лекции. 3. Разработать список литературы в изучении предмета. 	
1. Введение в лекцию (15 минут)	<p>1. Знакомит с целью задачами лекции</p> <p>Цель лекции: изучения истории дентальной имплантологии, оборудования, используемого для дентальной имплантации, для подготовки пациентов к операции, современных методов обследования и особенностей дентальной имплантации на верхней и нижней челюсти.</p> <p>Задачи лекции: обсудить со студентами: Классификацию и сравнительную частоту воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Этиологию, патогенез, клинику периоститов, остеомиелитов и клинико-рентгенологические формы хронических периодонтитов. Разобрать хирургические способы лечения хронических периодонтитов (резекция верхушки корня, ампутация, гемисекция), периоститов и остеомиелитов.</p> <p>План лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение в дентальную имплантацию, история имплантации.. 2. Классификация имплантатов, материалы, используемые в реализации имплантатов. 3. Особенности стоматологической имплантации в высоком и прошлом. 4. Классификация высокой большой алволюции глобальная классификация, стоматологическая имплантация и пластические показания. 	<p>Слушают</p> <p>Отвечают на заданные вопросы</p>
2-основной этап (55 минут)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение темы, демонстрация слайдов. 2. Пользование плакатами. 	<p>Слушают</p> <p>Слушают</p>
4-заключительный этап (10 минут)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сделать заключительный вывод. 2. Задать самостоятельную работу. 3. Задать домашнюю работу. 	<p>Слушают</p> <p>Записывают</p> <p>Записывают</p>

Содержание лекции

Императором была имплантирована зубная имплантация в Египте, Центральной Америке и Китае до н.э. и XIX в.

С конца XIX века появилась научная основа для дентальной имплантации.

И. Магильо, Х. Эдмундс (1886, 1887), А. Хартманн (1891), Н. Знаменский (1891) (в виде золота, серебра, платины, фарфора и т. Д.).

Р. Адамс (1937) Винтовой имплантат.

А. Strock (1939) винт (изготовлен из кобальта, хрома и молибдена).

Э. Варес (1955) Г. Брахман (1956) Пластиковый имплантат.

Л. Линков (1967) Тарелка тарелка.

П. Бранемарк (1967) Винтовой имплантат.

До 1940-х годов в основном использовались зубные имплантаты.

В 1978 году Гарвардская конфедерация ограничила имплантацию. Международная конференция по имплантации во Франкфурте-на-Майне (Германия), 1988, Полная имплантация Признано и используется в более широкой практике.

Бывший? В СССР 80-х годов О. Суров и А. Черникис внесли большой вклад в развитие дентальных имплантатов.

Кость является основой тела и выполняет свою функцию, ограниченную максимальным давлением по форме. Кость выполняет в организме три основные функции: механическую (основную), защитную и метаболическую. Кости богаты минералами и участвуют в обмене веществ органов. Следовательно, кость - это живая ткань, которая ощущает экзогенные эффекты. Кость состоит из костного мозга, костной ткани, грудной клетки, рта и нервов. Костный мозг активно участвует в регенерации и регенерации костей. Костный мозг состоит из наружных волокон и внутреннего остеогенного происхождения. Поверхностные коллагеновые волокна также образуют эластичные волокна. Внутренний остеогенный воздух участвует в регенерации кости при формировании кости путем образования остеогенной клетки.

ОПИСАНИЕ ИМПЛАНТАТОВ

В зависимости от типа имплантации:

1. Костьная:
2. Эндоссал
3. Эндодонто-эндоссал
4. Подкостная
5. Комбинированный

В зависимости от задачи имплантации:

1. Наполнитель
2. Поддержка
3. Поддерживающий
4. Корректировка амортизации
5. Нет корректировки амортизации

По форме имплантатов: (Линков, 1967)

1. Цилиндр
2. Винт (Branemark 1967)
3. Материалы, используемые для подготовки имплантатов.
4. Биотолерантные материалы:
5. Нержавеющая сталь,

б. кобальт хром

Биоинертные материалы:

- Алюминиевая керамика
- Углерод
- Титан
- Никелид титана
- Биоактивные материалы:
- Трикоислотный фосфат
- Гидроксилapatит
- Стеклокерамика

По методу имплантации:

1. Одноэтапный
2. Двухступенчатый
3. Прямой ;
4. Задержка;

Пациент завершён до операции дентальной имплантации должен быть проверен.

- Анамнез, общее клиническое обследование (кровь и моча), полость рта (оценка зубов, альвеолярной слизистой оболочки, слизистой оболочки полости рта, внешнего вида зубов, нижней челюсти, состояния полости рта) Рентгенологическое исследование системы (пренатальная рентгенография, ортопантография, компьютерная томография), инструментальные исследования (измерение ширины альвеолярного роста) с использованием различных металлов для определения электрогальванического потенциала до имплантации и протезирования.

- вентиляция полости рта перед планированием имплантации (удаление зубов и их выпадение, лечение пародонта и кариеса зубов); Определите структуру живота, высоту и ширину альвеолярной опухоли или ее атрофию, расстояние между нижней или нижней челюстью альвеолярного края и верхней челюстью.

- хирургические средства при наличии рубцов на слизистых оболочках, пластическое восстановление плечевой полости рта или подготовка пациента к ортопедическому лечению (нормализация зуба, коррекция деформации зуба).

Показания к дентальной имплантации

В числах, которые появляются на последних и лобных зубах;

При полной потере зуба, при отсутствии или атрофии альвеолярного отростка;

Бемор Пациенты, которые не используют съёмные протезы.

Абсолютная общая инъекция:

- хронические заболевания организма (туберкулез, коллаген, аутоиммунное заболевание
- ревматоидный артрит или синдром Сегрина);
- тяжелые заболевания системы лица;
- эндокринные нарушения (диабет, токсический зоб, гипофиз и дисфункция надпочечников);
- дисплазия, остеопороз, остеопороз;
- заболевания системы соединительной ткани (красный вулкан, склеродермия);
- заболевания крови и заболевания кроветворных органов (лейкемия, агранулоцитоз, коагулопатия, анемия);
- психические заболевания (психоз, невроз);
- легкая болезнь;
- хронический алкоголизм;
- наркомания;

- злокачественные опухоли - неизлечимые опухоли, пациенты, получающие высокие дозы, пациенты, проходящие курс химиотерапии.

Относительная общая индикация

- авитаминозы;
- респираторные заболевания;
- специфические заболевания - сифилис, актиномикоз;
- раннее выявление злокачественных новообразований 1-й степени челюстно-лицевой области после лучевой терапии;
- диспротеинемия, белковые расстройства;
- дисменорея;
- беременность;
- инфекционные заболевания;
- ухудшение общего состояния организма - повышение давления на организм;
- рецидив хронических заболеваний в тканях и тканях.

Абсолютное наставление против местного

- мягкое лицо скелета. злокачественные опухоли тканей и костей;
- Хорошее качество и отек челюсти (дисплазия);
- пост-лучевой некроз челюсти (остеорадионекроз);
- предраковые заболевания полости рта и губ;
- Металлическое оборудование и имплантаты несовместимы с корпусом;
- прогрессирующее воспаление паразитной ткани идиопатических заболеваний (синдром Папиано-Лефевра);
- системные дефекты суставов челюстно-лицевой области;
- снижение гигиены полости рта у пациента.

Местная Относительная Инструкция

Хроническое рецидивирующее заболевание (периостит и периодонтит) острые заболевания (флегмоны абсцесса) челюсти и мягких тканей в процессе набора персонала;

На мгновенную стоматологическую реабилитацию;

Глобальные деструктивные процессы (остеомиелит, киста);

Гингивит, стоматит, тонзиллит, гойморит;

Даволаш После лечения заболеваний периферической нервной системы (невралгия, неврит);

Пастки нижней части спины? заболевания (артрит, артроз, болевая дисфункция).

Ронис хроническое рецидивирующее заболевание (периостит и периодонтит) острые заболевания (флегмоны абсцесса) при воспалении челюсти и мягких тканей;

Плохая санация зубов;

Дестр Деструктивные процессы челюсти (остеомиелит, киста);

Гингивит, стоматит, тонзиллит, гойморит;

Даволаш После лечения заболеваний периферической нервной системы (невралгия, неврит);

Пастки заболеваний нижней челюсти (артрит, артроз, болевая дисфункция).

Костная архитектура - это соотношение количества структурных элементов крыльца и компактного слоя.

кости верхней и нижней челюсти не идентичны

Американские технические условия По данным BUSIGIN (1962), компактный слой альвеолярной опухоли нижней челюсти составил 50,1% и 49,9%;

Компактный слой верхней челюсти составляет 27-30%, а полость - 70-72%;

Таким образом, компактный и пористый слой нижней челюсти составляет 1: 3, а компактный и пористый слой верхней челюсти альвеолярной полости составляет 1: 3. Сорт 1 костной ткани представляет собой практически полностью однородный компактный слой. Этот класс включает лобную область нижней челюсти и частично боковую область, а фронтальная область верхней челюсти является однородной компактной. Остеопороз возникает в кости при снижении функционального давления.

2 класс компактная челюстная кость толстая

хорошо развитое крыльцо

земная кора. Потому что этот класс на 1: 1 ниже маленькая и большая унция имплантация в области зубов. Этот класс костей встречается в области верхней челюсти и в области премолярных зубов.

3 класс костной ткани составляет 1: 3. Тонкий компактный слой кости челюсти расположен вокруг развитого пористого слоя. Этот вид встречается в премолярной области нижней и верхней челюсти.

Тонкий компактный слой кости челюсти 4-го класса расположен вокруг пористого слоя с небольшой плотностью трабекулярных сеток. Компакт и фарфор 1: 4. Компактный лист 1-4 мм. Его туловище состоит из тонкой трабекулярной эластичной сетки. Тонкий компактный слой 4-й челюстной кости расположен вокруг пористого слоя с небольшой плотностью трабекулярной сетки. Компакт и фарфор 1: 4. Компактный лист 1-4 мм. Его туловище состоит из тонкой трабекулярной эластичной сетки.

СТРОИТЕЛЬСТВО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ

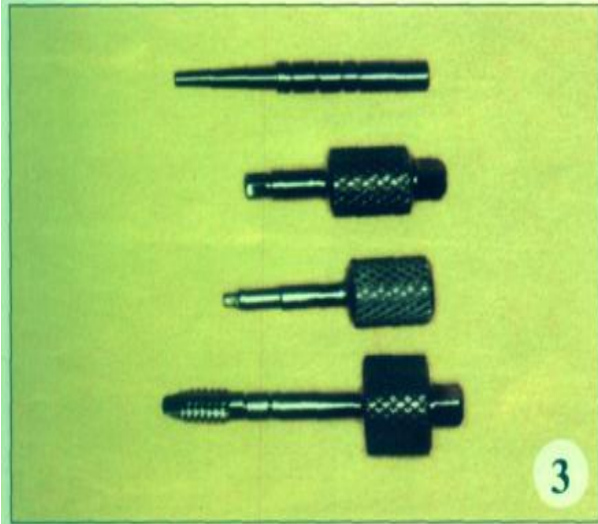
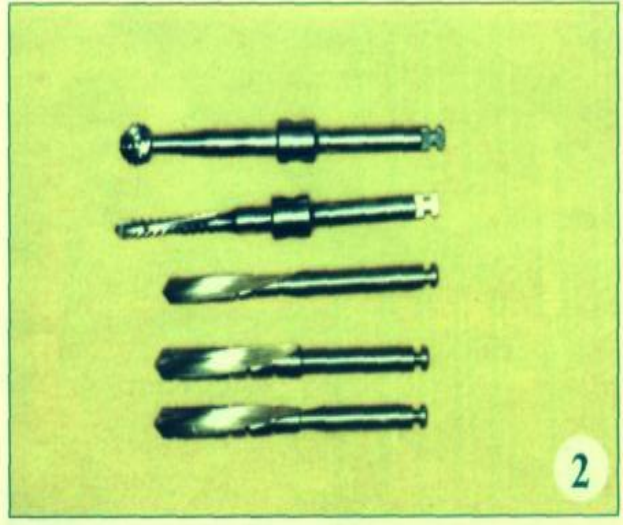
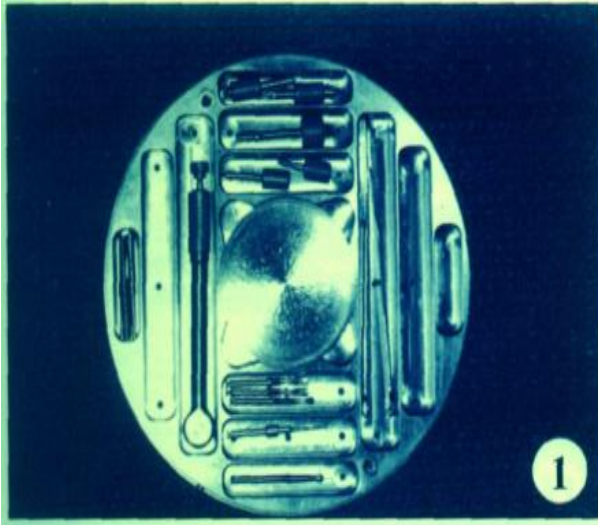
Импантировать тело

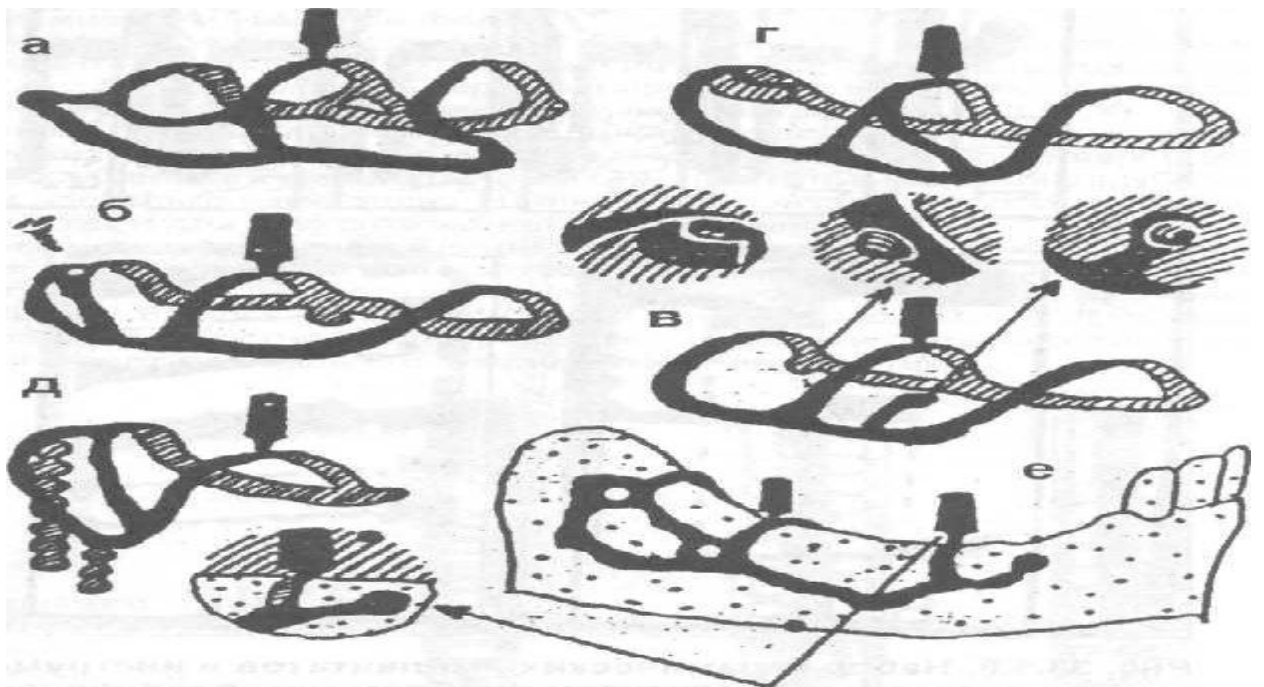
Имплатат шеи

Имплатация имплататов / абатмент /



Оборудование и инструменты для имплантации





Имплантировать тело

Шейка имплантата

Имплантация имплантатов (абатмент)

Оборудование и инструменты для имплантации



Перед имплантацией пациент будет осмотрен в соответствии с правилами, принятыми в стоматологии, в том числе хирургом и хирургом-ортопедом. Положительный статус больного всегда связан с местными осложнениями, общими заболеваниями и системной патологией. Внимание уделяется жалобам, таким как ушибы, боли в области открытия и жевания рта, частое кровотечение десен и сенсорные аномалии слизистой оболочки полости рта.

Будет выявлен анамнез заболеваний слизистой оболочки и полости рта, а также будут изучены процедуры и результаты лечения пациента. Когда и при каких условиях зуб удаляется, причины и вечерние основы будут приняты во внимание. Изменения в положении лицевых суставов при дентальной имплантации включают четкое отражение естественных тканей, открытие полости рта, деформацию губ, дорсальный аспект челюсти. Правильное и адекватное использование систем имплантатов может помочь предотвратить эстетические утечки. Однако наблюдаемые изменения могут быть ненормальными и могут происходить как по всему организму, так и локально. Эти изменения учитываются при разработке плана лечения имплантата. При осмотре передней части полости рта, цвете и влажности слизистой оболочки, глубине полости рта, положении суставов и свободных десен, состоянии верхней и нижней губы, наличии морщин и мышц на слизистой оболочке; он также фокусируется на степени прикрепления мимических и других мышц. При взгляде на язык альвеолярной части нижней челюсти можно дать представление о положении изогнутой линии и мышц челюсти, которые начинаются от внутренней части нижней челюсти. По этой же причине в некоторых случаях необходимо пройти предварительную предимплантацию: пластика языка и гортани, разрез слизистой оболочки и мышечной трубки, а также сглаживание острых краев. В случае центральной окклюзии оценивают соотношение зубов нижней челюсти и верхней челюсти с закрытым ртом и состояние зуба. Неправильные укусы (глубокие,

открытые и пересекающиеся) важны при имплантации инструкций. Имплантаты включают физиологические типы зубов (потомство, прогнатия, бипрогния и правые зубы). Эти характеристики должны быть изучены ортопедом с точки зрения использования имплантатов в качестве поддержки зубных протезов. Приблизительное отражение функциональных и эстетических нарушений на периферии полости рта и их происхождения, размера костей и конфигурации альвеолярных опухолей, состояния окружающей их слизистой оболочки, функции мимических мышц и жевательных мышц, - исходная информация о состоянии нижней челюсти, соотношении верхней и нижней челюсти.

На основании результатов обследования устанавливаются рекомендации и противопоказания к имплантации зубов. Во время первоначального клинического осмотра можно выявить явные противопоказания из-за наличия кариеса и пародонтита, заболеваний пародонта, плохой гигиены полости рта и повреждения слизистой оболочки полости рта. В некоторых случаях патологические изменения (кариес и его осложнения, периодонтит, плохая гигиена полости рта) считаются относительно противопоказаниями к имплантации после перорального приема. В остальных случаях (диффузный пародонтит, заболевания слизистой оболочки полости рта и др.) Противопоказания не изменены.

Имплантация зубов может быть выполнена в ортогнатической или других формах физиологической стоматологии. После тщательного изучения стоматологического статуса в контексте будущего ортопедического лечения хирург-ортопед оценит модель челюсти, включая окклюзию.

Комплексная оценка этих данных позволит вам определить условия для имплантации. Иногда выявляются скрытые аномалии жевательной системы, и есть подозрение на дентальную имплантацию.

Клинические исследования всегда дополняются рентгенологическими данными. Часто используются стоматологические, панорамные фотографии, зонирование челюстей, ортопантограммы. В последнее время простая и компьютерная томография становится все более популярной. В зарубежных странах они иногда используются в дополнение к магнитно-резонансной томографии. Компьютерная и магнитно-резонансная томография дают точную информацию на трех уровнях. Объемные и математические данные о костях, канале нижней челюсти и поровом отверстии, топографии верхней челюсти и, что самое важное, свойствах, качестве и толщине кости. Компьютерная томография является важной диагностической имплантацией у пациентов, у которых нет зубов. Визуализация шариков с использованием имплантированных шариков позволяет размышлять о целостности костной полости и правильном лечении. Первичный клинико-рентгенологический диагноз важен при оценке состояния желудочно-кишечного тракта.

Для классификации состояния челюстей без зубов было предложено несколько классификаций - Addwood Kennedy (1928) и Atwood (1971, 1977), U. Linholm и G. Zarb (1985) для зубных имплантатов, S.Misch и К. Джуди (1987). Используются анатомические критерии для фотографии челюсти. При диагностике и планировании дентальных имплантатов необходимо учитывать антропометрические параметры кости челюсти, а также выполнять математическое моделирование на основе клинических, рентгенологических данных и создания трехмерных образцов на РКИ и YMR.

На основании данных классификации и различных характеристик кости выбран метод остеотомии и имплантации. Когда костная структура плотная и компактная, ее необходимо приостановить, чтобы поддерживать достаточную скорость вращения и остывать. Если костная структура особенно пористая в верхней челюсти, необходимо осторожно сверлить и избегать давления, не расширяя область имплантата. В противном

случае верхняя челюсть может быть проколота, а нижний альвеолярный нерв поврежден. Эти характеристики различных частей верхней и нижней челюстей были учтены в последующей классификации, разработанной S.Misch (1990). По его словам, кость является высоко функциональной, в том числе способной адаптироваться к различным травмам и нагрузкам. Они вызывают ремоделирование и ремоделирование кости, но отсутствие перегрузки сохраняет физиологические свойства кости. По мнению автора, прогрессивное лечение при имплантации обеспечивает адаптацию кости. Успешные результаты могут быть достигнуты путем правильной оценки нагрузок на кости: тщательной остеотомии, имплантации без травм, адекватной стабильности кости и адекватной нагрузки после второй хирургической процедуры. , Оценка клинического состояния верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти дополняется результатами измерения толщины слизистой оболочки. Комплексная оценка диагностики позволяет определить имплантаты, выбрать тип имплантата и количество имплантатов, а также разработать план как для временной, так и для постоянной ортопедической хирургии. Выбор имплантатов и их размер зависит от условий в полости рта и будущих задач зубных протезов. Учитывая большое количество структур имплантатов, важно учитывать последствия различных клинических методов лечения, а не рекомендации производителя.

Оценка общего состояния здоровья включает данные анамнеза, анализы крови и мочи, заключения терапевта.

Предварительная клиническая рентгенодиагностическая оценка состояния челюстной системы подтверждает необходимость имплантации при устранении функциональных и эстетических нарушений, позволяя определить размер, качество и конфигурацию имплантированных костей.

Мягкие ткани для имплантации и остеотомии начинаются только тогда, когда мягких тканей достаточно для имплантации. Если есть утечка, то требуются дополнительные операции.

К ним относятся:

- отсутствие условий для имплантации
- отсутствие ткани для закрытия
- наличие костного дефекта.

Альвеолярная верхняя челюсть, особенно пористое вещество с вестибулярной стороной с тонким кортикальным слоем, состоит из разреженной структуры и также отражает реакцию кости на жевательное давление верхней челюсти.

Клинические исследования дополняются регулярными рентгенологическими исследованиями. Используется больше стоматологических, панорамных, зонограмм и ортопантограмм, иногда может использоваться компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

Ортопантомография используется при первичном обследовании, что может дать больше информации. Все эти тесты должны использоваться в стандартизации и динамике имплантации [Рабухина Н. А. и др., 1993, 1999]. Все изображения должны обрабатываться одинаково и обрабатываться одинаково.

Ортопантограмма показывает качество, высоту, пропорцию соседних пространств полости носа, расположение нижней челюсти и расположение нижней челюсти. Ортопантомограмма с пластинкой со специальными металлическими маркерами

показывает истинную высоту окклюзионной пластинки. [Misch S, 1993; Spiekerman E., 1995].

Однако в 20-30% случаев ортопантомография не дает точных результатов [Шимура М. и др., 1990]. По этой причине фотографируются дополнительные правые или боковые проекции, а также выбирается место и положение для имплантации. Компьютерная и магнитно-резонансная томография дают результаты в трех уровнях. Подробная информация о толщине нижней и верхней челюсти, объеме, топографии анатомических образований и, что наиболее важно, толщине и качестве челюсти.

В.Ю. Курляндский (1977) описал растяжение верхней челюсти и показал, что в модели фото-вращения разные группы могут двигаться под влиянием функции зуба.

U. Lekholm и G. Zarb (1992) показали, что уровни I - IV имеют плотность костей: уровень I относительно плотный, IV очень мягкий. По данным цефалометрического рентгеновского изображения эти авторы диагностируют формы альвеолярной опухоли А, В, С, D и E.

Ортопантомограмма обеспечивает визуализацию высоты, качества кости, дна верхней челюсти, отверстия протока и канала нижней челюсти, а также 2 альвеолярных дуг. [Misch S, 1993; Spiekerman E., 1995].

Однако в 20-30% случаев ортопантомограмма не дает точной информации (размер кости, качество, нижняя челюсть, верхняя челюсть и т. Д.). [Шимура М. и др., 1990]

У. Лекхольм и Г. Зарб (1992). Толщина костей I-IV уровней различна. I степень плотная кость, IV степень - разреженная кость. Те же авторы классифицируют альвеолярную полость ABCDE и ставят диагноз с помощью цефалометрической рентгенографии.

После удаления зубов верхней челюсти развивается атрофия альвеолярной опухоли по коридору. Резорбтивный характер альвеолярной опухоли чаще всего наблюдается при потере центральных зубов и занимает сечение роговицы альвеолярного отростка. Это выравнивает к небу и выравнивает коридор. Это отражает формирование альвеолярной дуги. Эта атрофия кости вызывает изменение профиля лица. Нижняя челюсть имеет пневматический, склеротический и комбинированный тип, в зависимости от степени пневматизации верхней челюсти. Полость верхней челюсти имеет разные отношения с нижними зубами. Иногда оно близко ко дну, может проникать и не доходить до дна.

Антропометрические исследования А. Иванова (1991) показывают, что расстояние от вершины кончика верхней челюсти до кончика кончика корня составляет 7,4 мм. Ближайшая полость зуба - 6! 6. Средняя толщина кости в корнях выпада составляет 2,05–2,02, в области корня неба - 2,02 мм.

Расстояние между полостью и имплантатом должно быть не менее 1–2 мм, но при атрофии и потере зуба оно приближается к альвеолярной гортани и может быть отделено тонкой костной пластинкой. Это усложняет имплантацию зубов. В некоторых случаях живот поднимается или, кроме того, пол полости поднимается.

Имплантация верхней челюсти имеет ряд особенностей. Прежде всего, имплантация челюстно-лицевой артерии и верхней челюсти с венозной спутанностью верхней челюсти.

Согласно К. Хоффману (1995), хотя между артерией и полой веной существует расстояние, расстояние между ними во время атрофии приближается. Особенности органов малого таза и атрофии костей в адене Это следует учитывать при имплантации. Нижняя челюсть может изгибать альвеолярную ось и смотреть на поверхность ротовой

полости. В дистальной части челюсти отсутствуют зубы. Это где качество кости принимается во внимание. Особенно важным является внутреннее мышечное крыло. Если альвеолярная часть нижней челюсти тонкая или периферическая, стенка языка может быть сломана во время имплантации. Кроме того, повреждение языка нерва в этом случае, скорее всего, приведет к повреждению нижнего альвеолярного нерва в первом моляре и второй премолярной области.

На основании данных классификации и различных характеристик кости выбран метод остеотомии и имплантации. Когда костная структура плотная и компактная, ее необходимо приостановить, чтобы поддерживать достаточную скорость вращения и остывать. Если костная структура особенно пористая в верхней челюсти, необходимо осторожно сверлить и избегать давления, не расширяя область имплантата. В противном случае верхняя челюсть может быть проколота, а нижний альвеолярный нерв поврежден. Эти характеристики различных частей верхней и нижней челюстей были учтены в последующей классификации, разработанной S.Misch (1990). По его словам, кость является высоко функциональной, в том числе способной адаптироваться к различным травмам и нагрузкам. Они вызывают ремоделирование и ремоделирование кости, но отсутствие перегрузки сохраняет физиологические свойства кости. По мнению автора, прогрессивное лечение при имплантации обеспечивает адаптацию кости. Успешные результаты могут быть достигнуты путем правильной оценки нагрузок на кости: тщательной остеотомии, имплантации без травм, адекватной стабильности кости и адекватной нагрузки после второй хирургической процедуры. Оценка клинического состояния верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти дополняется результатами измерения толщины слизистой оболочки. Комплексная оценка диагностики позволяет определить имплантаты, выбрать тип имплантата и количество имплантатов, а также разработать план как для временной, так и для постоянной ортопедической хирургии. Выбор имплантатов и их размер зависит от условий в полости рта и будущих задач зубных протезов. Учитывая большое количество структур имплантатов, важно учитывать последствия различных клинических методов лечения, а не рекомендации производителя.

Дополнительные операции на зубных имплантатах. Остеотомия для имплантации и сдвиг мягких тканей выполняются, если для имплантата достаточно кости или мягких тканей. Если текстуры недостаточно, ее можно устранить дополнительными оперативными методами. В других случаях мягкие ткани верхней и нижней челюсти верхней челюсти и дополнительные операции необходимы на костном мозге. Это происходит, когда в имплантате достаточно ткани или недостаточно ткани для его закрытия. Дополнительные зубные имплантаты делятся на две группы: вмешательства на костной ткани и вмешательства на мягких тканях. Примеры оральных вмешательств в мягких тканях включают вестибулопластику и свободное смещение слизистой оболочки. При дентальной имплантации авто- и аллотрансплантаты используются при отсутствии костной ткани, используются искусственные кости - фосфат трехосновной кислоты, гидроксилпатит и другие биоматериалы, а также неабсорбирующие и абсорбирующие мембраны. Пластика с аутогенными костными трансплантатами. Он используется в случаях атрофии кости во время имплантации, в основном в дистальных отделах кости, вблизи нижней челюсти, альвеолярной гортани и в полости полости. Трансплантационный материал используется в качестве подвздошной кости, полости, ретромолярной области

нижней челюсти или области верхней челюсти. Кроме того, консервированная кость используется для пластика кости

Одним из примеров предварительной имплантации является изменение положения нерва нижней конечности и тазового нерва. В то же время можно применять съемные мембраны, криогенные кости и т. Д. В случаях тяжелого атеросклероза распространены пластика верхней челюсти, альвеолярного отростка гортани, полости носа и гамма-полости. В результате хирургического вмешательства можно поднять нос или верхнюю челюсть, изменить их положение и увеличить верхнюю челюсть. Результаты таких операций могут достигать 94,4% -100%. В верхней челюсти используются аутоосуляция, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутоосулок и гидроксиллапатит).

Синус-лифтинг - лифтинг основания гамма-полости.

В верхней челюсти имеется разрыв, который можно пневматизировать, склеротизировать и комбинировать. Основания полости Геймора могут иметь различные пропорции с корнями верхней челюсти: они либо близко к полости, либо пронизаны, либо никогда не достигают ее.

В результате антропометрических измерений А.С. Иванова расстояние между дном средней полости и корнем зуба составило 7,4 мм.

Верхняя челюсть имплантируется под полость. Расстояние между полостью и имплантатом должно быть не менее 1-2 мм. Однако когда зубы удаляются или в окружающей области альвеол, имплантат и полость остаются близко друг к другу, оставляя только тонкую пластинку. Это усложняет имплантацию зубов. В этом случае дно полости поднимается биоматериалами.

Аутоосулок, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутоосулок и гидроксиллапатит) используются для поднятия полости полости или для расширения верхней челюсти.

Имплантаты плаценты часто бывают одиночными или комбинированными. Имплантат состоит из внутрибрюшной части - тела, грудной клетки и верхних частей - головы или головы (штамп). Тело имеет другую структуру и является прямоугольным в поперечном сечении. Высота варьируется от 8 мм до 15 мм и длина от 15 мм до 30 мм. Тело состоит из нескольких порезов, а нижняя доля волнистая.

Кроме того, плоские имплантаты могут использоваться в сочетании с натуральными зубами в качестве опоры для зубных протезов. Протез может быть выполнен в течение 3-4 недель после операции.

Имплантация имплантатов проводится после подготовки пациента, премедикации и местной анестезии периферических ветвей третичного нерва.

Стерильность должна поддерживаться во время имплантации (хирургические методы, стерилизация инструментов, материалов, перчаток).

Разрез делается вдоль альвеолярной поверхности, где слизистая оболочка и костный мозг пересекаются и разделяются. Как только кость открыта, ее положение, цвет и кортикальный слой проверяются. Неровности на поверхности кости должны быть выровнены во время сканирования. Сглаживание выполняется путем фрезерования или использования существующего станка с одновременным охлаждением. Если установлено более одного имплантата, расстояние между ними должно быть не менее 3 мм.

Костные кисты удаляются из канала с помощью специального устройства. Полость промывают физиологическим раствором. Как только имплантат сформирован, имплантат вставляется в полость, и биение избивается до тех пор, пока имплант не сформируется полностью. Если имплантат трудно ввести, то имплантат будет удален, а полость увеличена.

Использование зубочисток широко используется во всех странах. Используются как винтовые, так и цилиндрические имплантаты.

Зубные имплантаты различают как погружной, так и ненавязчивый типы и различают одну или две стадии.

Одностадийные имплантаты расположены так, что альвеолярная поверхность рта находится в полости рта. Погружные имплантаты часто используются с винтами и цилиндрами.

На первом этапе имплантат вставляется в кость.

Винтовые имплантаты имеют следующие преимущества:

- 1) техника остеотомии проста и относительно атравматична при установке имплантата;
- 2) варианты длины и толщины имплантата позволяют выбрать толщину, ширину и качество кости;
- 3) создать хорошее место для имплантации и обеспечить хорошее заживление кости;
- 4) Различные формы поверхности имплантата обеспечивают утолщение кости;
- 5) Тот факт, что кровь состоит из многих элементов, обеспечивает хорошую эпителизацию мягких тканей.

Двухэтапные имплантаты открываются через 4 месяца в нижней челюсти и через 6 месяцев в верхней челюсти. Как только он открыт, избыток костной ткани удаляется, а окружающая область имплантата тщательно очищается. После этого зашивается снова.

Имплантаты плаценты часто бывают одиночными или комбинированными. Имплантат состоит из внутрибрюшной части - тела, грудной клетки и верхних частей - головы или головы (штамп). Тело имеет другую структуру и является прямоугольным в поперечном сечении. Высота варьируется от 8 мм до 15 мм и длина от 15 мм до 30 мм. Тело состоит из нескольких порезов, а нижняя доля волнистая.

Преимущества имплантатов:

- 1) Имплантат может быть вставлен в тонкий ручной комок;
- 2) имплантат не проникает глубоко в кость, поэтому маловероятно, что гамма-полость, полость носа и нижние конечности повреждены;
- 3) незначительное кровотечение позволяет избежать перфорации и повреждения альвеолярного отростка;
- 4) широкий эффект поверхности имплантата с костью обеспечивает хорошую фиксацию;
- 5) Большинство пор в теле удобны для проникновения в кости и обеспечивают стабильность;
- 6) Имплантаты легко завязываются и принимают необходимую форму.

Кроме того, плоские имплантаты могут использоваться в сочетании с натуральными зубами в качестве опоры для зубных протезов. Протез может быть выполнен в течение 3-4 недель после операции.

Имплантация имплантатов проводится после подготовки пациента, премедикации и местной анестезии периферических ветвей третичного нерва.

Стерильность должна поддерживаться во время имплантации (хирургические методы, стерилизация инструментов, материалов, перчаток).

Разрез делается вдоль альвеолярной поверхности, где слизистая оболочка и костный мозг пересекаются и разделяются. Как только кость открыта, ее положение, цвет и кортикальный слой проверяются. Неровности на поверхности кости должны быть выровнены во время сканирования. Сглаживание выполняется путем фрезерования или использования существующего станка с одновременным охлаждением. Если установлено более одного имплантата, расстояние между ними должно быть не менее 3 мм.

Костные кисты удаляются из канала с помощью специального устройства. Полость промывают физиологическим раствором. Как только имплантат сформирован, имплантат вставляется в полость, и биение избегается до тех пор, пока имплант не сформируется полностью. Если имплантат трудно ввести, то имплантат будет удален, а полость увеличена.

Использование зубочисток широко используется во всех странах. Используются как винтовые, так и цилиндрические имплантаты.

Зубные имплантаты различают как погружной, так и ненавязчивый типы и различают одну или две стадии.

Одностадийные имплантаты расположены так, что альвеолярная поверхность рта находится в полости рта. Погружные имплантаты часто используются с винтами и цилиндрами.

На первом этапе имплантат вводится в кость, которая ушивается через слизистую оболочку и поверхность кости. На втором этапе шовный участок открывается и на имплантат помещаются различные структуры.

Винтовые имплантаты имеют следующие преимущества:

- 1) техника остеотомии проста и относительно атравматична при установке имплантата;
- 2) варианты длины и толщины имплантата позволяют выбрать толщину, ширину и качество кости;
- 3) создать хорошее место для имплантации и обеспечить хорошее заживление кости;
- 4) Различные формы поверхности имплантата обеспечивают утолщение кости;
- 5) Тот факт, что кровь состоит из многих элементов, обеспечивает хорошую эпителизацию мягких тканей.

Двухэтапные имплантаты открываются через 4 месяца в нижней челюсти и через 6 месяцев в верхней челюсти. Как только он открыт, избыток костной ткани удаляется, а окружающая область имплантата тщательно очищается. После этого зашивается снова.

Дополнительные процедуры для дентальной имплантации выполняются, если остеотомия и имплантация мягких тканей достаточны, чтобы гарантировать, что кости или мягких тканей достаточно для имплантации. Если текстуры недостаточно, ее можно устранить дополнительными оперативными методами. В других случаях мягкие ткани верхней и нижней челюсти верхней челюсти и дополнительные операции необходимы на костном мозге. Это происходит, когда в имплантате достаточно ткани или недостаточно ткани для его закрытия. Дополнительные зубные имплантаты делятся на две группы: вмешательства на костной ткани и вмешательства на мягких тканях. Примеры оральных вмешательств в мягких тканях включают вестибулопластику и свободное смещение слизистой оболочки. В зубных имплантатах используются авто- и аллотрансплантаты,

искусственный фосфат костной кислоты, гидроксилapatит и другие биоматериалы при отсутствии костной ткани, а также непоглощающие и проницаемые мембраны. Мембраны используются для имплантации костных дефектов, разрыва имплантированных стенок, плохого качества кости в имплантате, снятия швов и имплантации сразу после удаления зуба и развития периимплантата.

Пластика с аутогенными костными трансплантатами. Он используется в случаях атрофии кости во время имплантации, в основном в дистальных отделах кости, вблизи нижней челюсти, альвеолярной гортани и в полости полости. Трансплантационный материал используется в качестве подвздошной кости, полости, ретромолярной области нижней челюсти или области верхней челюсти. Основным условием пластичности аутогенного трансплантата в сочетании с имплантацией в одно время являются мягкие ткани, доступные для закрытия имплантата и имплантата. Кроме того, комбинация консервированного аллогенного трансплантата кости и легирующего сплава используется для костного пластика. Последний может использоваться в сочетании с пластиковыми материалами на основе гидроксилapatита и коллагена.

Одним из примеров предварительной имплантации является изменение положения нерва нижней конечности и тазового нерва. В то же время можно применять съемные мембраны, криогенные кости и т. Д. В случаях тяжелого атеросклероза распространены пластика верхней челюсти, альвеолярного отростка гортани, полости носа и гамма-полости. В результате хирургического вмешательства можно поднять нос или верхнюю челюсть, изменить их положение и увеличить верхнюю челюсть. Результаты таких операций могут достигать 94,4% -100%. В верхней челюсти используются аутокопирование, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутокопирование и гидроксилapatит). Поскольку материал часто неадекватен, автопереключатель используется в сочетании с гидроксилapatитом, керамикой и пластиковыми материалами.

Реконструкция верхней челюсти требует удаления следующих требований: Все хирургические процедуры должны быть наиболее подходящими. Имплантация трансплантируемого материала должна образовывать кость, которая может быть абсорбирована и плотно связана с ней. Резорбция свежей кости не должна превышать 1,49 мм в первый год после операции и 0,1 мм в каждый последующий год. Все оперативные вмешательства не должны вызывать воспаление верхней челюсти.

В верхней челюсти имплантаты были имплантированы в кость под полостью. Расстояние между имплантатом и полостью должно быть не менее 1-2 мм, но когда зубы удалены и кость окружена, она ближе к альвеолярной челюсти и отделена только тонкой костной пластинкой. Это усложняет имплантацию и требует хирургических вмешательств или биоматериалов пазухи. Имплантация дистальной части верхней челюсти имеет ряд особенностей. Прежде всего, важно учитывать близость внутренней челюсти и ее травму к имплантации. Во-вторых, важно иметь в виду, что в верхней челюсти существует каноническое венозное противостояние. Хотя существует расстояние между артериальным и венозным сгустками, это расстояние значительно уменьшается при имплантации периферической кости. Индивидуальные особенности этих случаев следует учитывать при имплантации. Прежде всего, челюстная альвеолярная зона может протекать как в вестибулярный, так и в средний. Обычно зубы находятся не в дистальной части нижней челюсти. В этой области кости могут отличаться по форме и качеству; внутреннее сокращение мышц канала имеет большое значение. Если нижняя челюсть

дистальная и узкая, имплантат может быть перфорирован или может быть сломана стенка языка. Кроме того, в этом случае существует риск повреждения языкового нерва. Важное значение имеет расположение нижней челюсти и сосудистого нерва при имплантации в области коренных зубов и вторая премолярная область нижней челюсти.

На периферии нижней челюсти нижняя челюсть смещена к языку. Значительная атрофия кости приводит к раскрытию нерва и перфорации внутреннего отверстия, и они остаются на поверхности альвеолярной дуги. Когда они получают травмы, они могут иметь такие осложнения, как кровотечение или повреждение нерва. Кроме того, перфорация нерва нижней конечности может влиять на имплантацию и функционирование протеза ортопедических структур. В других случаях это может потребовать имплантации после первоначальной эластомерной пластичности, изменения положения нерва и других операций. Атрофия нижней челюсти обусловлена пористой модой. После удаления зубов языковая часть локтя сначала поворачивается. В этом случае край в форме руки часто имеет форму лезвия ножа. Позже он уплощен по высоте. В области симфиза формируется плоская рука с резко вытянутой береговой линией.

Существует несколько классификаций для оценки беззубой челюсти - Кеннеди (1928), А. Этвуд (1971-1977) и У. Линхольм, Г. Зарб (1985) - для имплантации зубов, К. Миш и К. Джуди (1987). Использование челюстных анатомических критериев на основе рентгеновских изображений. При диагностике и планировании дентальной имплантации следует выполнять математическое моделирование РКИ и YMR с учетом антропометрических параметров кости челюсти и клинических рентгенологических данных. Остеотомия и имплантация подбираются на основании различной классификации и характеристик кости. Например, обострение кости компактного вещества может быть выполнено путем замены охлаждения, но с сохранением скорости вращения. Если зубной налет редкий, то он обычно находится на верхней челюсти, где жесткость кости выполняется без использования амортизации или имплантации под высоким давлением. В противном случае это может привести к перфорации гамма-полости и повреждению альвеолярного нерва. Те же особенности описаны в классификации С. Misch (1990).

Комплексная оценка диагностических тестов позволяет идентифицировать имплантаты, выбрать количество и имплантацию имплантатов, разработать план хирургического вмешательства и выбрать временное или постоянное ортопедическое лечение. Выбор имплантатов и их количество зависит от состояния полости рта и от функции зубных протезов. Принимая во внимание последствия конструкции имплантата, необходимо полагаться на результаты лечения в различных клинических ситуациях, а не на рекомендации производителя.

Необходимость в протезной хирургии обусловлена несколькими факторами, в том числе атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отдела нижней челюсти при потере естественных зубов. У некоторых пациентов процессы атрофии костей могут быть связаны с сопутствующими заболеваниями и изменениями в органах - системными заболеваниями, остеопорозом костей (включая климактерический и постклиматический периоды). На атрофию кости также влияют местные факторы. В первую очередь это травма при удалении зуба и удалении одной из стенок альвеол. Потеря костной массы также может быть вызвана плохо спроектированными протезами.

В дополнение к общим и местным факторам, которые вызывают атрофию кости во время протезирования, анатомические особенности структуры челюсти могут представлять трудности. Они могут быть вызваны атрофическими процессами, а также

типом и развитием лицевого скелета. Во время протезирования костная ткань также может иметь ряд недостатков. После удаления зубов альвеолярная слизистая оболочка может стать чрезмерной. Кроме того, когда зубы удаляются, кость часто становится неровной из-за смещения вестибулярных стенок альвеол. Плохие условия протезирования также часто вызывают атрофические процессы в вертикальных и передних и задних костях кости, вывих челюстей, увеличение расстояния между альвеолярными дугами и уменьшение их ширины. Протез дополнительно усугубляется пародонтитом и пародонтитом, который усугубляет атрофические процессы в челюстях. Даже зубы, которые остаются в кости и не растут, вызывают определенные проблемы. Верхняя челюсть хорошо видна на стыке двух пластин, образующих твердое небо. Удаление центральных зубов может привести к разрыву окклюзионной связи между верхней челюстью и альвеолярным отростком нижней челюсти. При отсутствии верхнечелюстных моляров неправильное соотношение между зубами и антагонистами при окклюзии может привести к уменьшению, увеличению или коррекции альвеолярного отростка.

В нижней челюсти альвеолярная область сужается, ее атрофия и, следовательно, нижняя челюсть, изогнутая линия, нижняя челюсть и острые края препятствуют протезированию. Помимо процессов атрофии кости, Р. Попкинс (1985) считает, что микростомия, вызванная хроническими зубными расстройствами, также препятствует протезированию. Гладкая текстура - изменения в слизистой оболочке и поверхности кости также усложняют протезирование. После удаления зубов возможно образование рубцов на слизистых оболочках альвеолярной области. В некоторых случаях эти изменения также происходят в подкорковой области. Хронические травмы, в том числе вызванные плохо спроектированными протезами, играют важную роль в гиперпластических изменениях. Последнее часто может быть причиной папилломатоза, который может повредить твердое небо, полость рта и альвеолярный гребешок. Такие изменения в слизистой оболочке могут усугубляться воспалительными процессами в поврежденной ткани.

Атрофия костей может привести к опусканию дна полости рта, проявлению губ и языка, слизистых и мышечных соединений и их приближению к альвеолярной дуге. Нижняя челюсть, нижняя челюсть и мышцы легких усугубляют трудности зубного протеза. Предоперационные процедуры в полости рта направлены на удаление следующих областей:

- 1) костная ткань челюсти;
- 2) мягкие ткани - слизистая оболочка, поверхностный слой, мышечные волокна;
- 3) Периферические ветви трехрогового нерва.

Ортопедические протезы следует использовать для хирургического лечения пациентов с патологическими изменениями, которые не могут быть полностью разработаны. Помимо оценки условий протезирования, существуют также психологические факторы: адекватность жалоб пациентов, способность понимать необходимость оперативного вмешательства и какие функциональные и эстетические ожидания он или она ожидают от ортопедического и хирургического лечения. Мотивация пациента также очень важна, когда речь идет о временной и постоянной коррекции зубов. Прежде чем принять решение о предварительном хирургическом вмешательстве, хирург должен изучить историю болезни пациента в соответствии с правилами хирургической стоматологии и определить вероятность изменений в мягких тканях и костях при общей патологии.

Изменения в мягких тканях, которые покрывают альвеолярные отростки верхней челюсти и альвеолярные части нижней челюсти, следует оценивать с точки зрения

онкологии, а также инфекционной, вирусной или другой этиологии. При осмотре полости рта, верхней и нижней губ, положения языка, рубцов изменяется слизистая оболочка дна рта, а также состояние мышц. В частности, внимание уделяется воспалительным процессам на дне полости рта, которые могут быть вызваны повреждениями краев протеза. В этих случаях может возникнуть диагноз фиброма со значительным ошибочным диагнозом, но могут быть гипертрофия и рубцевание слизистой оболочки. Атрофия челюсти часто приводит к образованию избыточных слизистых оболочек в альвеолярной области, что препятствует протезированию.

В дополнение к оценке состояния мягких тканей используются альвеолярный отросток челюсти и кости альвеолярного отростка нижней челюсти. Измеряется ширина и высота кости, оценивается ее форма, неровности, наличие несоответствий, острые края, экзостозы. В обеих челюстях пальпируются мимикрия, жевание и другие области, где начинаются или прикрепляются мышцы. Верхняя челюсть и крыло носа и мышечные мышцы верхней челюсти; в нижней челюсти - сердцебиение челюсти, легких, грудной и подкожной мышц. Альвеолярная дуга и альвеолярная слизистая оболочка в альвеолярном отделе нижней челюсти пальпируются для определения боли.

Операции на мягких тканях челюсти. (альвеолотомия и альвеоловэктомия).

Альвеолярный пластик. Если во время лечения травмы после удаления зубов обнаруживаются деформации альвеолярной опухоли, то проводится альвеолярная пластика. В то же время слизисто-костный сгусток удаляется только для выявления пораженного участка кости. Деформация на наружной и внутренней поверхностях альвеолярной дуги устраняется костными зажимами, костными пилами, прутьями или фрезами. При работе с борной машиной рабочее место необходимо охлаждать путем орошения изотоническим раствором хлорида натрия. После того, как острые края удалены и сглажены, слизистая оболочка вставляется на место. Необходимо следить за тем, чтобы края раны были выровнены, а края были удалены по мере необходимости, а лишняя ткань удалена.

Внутренняя непроходимость альвеолопластики. После удаления одного или нескольких зубов может потребоваться резекция межальвеолярной обструкции. Удаление исходящей или неадекватной альвеолярной обструкции и изменение положения боковой пластинки верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти. Эти действия обеспечивают целостность поверхности слизистой кости, что позволяет удалять поры на вестибулярной поверхности кости без изменения высоты кости. Кроме того, атрофия костей менее выражена при альвеолопластике этого типа [Tucker M., 1994].

Уменьшение и коррекция неровной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти Это делается на поверхности костей, что предотвращает адекватные протезы. Это может быть связано с костным мозгом и гипертрофией тканей, которые их покрывают. С помощью внутривенной альвеолопластики слизистая кость удаляется, чтобы создать нормальную альвеолярную дугу, и открывается двусторонний альвеолярный пищевод или челюсть. Шипы, смещения и другие деформации устраняются костными зажимами, отверстиями и фрезами. Лишние мягкие ткани отрезают, и в рану вводят завязанные швы. Работа верхней челюсти должна быть принята во внимание, чтобы предотвратить повреждение верхней челюсти. Важно обратить внимание на расположение тазового отверстия в нижней челюсти и сосудов нерва.

Резекция альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти. Для зубов, в том числе стоматологов-антагонистов, существует много текстуры и деформации кости, когда в протезе нет места. В зависимости от функции протезов, модели определяют необходимый объем резекции кости. Рентген - это расположение полости носа и верхней челюсти. Чтобы предотвратить их повреждение во время операции, альвеолярная дуга разрезается линейно, и слизисто-костный сгусток изолируется. Изредка делаются один или несколько вертикальных разрезов и трапециевидные сгустки располагаются под углом. Избыток альвеолярной части удаляется с помощью костных зажимов, каркасов, стержней и мельниц, которые позволяют сгладить поверхность кости. Область должна была работать в соответствии с плоскостями окклюзии альвеолярных дуг. Избыток текстуры следует удалить таким образом, чтобы края раны подходили без растяжения. Лучше всего использовать непрерывную линию из синтетической пряжи. Альвэктомия выполняется при наличии диспропорции передней части верхней челюсти вследствие адении. Методы коррекции кости, предложенные О. Дином (1941), К. Калленбергером (1953) и З. Обвегезером (1968), являются основными, и некоторые авторы разработали их модификации.

Подготовка к срочному протезированию. Большинство зубов удаляют после удаления альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти для хирургического вмешательства. После удаления зубов сохраняются острые межальвеолярные и межмолекулярные барьеры, проявляющиеся в периодонтите и периодонтите. После анестезии удаляется слизистая кость, удаляются зубы, и на кости выполняются необходимые хирургические процедуры. Барьеры снимаются с помощью зажимов, а изнутри барьера сделан простой альвеолярный пластик. Свинка и неровности присутствуют или разглаживаются путем фрезерования. С помощью ножниц зубные лезвия удаляются, а края слизистой оболочки разглаживаются, с достаточно мягкой тканью, чтобы покрыть кость, без избытка слизистой оболочки, а края раны должны быть хорошо закрыты. Рана плотная.

Удаление экзосом верхней и нижней челюсти. экосистемы используются широко и очевидными способами. Он разрезается вертикально вдоль альвеолярной дуги, а иногда и дополнительно. Вращая угловой или трапециевидный сгусток, каждая ветвь деформированной кости открывается. Экзостозы удаляются зажимами, стержнями и мельницами. Мягкие текстуры завязываются или бесшовные. Когда альвеолярная верхняя челюсть удалена от неба, а нижняя челюсть удалена от языка, кость открывается линейным разрезом по альвеолярной дуге. Есть экзостозы, которые удаляются фрезерованием. Для лучшего формирования кости в нижней челюсти мягкие ткани удаляются с помощью наклонного крючка, учитывая наличие языковых нервов, артерий и тазового дна. В небольших экзостозах и небольших альвеолярных отростках на соответствующей поверхности слизистой оболочки делаются один или несколько надрезов, образуя тротуар под поверхностью костного края для сглаживания и выравнивания толщины альвеолярной опухоли. необходимый гидроксилпатит или другой биоматериал. Слизистая рана ушивается. Желательно прикрепить альвеолярную опухолевую пластинку или связку.

Снятие экзостаза в области веточки клубка. При проектировании и использовании съемных зубных протезов экзосомы неба могут вызывать проблемы. Различных форм и размеров, а иногда и в значительной степени, они деформируют пол неба. экзостозы создают слабые разрезы вдоль средней линии неба и удаляются под углом 30–40° как в

передней, так и в отдаленной точках разреза. Слизисто-костный сгусток удален, удален по краям лигатуры, и основание костной полости открывается. Хмель и молотки удаляются с помощью стержня или мельницы. Срезы часто делятся на разные части с помощью зажимов и строительных лесов. Это следует делать очень осторожно, чтобы не проколоть носовую полость. Поверхность кости сглаживается, при этом пальцем прижимают мягкие ткани к поверхности кости и помещают на поверхность слизистой кости. Оставшиеся ткани отрезают и на рану накладывают шовные узлы. Для предотвращения гематомы, марли или йода смесь, марля или косое масло наносится на область неба. Это должно быть закреплено шелковой лентой. Защитная пластина должна быть надежно закреплена, но на ткани не должно быть чрезмерного давления во избежание некроза. Послеоперационные закрытия выполняются для предотвращения воспалительных процессов и гигиенических процедур.

Восстановление нижней челюсти. Аутотрансплантация может быть сделана из гребня скальпа или подвздошной кости. Одна из двух секций машины размещается на кости длиной до 15 см, придавая ей форму зубного дужки, другая измельчается, а его частицы покрываются на поверхности. Трансплантат прикрепляется к остаточной кости нижней челюсти, где заполняется альвеолярная часть, а трансплантат прикрепляется к линиям шва, окружающим линию шва. Это хитрый метод. Восстановление кости займет много времени, пока не будет выполнено функциональное протезирование. Значительная атрофия нижней челюсти вызывает риск перелома и определяет необходимость изготовления костного пластика у его основания. Автотрансплантат, сформированный из гребнеобразного края кости, прикрепляется к кости с помощью проволоки или мини-пластины и штампов. Тем не менее, этот метод помогает предотвратить переломы нижней челюсти, но также не улучшает условия протезирования.

разные способы пластики нижней челюсти. В одном из них нижняя челюсть расположена таким образом, что ее медиальная часть остается с окружающей подкожной тканью, а вестибулярная часть опущена вниз. Оставшаяся полость слизистой заполняется гидроксилapatитом, при автосинтезе расчесывается край кости подвздошной кости. Можно увеличить нижнюю челюсть, поместив кость горизонтально и вверх, заполнив среднюю полость измельченным аутоусом, аллосуем, гидроксилapatитом. Самый простой способ восстановить кость с помощью гидроксилapatита. Симметричные срезы слизистой оболочки выполнены в периферической части альвеолярной части нижней челюсти, в соответствии с зубным ворсом. Роговица формируется из роговицы ниже сетчатки и заполняется гидроксилapatитом в количестве, соответствующем необходимой высоте, ширине и форме альвеолярной части и дуги. Раны ушивают узловатыми швами. Рекомендуется носить шину через 8-10 дней после операции, чтобы сохранить форму альвеолярной части и сформировать роговицу полости рта.

Операция верхней челюсти с гидроксилapatитом проста и эффективна. Метод выполнения этого аналогичен операции на нижней челюсти. Только одна секция сделана вдоль средней линии альвеолярной дуги. Подкожная роговица выполнена на передней поверхности верхней челюсти. После того, как достаточное количество материала введено и альвеолярная опухоль достаточной высоты и ширины закрыта, шину изнашивают в течение 7-8 дней и прикрепляют к небу винтами. Для этого используйте старый протез и приспособьте его к новой форме альвеолярной опухоли. С помощью гидроксилapatата рост альвеолярного отростка верхней челюсти может осуществляться одновременно с увеличением полости верхней челюсти. Восстановление верхней челюсти не требуется в

отличие от нижней челюсти. Однако при большой атрофии кости и неадекватной форме основания неба альвеолярный отросток увеличивается. Можно использовать паротрансплантат парши.

Эта процедура аналогична операции на нижней челюсти: альвеолярный отросток отсекается с помощью Le For III (остеотомия), и выполняется нисходящее расположение этой области с аутогенной костью под поверхностью слизистой оболочки слизистой оболочки. Заполненный (гребнеобразный край или ребро подвздошной кости). Трансплантат прикреплен к корпусу челюсти и скуле с помощью металлических проводов, винтов и мини-пластин с винтами. Тем не менее, существуют случаи послеоперационной резорбции кости после этих операций и необходимость повторной операции. В этом случае пациент не сможет использовать протез в течение длительного времени. На периферии верхней челюсти, особенно в дистальной области, имеется налет верхней челюсти, когда недостаточно места для зубного протеза. На дистальном конце альвеолярной полости до верхней границы крыла-неба слизистая кость удаляется, верхняя челюсть открывается, избыточная часть боковой пластинки крыла присваивается остеотомом, а ее спина прикрепляется к крылу передается. Кончик комка опускается в результирующую выемку. Поверхность раны оборачивают раствором йодоформа. Яра заканчивается вторичными выстрелами. В результате это создаст условия для хорошего зубного протеза.

Операции в портативном сегменте. При отсутствии ряда зубов нет места для зубов-антагонистов. В этом случае, сигмовидная остеотомия рекомендуется в правильном направлении. Операционный план основан на клинических и радиологических данных, а также на моделях. В моделях указаны анатомо-математические параметры операции. Определяет план ортопедического лечения для модели и оккультника. После вскрытия слизистой оболочки и костного мозга с места удаляют остеотомию, остеотомизируют зубы и челюстной сегмент, закрепляют необходимое положение, а кости фиксируют винтами. Разрыв между челюстным сегментом и челюстью заполнен гидроксилалатитом или другим биоматериалом. Слизисто-костный сгусток вставляется на место и фиксируется шовными узлами. Коррекция костных деформаций зубных челюстей производится по правилам остеотомии. Его метод зависит от деформационных свойств и адекватного планирования протезирования.

Основная литература:

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии. Учебник. - Ташкент. Национальная энциклопедия Узбекистана. 2009.

Дополнительная литература:

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник. 4-е издание. - Москва Медицина. 2010 г.

2. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия. Учебное пособие. - Киев. Медицина. 2010 г.

3. Нелима Анил Малик. Учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии. Второе издание © Индия. JPBMP Отпечатано в Аджанте. 2008 г.

4. Кенбаев В.О. Травматология челюстно-лицевой области. Учебное пособие. - Шымкент. Медицина. 2006.

5. Рабухина Н.А., Арьянцев А.П. Радиология и стоматология - Москва. Медицинское

информационное агенство. 2006 г.

6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник. - Москва Медицина. 2003 г.

7. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев. Медицина. 2002 г.

А. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Учебное пособие. - Москва ГЕОТАР - Медиа. 2002 г.

9. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Москва Медицина. 2000 г.

10. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, строгая дисциплина и личная ответственность - должны быть повседневными правилами каждого лидера. Издательство "Узбекистан" Агентство печати и информации Узбекистана. 2017 год.

11. Мирзиёев Ш.М. Великое будущее построим вместе с мужественным и благородным народом. Издательский дом "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2016 год

12. Мирзиёев Ш.М. Вместе построим свободное и процветающее, демократическое государство Издательский дом "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2016 год.

Интернет-сайты:

1. www.tsdі.uz
2. www.dental-revue.ru
3. www.e-stomatology.ru
4. www.dentalyug.ru
5. www.dentist.med-place.ru
6. www.stomatolog.com.ua
7. www.medlibrary.RU
8. www.medline.ru
9. www.zyonet.uz
10. www.info@minzdrav.uz
11. www.Consilium-medicum.com.
12. медлайн;
13. электронная библиотека;
14. Каталог "Корбис";
15. www.Medpsy.ru;

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ № 1.
КЛАССИФИКАЦИЯ ИМПЛАНТАТОВ, МАТЕРИАЛЫ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ИМПЛАНТАТОВ.**

Технологическая модель практического обучения.

Этапы и продолжительность работы	Деятельность	Обучающиеся
	Преподаватель	
1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут	1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. 1.2. Дать список литературы (приложение №1) 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)	Слушают и записывают Слушают и записывают Отвечают на вопросы Слушают
2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут 40- минут 20- минут 3- этап Заключительный 40- минут 10- минут 10- минут	2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Даётся заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). Перемена 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5) 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)	Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. Слушают Решают тесты. Курируют больных Слушают Задают вопросы Слушают Слушают сами себя оценивают Записывают задания.
Всего		6 часов

Междисциплинарные и междисциплинарные отношения.

Преподавание этой темы основано на знаниях и основах студентов: анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии. Использование знаний, полученных в ходе курса, будет включать анатомию, детскую стоматологию и другие клинические дисциплины, а также всю информацию, необходимую для хирургической стоматологии, информацию о болезнях и принципы лечения.

Интерактивный метод: методика обучения, основанная на принципе «бумажка»

По этому методу ученики делятся на группы по 2, 4, 8 и дают обратную связь. Хорошая вещь в этом методе состоит в том, что он создает напряжение между группами без особых усилий. Педагог предлагает ученикам независимое решение. После обсуждения подгруппы делятся на 4 группы, а после обсуждения группы группируются в две группы, и обсуждение организуется в одну группу. В результате формируется продуманное общее мнение. В этом методе каждый студент пытается дать свой собственный отзыв во время работы.

Суть стиля:

- Каждый студент решает проблему
- Во время обсуждений в фокус-группах каждая подгруппа пытается обосновать свой ответ
- Проблема повторяется более одного раза в нескольких группах и может привести к развитию памяти и знаний.

Аквариумный метод

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, а остальные студенты будут наблюдателями. Это похоже на сериал «Что, Где, Когда». Если ученики не смогут найти ответы в течение одной минуты, их заменят еще три.

- Тема обсуждается в середине
- раскрывает тему
- Объясняет знания студентов
- повышает навыки обсуждения
- Метод игры
- Участвует каждый студент

Контрольные вопросы

1. Что такое имплантация и ее применение в стоматологии?
2. История развития дентальной имплантологии.
3. Зубная имплантология является преимуществом
4. Симптомы эффективности имплантации (Smith, 1987).
5. Классификация имплантатов.
По типу А)
Б) на материале
Б) По форме
Г) техника имплантации
6. Методы обследования больных перед дентальной имплантацией (клинические, параклинические и лабораторные).
7. Инструкции и противопоказания к дентальной имплантации.
8. Последовательность подготовки и казни пациентов для дентальной имплантации.
9. Общие принципы и особенности пластинчатой внутриглазной дентальной имплантации.
10. Общие принципы и особенности интраоперационной хирургии зубных имплантатов.

Предмет предлагаемой самостоятельной работы.

Последствия установки имплантата.

TEST:

1. Какой тип имплантата не существует:

А. слизистая поверхность

Б. эндооссал

В. Subperiostal

Г. Боун

Д. эндоданто - эндооссал

2. Имплантаты для приема биомос не отличаются:

А. Боун

Б. Биоинерт

В. Биоактивный

Г. Биотолерант

Д. с Циркони

3. Нет имплантата костного мозга:

А. Раунд

Б. Винт

В. Цилиндрик

Г. в форме естественных зубов

Д. Пластина

4. Имплант не включает в себя:

А. часть короны

Б.

В. абатмент

Г. имплантат

Д. нет правильного ответа

5. Зубной имплантат не включает в себя:

А. Профилактика патологической деградации зубов

Б. распределение давления

В. профилактика атрофии челюсти

Г. профилактика частичной потери зуба в адене

Д. база

6. Вы знаете, какие типы эндооссальных имплантатов?

А. Конус

Б. Ясси

В. Баттон

Г. Трубчатый

Д. Магнитный

7. Биоинертные типы имплантатов не включают в себя следующее:

А. нержавеющая сталь

Б. гидроксид алюминия, керамика

В. сталь

Г. титан

Д. диоксид циркония

8. Какая конструкция зубного имплантата не является частью отвертки

А. Линкова

Б. Бонифит

В. Корея Vent

Г. Астра Текс

Д. Контраст

9. Формирование кости и имплантата:

- А. остеоинтеграция
 - Б. фиброинтеграция
 - В. фибро-остеоинтеграция
 - Г. все ответы верны
 - Д. все ответы неверны
10. Самая совершенная связь между костью и имплантатом:
- А. кость
 - Б. фиброз
 - В. смешанный
 - Г. мышечная
 - Д. рубцы
11. Для сильной атрофии кости обычно используются следующие имплантаты:
- А. Под поверхностью костного мозга
 - Б. плоский
 - В. винт
 - Г. цилиндр
 - Д. конусообразный
12. Местные рекомендации по дентальной имплантации:
- А. бруксизм
 - Б. частичная привязанность
 - В. полная близость
 - Г. отсутствие фиксации растворимых протезов
 - Д. атрофия челюсти
13. Предоставьте абсолютные рекомендации по дентальной имплантации:
- А. Аллергическая реакция на имплантацию материала
 - Б. предраковые соединения
 - В. гиперсаливация
 - Г. гепатит
 - Д. деформация оси роста
14. Какая процедура тестирования не проводится во время операции по имплантации зубов?
- А. Антропометрические измерения лица
 - Б. томография
 - В. Разработка диагностических моделей
 - Г. ортопантограмма
 - Д. клинические испытания
15. Имплантация зубов не является показанием:
- А. Патологическая абсорбция зубов
 - Б. Полное приключение
 - В. для фиксации растворимых протезов
 - Г. парадонтоз II
 - Д. частичный надпочечник
1. А, В 2. А, Г 3. Г, Д 4. А, Д
16. Имплантация зубов не является показанием
- А. Хронический пиелонефрит
 - Б. диабет
 - В. аллергия на металл
 - Г. наличие кардиодистрофии
 - Д. очаги воспаления
1. Г, Д 2. А, Д 3. В, Г 4. А, Г
- Ситуационные вопросы:

1. Пациенту 40 лет. Вторичная адения в верхней челюсти 54 | 34. Был проведен внешний осмотр, устный осмотр, инструментальный осмотр и панорамная рентгенография.

Какие дополнительные рентгенограммы должны быть выполнены?

Ответ: Кроме того, панорамные фотографии должны быть сделаны прямыми и рядом друг с другом, поскольку они могут определить взаимосвязь альвеолярных дуг челюстей. Это не относится к общей ортопантомограмме.

2. Пациенту 47 лет. 321 | 12 Вторичная адения в поле. Наружное обследование, обследование полости рта, рентгенология.

Кто еще может помочь с выбором и установкой имплантата?

Ответ: Более полное обследование может быть выполнено врачом-ортопедом. Это дает более четкую картину: взаимодействие челюсти и зубов, состояние жевательной системы и нижней челюсти, а также использование модели челюсти позволяет разрабатывать хирургические процедуры.

3. Пациенту 36 лет. Вторичная адения в нижней челюсти | 456. Решено поставить виниловый имплантат. Какие основные и дополнительные тесты могут быть сделаны, чтобы определить вероятность имплантации этого имплантата?

Полное обследование полости рта, пальпация, инструментальные методы: измерение толщины альвеолярного отростка, рентгенография, РКИ, МРТ и др.

Рекламные материалы:

1. Контрольные вопросы для проверки уровня знаний студента.
2. Ситуационные вопросы.
3. Тесты первой степени сложности.
4. Тесты сложности второго порядка.
- 5.

Теоретическая часть.

Зубной имплантат представляет собой небиологический материал, который вводится в ткани организма в течение длительного времени для выполнения его надлежащей функции.

1. Классификация зубных имплантатов:

- А) по типу имплантации;
- Б) имплантировать материал;
- В) по форме внутрикостной имплантации;
- Г) путем имплантации.

По типу имплантации:

1. Эндодонто-эндоссальная имплантация.
2. Эндоссальная имплантация.
3. Подбрюшная имплантация.
4. Имплантация внутренней слизистой оболочки.
5. Подкожная имплантация.
6. Имплантация кости.

По материалу имплантации:

1. Биотолерант: нержавеющая сталь, хром-кобальтовый сплав.
2. Биоинерт: титан, цирконий, золото, корунд, керамика, стеклоуглерод, никелид титана.
3. Биологически активные: железные имплантаты с гидроксипатитом, три кальцийфосфатные керамики и др. охват.

По типу внутрикостной имплантации (основные формы):

1. Тарелка.
2. Винт.
3. Цилиндрический.
4. В форме истинного корня зуба.

5. С лестницы.
6. С кортикальными пробками.
7. Нимфы.

Путем имплантации:

1. Один шаг.
2. Двухступенчатый.
3. Косвенно
4. Далеко.

Преимущества зубных имплантатов по сравнению с традиционными зубными протезами:

- А) Низкая или отсутствие способности лечить естественные зубы.
- Б) Это помогает избежать использования растворимых протезов при лечении фатальных дефектов.
- В) Возможность изготовления долговечных неразъемных протезов.
- Г) протез, который невозможно решить при полном отсутствии зубов

Обследование больного перед имплантацией.

Перед имплантацией пациент будет осмотрен в соответствии с правилами, принятыми в стоматологии, в том числе хирургом и хирургом-ортопедом. Положительный статус больного всегда связан с местными осложнениями, общими заболеваниями и системной патологией. Внимание уделяется жалобам, таким как ушибы, боли в области открытия и жевания рта, частое кровотечение десен и сенсорные аномалии слизистой оболочки полости рта.

Будет выявлен анамнез заболеваний слизистой оболочки и полости рта, а также будут изучены процедуры и результаты лечения пациента. Когда и при каких условиях зуб удаляется, причины и вечерние основы будут приняты во внимание. Изменения в положении лицевых суставов при дентальной имплантации включают четкое отражение естественных тканей, открытие полости рта, деформацию губ, дорсальный аспект челюсти. Правильное и адекватное использование систем имплантатов может помочь предотвратить эстетические утечки. Однако наблюдаемые изменения могут быть ненормальными и могут происходить как по всему организму, так и локально. Эти изменения учитываются при разработке плана лечения имплантата. При осмотре передней части полости рта, цвете и влажности слизистой оболочки, глубине полости рта, положении суставов и свободных десен, состоянии верхней и нижней губы, наличии морщин и мышц на слизистой оболочке; он также фокусируется на степени прикрепления мимических и других мышц. При взгляде на язык альвеолярной части нижней челюсти можно дать представление о положении изогнутой линии и мышц челюсти, которые начинаются от внутренней части нижней челюсти. По этой же причине в некоторых случаях необходимо пройти предварительную предимплантацию: пластика языка и гортани, разрез слизистой оболочки и мышечной трубки, а также сглаживание острых краев. В случае центральной окклюзии оценивают соотношение зубов нижней челюсти и верхней челюсти с закрытым ртом и состояние зуба. Неправильные укусы (глубокие, открытые и пересекающиеся) важны при имплантации инструкторов. Имплантаты включают физиологические типы зубов (потомство, прогнатия, бипрогнатия и правые зубы). Эти характеристики должны быть изучены ортопедом с точки зрения использования имплантатов в качестве зубных протезов. Приблизительное отражение функциональных и эстетических нарушений на периферии полости рта и их происхождения, размера костей и конфигурации альвеолярных опухолей, состояния окружающей их слизистой оболочки, функции мимических мышц и жевательных мышц, - исходная информация о состоянии нижней челюсти, соотношении верхней и нижней челюсти.

На основании результатов обследования устанавливаются рекомендации и противопоказания к имплантации зубов. Во время первоначального клинического осмотра

можно выявить явные противопоказания из-за наличия кариеса и пародонтита, заболеваний пародонта, плохой гигиены полости рта и повреждения слизистой оболочки полости рта. В некоторых случаях патологические изменения (кариес и его осложнения, периодонтит, плохая гигиена полости рта) считаются относительно противопоказаниями к имплантации после перорального приема. В остальных случаях (диффузный пародонтоз, заболевания слизистой оболочки полости рта и др.) Противопоказания не изменены.

Имплантация зубов может быть выполнена в ортогнатической или других формах физиологической стоматологии. После тщательного изучения стоматологического статуса в контексте будущего ортопедического лечения хирург-ортопед оценит модель челюсти, включая окклюзию.

Комплексная оценка этих данных позволит вам определить условия для имплантации. Иногда выявляются скрытые аномалии жевательной системы, и есть подозрение на дентальную имплантацию.

Клинические исследования всегда дополняются рентгенологическими данными. Часто используются стоматологические, панорамные снимки, зонирование челюстей, ортопантограммы. В последнее время простая и компьютерная томография становится все более популярной. В некоторых странах они также используют методы магнитно-резонансной томографии. Компьютерная и магнитно-резонансная томография дает точную информацию на трех уровнях. Объемные и математические данные о костях, канале нижней челюсти и пороном отверстии, топографии верхней челюсти и, что самое важное, свойствах, качестве и толщине кости. Компьютерная томография является важной диагностической имплантацией у пациентов, у которых нет зубов. Визуализация шариков с использованием имплантированных шариков позволяет размышлять о целостности костной полости и правильном лечении. Первичный клинико-рентгенологический диагноз важен при оценке состояния желудочно-кишечного тракта.

Для оценки состояния челюстей без зубов было предложено несколько классификаций - Addwood Kennedy (1928) и Atwood (1971, 1977) и U. Linholm и G. Zarb (1985) для зубных имплантатов, S.Misch и К. Джуди (1987). Используются анатомические критерии для фотографии челюсти. При диагностике и планировании дентальных имплантатов необходимо учитывать антропометрические параметры кости челюсти, а также выполнять математическое моделирование на основе клинических, рентгенологических данных и создания трехмерных образцов на РКИ и YMR.

На основании данных классификации и различных характеристик кости выбран метод остеотомии и имплантации. Когда костная структура плотная и компактная, вращение необходимо поддерживать и охлаждать с достаточной скоростью. Если костная структура особенно пористая в верхней челюсти, необходимо осторожно сверлить и избегать давления, не расширяя область имплантата. В противном случае верхняя челюсть может быть проколота, а нижний альвеолярный нерв поврежден. Эти характеристики различных частей верхней и нижней челюстей были учтены в последующей классификации, разработанной S.Misch (1990). По его словам, кость обладает высокой функциональностью, в том числе способна адаптироваться к различным травмам и нагрузкам. Они вызывают ремоделирование и ремоделирование кости, но отсутствие перегрузки сохраняет физиологические свойства кости. По мнению автора, прогрессивное лечение при имплантации обеспечивает адаптацию кости. Успешные результаты могут быть достигнуты путем правильной оценки нагрузок на кости: тщательная остеотомия, имплантация без травм, адекватная стабильность кости и адекватная нагрузка после второй хирургической процедуры. , Оценка клинического состояния верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти дополняется результатами измерения толщины слизистой оболочки. Комплексная оценка диагностики позволяет определить имплантаты, выбрать тип имплантата и количество имплантатов, а также разработать план как для временной, так и для постоянной ортопедической хирургии. Выбор имплантатов и их размер зависит от условий в полости рта и будущих задач зубных протезов. Учитывая

большое количество конструкций имплантатов, важно учитывать последствия различных клинических методов лечения, а не рекомендации производителя.

Оценка общего состояния здоровья включает данные анамнеза, анализы крови и мочи, заключения терапевта.

1. Клиническое обследование

- а) изучение истории зубов
- б) Внешний вид области челюсти
- в) Обследование полости рта: зубы, зубные ряды, слизистая оболочка рта, нижней челюсти, оценка состояния зубов.
- г) изучение диагностических моделей челюстей

2. Диагностика с использованием света

- а) Ортопантомограмма
- б) Направленный стоматологический снимок
- в) рентгеновское изображение Юсупова
- г) рентгеновская компьютерная томография
- г) магнитно-резонансная томография

3. Лабораторные испытания

- а) общий анализ крови
- б) Определение глюкозы в крови
- в) коагулограмма
- г) общий анализ мочи

Рекомендации и противопоказания к дентальной имплантации

Инструкции:

1. при отсутствии одного переднего или жевательного зуба
2. дефекты зубов (не более 3-х зубов)
3. при дефектах последней части зубного ряда
4. полностью отсутствуют зубы
5. Неспособность пациентов поднимать выдвижные протезы из-за высокой чувствительности к акрилу и наличию сильного рвотного рефлекса;
6. отсутствие функциональной окклюзии и развитие болевого синдрома, вызванного дисфункцией.

Инструкции:

абсолют:

- заболевания крови и органов крови (гемофилия, тяжелая анемия и др.);
 - заболевания костной системы, снижающие репарацию костей;
 - заболевания периферической и центральной нервной системы (врожденные и приобретенные);
 - злокачественные новообразования органов и систем;
 - иммунопатологические состояния;
 - системные заболевания соединительной ткани (ревматические, ревматоидные процессы, дерматозы, склеродермия и др.);
 - туберкулез и его осложнения;
 - заболевания слизистой оболочки полости рта (хронический рецидивирующий аутоиммунный стоматит, ревматизм, холера, синдром Шенгрена, синдром Беккета и т. Д.);
- Диабет 1 типа.

относительна:

- плохая гигиена и санация полости рта;
- гингивит различной этиологии;
- манифестирующий периодонтит;
- дефекты зубов;
- чакка - заболевания нижней челюсти;
- проявленная атрофия или дефект альвеолярного отростка;

- рак полости рта;
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркомания);
- бруксизм;
- беременность.

Основная литература:

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии. Учебник. - Ташкент. Национальная энциклопедия Узбекистана. 2009.

Дополнительная литература:

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учебник. 4-е издание. - Москва Медицина. 2010 г.

2. Тимофеев А. А. Челюстно-лицевая хирургия. Учебное пособие. - Киев. Медицина. 2010 г.

3. Нелима Анил Малик. Учебник по оральной и челюстно-лицевой хирургии. Второе издание © Индия. JРVMP Отпечатано в Аджанте. 2008 г.

4. Кенбаев В.О. Травматология челюстно-лицевой области. Учебное пособие. - Шымкент. Медицина. 2006, d.

5. Рабухина Н.А., Арьянцев А.П. Радиология и стоматология - Москва. Медицинское информационное агенство. 2006 г.

6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник. - Москва Медицина. 2003 г.

7. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев. Медицина. 2002 г.

А. Шаргородский А. Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Учебное пособие. - Москва ГЕОТАР - Медиа. 2002 г.

9. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Москва Медицина. 2000 г.

10. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, строгая дисциплина и личная ответственность - должны быть повседневными правилами каждого лидера. Издательство "Узбекистан" Агентство печати и информации Узбекистана. 2017 год.

11. Мирзиёев Ш.М. Великое будущее построим вместе с мужественным и благородным народом. Издательский дом "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2016 год

12. Мирзиёев Ш.М. Вместе построим свободное и процветающее, демократическое государство Издательский дом "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2016 год.

Задача:

1. Использование Интернета для получения новостей по теме урока и написания практических заметок-тетрадей в самостоятельных рабочих тетрадях.

Подготовка слайдов и мультимедиа по теме.

3. Собираемся в библиотеку, составляем словарь и пишем резюме с использованием зарубежной литературы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ № 2

КЛАССИФИКАЦИЯ И ПАТОГЕНЕЗ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ.

Технологическая модель практического обучения.

Этапы и продолжительность работы	Деятельность Преподаватель	Обучающиеся
1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут	<p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p>	<p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p>
2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут 40- минут 20- минут 3- этап Заключительный 40- минут 10- минут 10- минут	<p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Даётся заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие).</p> <p>Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)</p>	<p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают задания.</p>
Всего		6 часов

Преподавание этой темы основано на знаниях и основах студентов: анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии. Использование знаний, полученных в ходе курса, будет включать анатомию, детскую стоматологию и другие клинические дисциплины, а также всю информацию, необходимую для хирургической стоматологии, информацию о болезнях и принципы лечения.

Интерактивный метод: методика обучения, основанная на принципе «бумажка»

По этому методу ученики делятся на группы по 2, 4, 8 и дают обратную связь. Хорошая вещь в этом методе состоит в том, что он создает напряжение между группами без особых усилий. Педагог предлагает ученикам независимое решение. После обсуждения подгруппы делятся на 4 группы, а после обсуждения группы группируются в две группы, и обсуждение организуется в одну группу. В результате формируется продуманное общее мнение. В этом методе каждый студент пытается дать свой собственный отзыв во время работы.

Суть стиля:

- Каждый студент решает проблему
- Во время обсуждений в фокус-группах каждая подгруппа пытается обосновать свой ответ
- Проблема повторяется более одного раза в нескольких группах и может привести к развитию памяти и знаний.

Аквариумный стиль

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, а остальные студенты будут наблюдателями. Это похоже на сериал «Что, Где, Когда». Если ученики не смогут найти ответы в течение одной минуты, их заменят еще три.

- Тема обсуждается в середине
- раскрывает тему
- Объясняет знания студентов
- повышает навыки обсуждения
- Метод игры
- Участвует каждый студент

Контрольные вопросы

1. Виды строения костей (прилагательных) верхней челюсти.
2. Классификация атрофии верхней челюсти q
3. Хирургические методы и подготовка пациентов к дентальной имплантации в верхней челюсти.
4. Какая разница в пластичности кости в верхней челюсти при использовании остеопластических материалов?
5. Ранние осложнения дентальной имплантации в верхней челюсти
6. Поздние осложнения с дентальной имплантацией верхней челюсти
7. Какие типы подъема верхней челюсти (синус-лифтинг) различны и какие остеопластические материалы различны?
8. Особенности и последовательность установки плоских имплантатов в верхней челюсти
9. Особенности винтовой имплантации в верхнюю челюсть
10. Устранение неисправностей

Атрофия костной ткани характеризуется уменьшением альвеолярного отростка челюсти, уменьшением длины и ширины кости, а также отслоением костной ткани. Атрофия является неизбежным следствием потери зубов, в некоторых случаях повреждения челюсти, воспаления, наследственных или других нарушений.

В нашем организме все взаимосвязано, и потеря одного зуба приводит не только к

движению всей зубной полости, но и к значительному уменьшению объема костной ткани. Внешне атрофия кости проявляется только тогда, когда большинство зубов в обеих челюстях отсутствуют. В этом случае возникает асимметрия лица, уменьшается размер зубного пояса, губы и щеки «погружаются» в полость рта, углы губ опускаются, а остальные зубы движутся вдоль зуба.

Причины атрофии кости:

потеря зуба - атрофия костной ткани вызвана уменьшением нагрузки: если зубы не имеют корней, они не получают необходимое давление и прекратят насыщение питательными веществами. Со временем мягкие кости тают, кости становятся тонкими, зуб ломается;

воспалительные заболевания полости рта, пародонтоз, удаленные кисты, гранулемы и другие опухоли.

травма челюсти

анатомическое строение челюсти,

наследственные заболевания

возрастные изменения в организме.

Костная атрофия:

преждевременное старение, морщины, в том числе изменения в эстетике лица, расстройств мастурбации и, как следствие, развития заболеваний желудочно-кишечного тракта;

изменение речи

смещение остальных зубов, ухудшение их положения.

Основным и наиболее важным следствием атрофии костной ткани является невозможность классической имплантации. Имплантация зубного корня не может быть прикреплена к очень коротким и узким костям.

Основные причины атрофии костной ткани и ее резорбция

Эти причины:

разрушение естественной зубной ткани, затем челюстная кость потеряет необходимую жевательную нагрузку и начнется атрофия, а через несколько месяцев объем уменьшится; длительные воспалительные процессы в полости рта человека;

системное заболевание всего организма человека;

врожденные и специфические аномалии челюсти;

травмы зубов;

длительное ношение пациентом съемных или постоянных зубных протезов. Дело в том, что вся нагрузка этих протезов ложится на опорные зубы, а в съемной системе зубных протезов - на ткани зуба. Что касается костной ткани под протезом, она в конечном итоге станет разряженной, истонченной и атрофированной. Если протез не работает, человек потеряет не только зубы, но и обычную кость маленькой и нижней челюсти.

Пациенты должны знать, что даже если имплантация происходит сразу после удаления больной или поврежденной ткани зуба, костная масса не будет полностью восстановлена во всех случаях.

Побочные эффекты атрофии костей

Костная ткань челюсти, лишенная необходимой нагрузки, становится тоньше и меньше и теряет свой нормальный размер и структуру соседнего зуба. При сильной атрофии зуб визуально привлекательный. Видимость глаз снижается, и с этим уменьшением имплантат становится более проблематичным. Установка съемной и постоянной протезной системы не спасет ситуацию.

Со временем такой протез имеет неприятный характер отказа. В некоторых случаях под протезом имеется полость, в которой накапливаются вредные бактерии, вызывающие воспалительный процесс. И с таким протезом размер кости и атрофия продолжают

уменьшаться.

Атрофия беззубой челюсти Атрофия верхней челюсти также вредна для дальнейшего лечения. Это из-за близости верхнечелюстных пазух. При потере костной массы часто бывает необходимо выполнить операцию по подъему синуса, чтобы выполнить имплантацию и протезирование. Однако, если имеется атрофия нижней челюсти, обычно нет необходимости добавлять костный материал, и полное восстановление полости рта может быть выполнено быстрее и дешевле. Для этого используется одностадийная имплантация зубов.

Уменьшение костной массы и отсутствие тканей зуба может изменить контуры человеческого лица и вызвать его преждевременное старение. Щеки, а также губы попадают в рот, и морщины образуются при появлении морщин.

В клинической практике атрофия характеризуется 4 уровнями [4]: незначительный; умеренно выраженный; груб. Зубные имплантаты могут использоваться с оптимальными зубными имплантатами, когда плотность кости немного уменьшается. При тяжелой атрофии имплантация возможна только после восстановления челюсти.

симптомы

Основным признаком атрофии является изменение внешнего вида челюсти. По мере развития заболевания наблюдается значительное уменьшение объема альвеолярного отростка с развитием полной эластичности как челюстей, так и старших поколений. Атрофия отмечается в нижней трети лица и изменения внешнего вида. Губы этих пациентов попадают в рот, и вокруг рта регистрируются морщины. У пациента нарушен прикус, а соседние зубы полагаются на отсутствующие. Феномен Попова-Годона развивается путем замены отсутствующего антагониста обратными зубами. Нарушение жевательных и речевых функций, а также эстетика лица. Пациенты с атрофией челюсти выглядят старше паспортного возраста.

Причины плотности и потери челюсти. Потеря костной массы - не единственная причина изменений костного состава. Причины могут быть: кариес зубов и воспаление пародонта - охват зубов и обеспечение их стабильности; кисты и воспаления в области корней зубов или верхнечелюстных пазух; травма челюсти; остеопороз; врожденные анатомические особенности. Тем не менее, основной причиной атрофии челюстной кости является протез после удаления зуба. Последствия «расслабления» костной ткани Альвеолярный отросток атрофии - не просто «локальная» проблема. Постепенно процесс приводит к необратимым изменениям: выражение лица меняется. В зависимости от того, где дефект, верхняя или нижняя челюсть «сжимается», губы опускаются, и вокруг них появляются морщины. Лицо будет иметь особый «старый» вид. Зубы начинают смещаться в сторону «пустого» пространства. Вероятность потери соседних зубов повышена. По мере изменения положения зубов остатки пищи между ними становятся отдаленными: ускоряется развитие кариеса. И эффективность жевания уменьшается, что приводит к желудочно-кишечным проблемам. И главная проблема для пациентов в стоматологических клиниках - это невозможность имплантации зубов. По мнению местных врачей, это невозможно у 35% пациентов без ремонта челюсти

Увеличение костной ткани, установка съемных зубных протезов или постоянных мостов, а также использование зубных имплантатов может включать восстановление без процедуры роста кости.

Вариант 1: Экспресс-имплантация зубов - это наиболее продвинутая процедура восстановления зубов, которая не требует увеличения кости. Метод используется для избавления от 3 мух. Имплантаты различной длины и формы выбираются для надежной фиксации в костной ткани, а абатмент (часть имплантата для герметизации коронки) образует прочную структуру. Если есть острый дефект кости, имплантаты будут вставлены в глубокие слои костной ткани, в том числе по усмотрению имплантолога,

имплантаты для распределения нагрузки могут быть зафиксированы под углом. Кроме того, врач создает сложную структуру в качестве ювелира и подбирает имплантаты в соответствии с конкретным размером кости. На 3-й день с экспресс-имплантацией имплантаты будут вставлены в протезы, и имплантаты будут расти максимально быстро благодаря восстановлению функции жевания и естественным процессам регенерации костной ткани. Таким образом, как и в случае классической имплантации и подъема пазухи, пациенты возвращаются к нормальному образу жизни через неделю после имплантации, а не через шесть месяцев или год.

Вариант 2: Поднятие пазухи - операция на верхней челюсти для увеличения длины костной ткани. Возможны два основных подхода: одновременная имплантация (закрытие пазухи), а также заполнение костного материала, его полное обертывание и только после искусственных корней (открытый). синус-лифтинг). Процесс синус-лифтинга возможен благодаря частичному клиренсу полости для костной ткани. Во время операции он поднимается через отверстие в костной ткани и пространство заполняется синтетическим костным веществом. Для получения более подробной информации>

Вариант 3: Остеопластика - это процедура, обычно выполняемая для увеличения ширины кости (проблема отсутствия длины кости в нижней челюсти встречается очень редко). Синтетические соединения, донорские костные блоки (животного или человека и другие костные структуры), а также их собственная секреция кости из плазмы крови пациента используются для увеличения объема кости. Второй вариант лучше, потому что их собственные клетки не рассматриваются как инородные тела и приживаются как можно скорее. Для получения более подробной информации>

Вариант 4: Съёмные протезы являются одним из возможных вариантов восстановления зубов с атрофией кости. Полные или частные съёмные зубные протезы успешно заменят зуб, но пациент должен столкнуться с рядом недостатков: недостаток эстетики, долговечность, нарушения речи и воспаление зубов, вызванные трением конструкции, короткий срок службы. Кроме того, съёмные протезы не позволяют снизить восстановление костей - они по-прежнему не получают необходимую нагрузку и продолжают уменьшать ее объем. В конце концов, это приведет к эстетической деградации: в конечном итоге десна вместе с костной тканью будет уменьшена и появится полость между протезом и простатой. Для получения более подробной информации>

Вариант 5: Протезы представляют собой взаимосвязанные зубные коронки, которые позволяют пациенту восстановить несколько отсутствующих зубов, используя живые зубы или имплантированные имплантаты. При поддержке живых зубов, таких как съёмные зубные протезы, они еще больше усугубляют процесс атрофии кости, поскольку он продолжает уменьшаться под протезом.

Основная литература

1. Кудратов Ш.Ш. Основы стоматологической имплантологии. Учебное пособие. - Ташкент. ТТАPress. 2019 год.
2. Гаффаров С.А., Ризаев Ю.А., Жилонов А.А., Садикова Г.К. Стоматология. Учебное пособие.- Ташкент. Урок Пресс. 2018 год.
3. Джилонов А.А., Кудратов Ш.Ш., Ярмухаммедов Б.Х. Зубная имплантология. Методические рекомендации. - Ташкент. GFMediagroup. 2008 г.

Дополнительный учебники:

1. Стюарт Дж. Фрун. Осложнения зубного имплантата. Учебник. Вилли Блэквелл 2015.
2. Параскевич В.Л. Зубная имплантология. Учебник. Минск. Пропал без вести 2011.
3. Нилима Анил Малик, Учебник по хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии. JРВМР Отпечатано в Аджанте. 2008.
4. Карл Э. Миш. Современная имплантология. Третье издание. Учебник. 2008.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЕ № 3

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Технологическая модель практического обучения.

Этапы и продолжительность работы	Деятельность	Обучающиеся
	Преподаватель	
1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут	<p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p>	<p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p>
2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут 40- минут 20- минут 3- этап Заключительный 40- минут 10- минут 10- минут	<p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)</p>	<p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают задания.</p>
Всего		6 часов

Технологическая карта практических занятий

Преподавание этой темы основано на знаниях и основах студентов: анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии. Использование знаний, полученных в ходе курса, будет включать анатомию, детскую стоматологию и другие клинические дисциплины, а также всю информацию, необходимую для хирургической стоматологии, информацию о болезнях и принципы лечения.

Интерактивный метод: методика обучения, основанная на принципе «бумажка»

По этому методу ученики делятся на группы по 2, 4, 8 и дают обратную связь. Хорошая вещь в этом методе состоит в том, что он создает напряжение между группами без особых усилий. Педагог предлагает ученикам независимое решение. После обсуждения подгруппы делятся на 4 группы, а после обсуждения группы группируются в две группы, и обсуждение организуется в одну группу. В результате формируется продуманное общее мнение. В этом методе каждый студент пытается дать свой собственный отзыв во время работы.

Суть стиля:

- Каждый студент решает проблему
- Во время обсуждений в фокус-группах каждая подгруппа пытается обосновать свой ответ
- Проблема повторяется более одного раза в нескольких группах и может привести к развитию памяти и знаний.

Аквариумный стиль

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, а остальные студенты будут наблюдателями. Это похоже на сериал «Что, Где, Когда». Если ученики не смогут найти ответы в течение одной минуты, их заменят еще три.

- Тема обсуждается в середине
- раскрывает тему
- Объясняет знания студентов
- повышает навыки обсуждения
- Метод игры
- Участвует каждый студент

Контрольные вопросы

1. Виды строения костей (прилагательных) верхней челюсти.
2. Классификация атрофии верхней челюсти q
3. Хирургические методы и подготовка пациентов к дентальной имплантации в верхней челюсти.
4. Какая разница в пластичности кости в верхней челюсти при использовании остеопластических материалов?
5. Ранние осложнения дентальной имплантации в верхней челюсти
6. Поздние осложнения с дентальной имплантацией верхней челюсти
7. Какие типы подъема верхней челюсти (синус-лифтинг) различны и какие остеопластические материалы различны?
8. Особенности и последовательность установки плоских имплантатов в верхней челюсти
9. Особенности винтовой имплантации в верхнюю челюсть
10. Устранение неисправностей

Предмет предлагаемой самостоятельной работы.

Заболевания слизистой оболочки полости рта: связь - болезнь Боуэна, эритроплакия и факультативно-эрозивный и пострадиационный стоматит.

TEST:

1. Согласно Мишу Д. Какое качество кости находится в передней части верхней челюсти:

- A. D1
 - B. D4
 - V. D2; D3
 - G. D3; D4
 - D. D1; D4
2. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 5-8 мм:
- A. способ бокового открывания окна
 - B. локализация полости дна (остеотомия)
 - V. лимфатический синус-лифтинг с помощью автоклава
 - Г. путем покраски передней стенки полости
 - D. Инструкция против синус-лифтинга
3. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 9-10 мм?
- A. способ бокового открывания окна
 - B. Полость приподнята локально (остеотомия).
 - V. Боковой пазух с аппликацией костной ткани
 - Г. путем покраски передней стенки полости
 - D. все ответы верны
4. Оптимальное расстояние между верхней челюстью и полостью верхней челюсти:
- A. 11 мм
 - B. 12 мм или больше
 - B. 1 мм
 - 1,5 мм
 - D. 7мм
5. При какой толщине субантральная кость используется для аутоиммунного подъема пазухи:
- A. 6 мм
 - B. 6-7мм
 - V. Если менее 5 мм
 - 5 мм
- Автосинуклеус не используется при подтяжке D.sinus
6. Какие бывают виды подтяжки верхней челюсти?
- A. способ бокового открывания окна
 - B. Полость приподнята локально (остеотомия).
 - V. эндоскопический лифтинг через медиальную стенку
 - Г. все ответы верны
 - Д. покраска передней стенки полости
7. Какой диаметр слоя кости после удаления локализованной слизистой оболочки?
- A. менее чем на 1 мм меньше диаметра имплантата
 - На 0,5 мм меньше диаметра имплантата
 - V. на 0,5 мм больше диаметра имплантата
 - Так же, как Г. имплантат
 - D. менее чем на 2 мм меньше диаметра имплантата
8. Когда качество верхней челюсти микроскопа составляет D3, когда выполняется второй этап имплантации
- A. 3 месяца
 - B. 9 месяцев
 - V. 6 месяцев
 - Г. 4 месяца
 - D. 1 месяц
9. Как долго после биосинтетического синус-лифтинга проводится имплантация:

- A. 3 месяца
- B. 9 месяцев
- V. 6 месяцев
- Г. 4 месяца
- D. 2 месяца

10. Определите последовательность на I этапе операции на винтовых имплантатах:

1. Остеотомия коркового и каудального срезов в зависимости от диаметра имплантата
2. Рана на имплантате удалена
3. Слизистая оболочка и поверхность кости рассекаются до кости
4. Имплантат вставляется в область имплантата.

A. 4312; B. 3142; V. 1234; G.4321; D.4231

11 Этапы автосинхронизации от передней части нижней челюсти (выберите неправильный ответ):

- A. Нижняя челюсть в форме канала отрезана от внешней конечности, и слизистый сгусток кости изолирован.
- B. Удаление нижней конечности мышцы канала нижней челюсти
- V. Трансплантаты получают через сферические и трещинные отверстия
- Г. латерализация нижних конечностей
- D. слизистая кость вводится в поверхность сетчатки и сшивается

1.A, D 2.B, G 3.V, G 4.A, G

12. Этапы трансплантации нижней челюсти

- A. Сделан трапецидальный разрез в свободных и прикрепленных деснах в центральных зубах.
- B. Расширить кортикальный слой кости и небольшую часть кости через широкую долото
- B. Обрезка трансплантата нужного размера с использованием сферических или трещинных отверстий
- G. резекция корня центрального зуба
- D. Слизь вводится в поверхностную кость и прикрепляется к шву

1.ABVD 2.AVGD 3.ABGD 4.BVGD

Ситуационные вопросы:

1. Пациенту 46 лет. Левая сторона имеет 123 надпочечников после травмы верхней челюсти. Имеются толстые слизистые оболочки и поперечные слизистые тяги.

1. Какие у вас планы по дентальной имплантации?

2. В этом случае я использовал аутоотрансплантат

2. Больной 65 лет. Вторичный надпочечник в левой челюсти 567 Вертикальная атрофия альвеолярной кишки. Он обратился к врачу для имплантации.

1. Какие методы следует использовать для имплантации?

2. Что является наиболее важным элементом при выборе имплантата?

3. Пациенту 65 лет. Высокая челюсть 21 | Вторичная адения в 12 областях. При осмотре у больной наблюдалась атрофия альвеолярного отростка гортани преддверия.

1. Какие методы следует использовать для имплантации?

2. Можно ли выполнить операцию имплантации?

3. Какая операция планируется для имплантации?

4. Пациенту 33 года. Адения определяется в 4 областях правой челюсти. Осень закончилась, есть проверка. Во время операции врач выполнил: слизистая оболочка и костный мозг были прорезаны до кости, имплантат был скручен и рана была повреждена.

1. От какой стадии имплантации отказались?

2. Остеопластический материал не нужен

Рекламные материалы:

1. Контрольные вопросы для проверки уровня знаний студента.
2. Ситуационные вопросы.
3. Тесты первой степени сложности.
4. Тесты сложности второго порядка.

Теоретическая часть.

Предварительная клиническая рентгенодиагностическая оценка состояния челюстной системы подтверждает необходимость имплантации при устранении функциональных и эстетических нарушений, позволяющую определить размер, качество и конфигурацию имплантированных костей.

Мягкие ткани для имплантации и остеотомии начинаются только тогда, когда мягких тканей достаточно для имплантации. Если есть утечка, то требуются дополнительные операции.

К ним относятся:

- отсутствие условий для имплантации
- отсутствие ткани для закрытия
- наличие костного дефекта.

Альвеолярная верхняя челюсть, особенно пористое вещество с вестибулярной стороной с тонким кортикальным слоем, состоит из разреженной структуры и также отражает реакцию кости на жевательное давление верхней челюсти.

Клинические исследования дополняются регулярными рентгенологическими исследованиями. Используется больше стоматологических, панорамных, зонограмм и ортопантограмм, иногда может использоваться компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

Ортопантомография используется при первичном обследовании, что может дать больше информации. Все эти тесты должны использоваться в стандартизации и динамике имплантации [Рабухина Н. А. и др., 1993, 1999]. Все изображения должны обрабатываться одинаково и обрабатываться одинаково.

Ортопантограмма показывает качество, высоту, пропорцию соседних пространств полости носа, расположение нижней челюсти и расположение нижней челюсти. Ортопантограмма с пластинкой со специальными металлическими маркерами показывает истинную высоту окклюзионной пластинки. [Misch S, 1993; Spiekerman E., 1995].

Однако в 20-30% случаев ортопантомография не дает точных результатов [Шимура М. и др., 1990]. По этой причине фотографируются дополнительные правые или боковые проекции, а также выбирается место и положение для имплантации. Компьютерная и магнитно-резонансная томография дают результаты в трех уровнях. Подробная информация о толщине нижней и верхней челюсти, объеме, топографии анатомических образований, а главное, толщине и качестве челюстей.

В.Ю. Курляндский (1977) описал растяжение верхней челюсти и показал, что в модели фото-вращения разные группы могут двигаться под влиянием функции зуба.

U. Lekholm и G. Zarb (1992) показали, что уровни I - IV имеют плотность костей: уровень I относительно плотный, IV очень мягкий. По данным цефалометрического рентгеновского изображения эти авторы диагностируют формы альвеолярной опухоли А, В, С, D и E.

Ортопантомограмма обеспечивает визуализацию высоты, качества кости, дна верхней челюсти, отверстия протока и канала нижней челюсти, а также 2 альвеолярных дуг. [Misch S, 1993; Spiekerman E., 1995].

Однако в 20-30% случаев ортопантомограмма не дает точной информации (размер кости, качество, нижняя челюсть, верхняя челюсть и т. Д.). [Шимура М. и др., 1990]

У. Лекхольм и Г. Зарб (1992). Толщина костей I-IV уровней различна. I степень плотная кость, IV степень - разреженная кость. Те же авторы классифицируют альвеолярную полость ABCDE и ставят диагноз с помощью цефалометрической рентгенографии.

После удаления зубов верхней челюсти развивается атрофия альвеолярной опухоли по коридору. Резорбтивный характер альвеолярной опухоли чаще всего наблюдается при потере центральных зубов и занимает роговую часть альвеолярного отростка. Это выравнивает к небу и выравнивает коридор. Это отражает формирование альвеолярной дуги. Эта атрофия кости вызывает изменение профиля лица. Нижняя челюсть имеет пневматический, склеротический и комбинированный тип в зависимости от степени пневматизации верхней челюсти. Полость верхней челюсти имеет разные отношения с нижними зубами. Иногда оно близко ко дну, может проникать и не доходить до дна.

Антропометрические исследования А. Иванова (1991) показывают, что расстояние от вершины кончика верхней челюсти до кончика кончика корня составляет 7,4 мм. Ближайшая полость зуба - 6! 6. Средняя толщина кости в корнях выпада составляет 2,05–2,02, в области корня неба - 2,02 мм.

Расстояние между полостью и имплантатом должно быть не менее 1-2 мм, но при атрофии и потере зуба он приближается к альвеолярной гортани и может быть отделен тонкой костной пластинкой. Это усложняет имплантацию зубов. В некоторых случаях живот поднимается или, кроме того, пол полости поднимается.

Имплантация верхней челюсти имеет ряд особенностей. Прежде всего, имплантация челюстно-лицевой артерии и верхней челюсти с венозной спутанностью верхней челюсти.

Согласно К. Хоффману (1995), хотя между артерией и полый веной существует расстояние, расстояние между ними во время атрофии приближается. Особенности строения челюсти и атрофии кости в адене Это следует учитывать при имплантации. Нижняя челюсть может изгибать альвеолярную ось и смотреть на поверхность ротовой полости. Дистальная часть челюсти отсутствует на зубах. Это где качество кости принимается во внимание. Особенно важным является внутреннее мышечное крыло. Если альвеолярная часть нижней челюсти тонкая или периферическая, стенка языка может быть сломана во время имплантации. Кроме того, повреждение языка нерва в этом случае, скорее всего, приведет к повреждению нижнего альвеолярного нерва в первом моляре и второй премолярной области.

На основании данных классификации и различных характеристик кости выбран метод остеотомии и имплантации. Когда костная структура плотная и компактная, вращение необходимо поддерживать и охлаждать с достаточной скоростью. Если костная структура особенно пористая в верхней челюсти, необходимо осторожно сверлить и избегать давления, не расширяя область имплантата. В противном случае верхняя челюсть может быть проколота, а нижний альвеолярный нерв поврежден. Эти характеристики различных частей верхней и нижней челюстей были учтены в последующей классификации, разработанной S.Misch (1990). По его словам, кость обладает высокой функциональностью, в том числе способна адаптироваться к различным травмам и нагрузкам. Они вызывают ремоделирование и ремоделирование кости, но отсутствие перегрузки сохраняет физиологические свойства кости. По мнению автора, прогрессивное лечение при имплантации обеспечивает адаптацию кости. Успешные результаты могут быть достигнуты путем правильной оценки нагрузок на кости: тщательная остеотомия, имплантация без травм, адекватная стабильность кости и адекватная нагрузка после второй хирургической процедуры. Оценка клинического состояния верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти дополняется результатами измерения толщины слизистой оболочки. Комплексная оценка диагностики позволяет определить имплантаты, выбрать тип имплантата и количество имплантатов, а также разработать план как для временной, так и для постоянной ортопедической хирургии. Выбор имплантатов и их размер зависит от условий в полости рта и будущих задач зубных протезов. Учитывая

большое количество конструкций имплантатов, важно учитывать последствия различных клинических методов лечения, а не рекомендации производителя.

Дополнительные операции на зубных имплантатах. Остеотомия для имплантации и сдвиг мягких тканей должны быть выполнены, чтобы гарантировать, что для имплантата достаточно кости или мягких тканей. Если текстуры недостаточно, ее можно устранить дополнительными оперативными методами. В других случаях мягкие ткани верхней и нижней челюсти верхней челюсти и дополнительные операции необходимы на костном мозге. Это происходит, когда в имплантате достаточно ткани или недостаточно ткани для его закрытия. Дополнительные зубные имплантаты делятся на две группы: вмешательства на костной ткани и вмешательства на мягких тканях. Примеры оральных вмешательств в мягких тканях включают вестибулопластику и свободное смещение слизистой оболочки. При дентальной имплантации авто- и аллотрансплантаты используются при отсутствии костной ткани, используются искусственные кости - фосфат трехосновной кислоты, гидроксиллапатит и другие биоматериалы, а также неабсорбирующие и абсорбирующие мембраны. Пластика с аутогенными костными трансплантатами. Он используется в случаях атрофии кости во время имплантации, в основном в дистальных отделах кости, вблизи нижней челюсти, альвеолярной гортани и в полости полости. Трансплантационный материал используется в качестве подвздошной кости, полости, ретромолярной области нижней челюсти или области верхней челюсти. Кроме того, консервированная кость используется для пластика кости

Одним из примеров предварительной имплантации является изменение положения нерва нижней конечности и тазового нерва. В то же время можно применять съемные мембраны, криогенные кости и т. Д. В случаях тяжелого атеросклероза распространены пластика верхней челюсти, альвеолярного отростка гортани, полости носа и гамма-полости. В результате хирургического вмешательства можно поднять нос или верхнюю челюсть, изменить их положение и увеличить верхнюю челюсть. Результаты таких операций могут достигать 94,4% -100%. В верхней челюсти используются аутосупликация, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутосуяк и гидроксиллапатит).

Синус-лифтинг - лифтинг основания гамма-полости.

В верхней челюсти имеется разрыв, который можно пневматизировать, склеротизировать и комбинировать. Основания полости Геймора могут иметь различные пропорции с корнями верхней челюсти: они либо близко к полости, либо пронизаны, либо никогда не достигают ее.

В результате антропометрических измерений А.С. Иванова расстояние между дном средней полости и корнем зуба в среднем составило 7,4 мм.

Верхняя челюсть имплантируется под полость. Расстояние между полостью и имплантатом должно быть не менее 1-2 мм. Однако когда зубы удаляются или в окружающей области альвеол, имплантат и полость остаются близко друг к другу, оставляя только тонкую пластинку. Это усложняет имплантацию зубов. В этом случае дно полости поднимается биоматериалами.

Аутосуяк, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутосуяк и гидроксиллапатит) используются для поднятия полости полости или для расширения верхней челюсти.





Имплантаты плаценты часто бывают одиночными или комбинированными. Имплантат состоит из внутрибрюшной части - тела, грудной клетки и верхних частей - головы или головы (штамп). Тело имеет другую структуру и является прямоугольным в поперечном сечении. Высота варьируется от 8 мм до 15 мм и длина от 15 мм до 30 мм. Тело состоит из нескольких порезов, а нижняя доля волнистая.

Преимущества имплантатов Yassi (пластина):

- 1) Имплантат может быть вставлен в тонкий ручной комок;
- 2) имплантат не проникает глубоко в кость, поэтому маловероятно, что гамма-полость, полость носа и нижние конечности повреждены;
- 3) незначительное кровотечение позволяет избежать перфорации и повреждения альвеолярного отростка;
- 4) широкий эффект поверхности имплантата с костью обеспечивает хорошую фиксацию;
- 5) Большинство пор в теле удобны для проникновения в кости и обеспечивают стабильность;
- 6) Имплантаты легко завязываются и принимают необходимую форму.

Кроме того, плоские имплантаты могут использоваться в сочетании с натуральными зубами в качестве опоры для зубных протезов. Протез может быть выполнен в течение 3-4 недель после операции.

Имплантация имплантатов проводится после подготовки пациента, премедикации и местной анестезии периферических ветвей третичного нерва.

Стерильность должна поддерживаться во время имплантации (хирургические методы, стерилизация инструментов, материалов, перчаток).

Разрез делается вдоль альвеолярной поверхности, где слизистая оболочка и костный мозг рассекаются и разделяются. Как только кость открыта, ее положение, цвет и кортикальный слой проверяются. Неровности на поверхности кости должны быть выровнены во время сканирования. Сглаживание выполняется путем фрезерования или использования существующего станка с одновременным охлаждением. Если установлено более одного имплантата, расстояние между ними должно быть не менее 3 мм.

Костные кисты удаляются из канала специальным инструментом. Полость промывают физиологическим раствором. Как только имплантат сформирован, имплантат вставляется в полость, и биение избивается до тех пор, пока имплант не сформируется полностью. Если имплантат трудно ввести, то имплантат будет удален, а полость увеличена.

Во всех странах широко используется зубная паста. Используются как винтовые, так и цилиндрические имплантаты.

Зубные имплантаты различают как погружной, так и ненавязчивый типы и различают одноэтапное или двухэтапное.

Одностадийные имплантаты расположены так, что альвеолярная поверхность рта находится в полости рта. Погружные имплантаты часто используются с винтами и цилиндрами.

На первом этапе имплантат вводится в кость, которая ушивается к слизистой оболочке и поверхности костного мозга. На втором этапе шов откроется, и имплантат будет подвергаться воздействию различных структур.

Винтовые имплантаты имеют следующие преимущества:

- 1) техника остеотомии проста и относительно хирургически атравматична при имплантации;
- 2) варианты длины и толщины имплантатов позволяют выбрать толщину, ширину и качество кости;
- 3) создать хорошее место для имплантации и обеспечить хорошее заживление кости;
- 4) Различные формы поверхности имплантата затрудняют прилипание костей;
- 5) Тот факт, что кровь состоит из многих элементов, обеспечивает хорошую эпителизацию мягких тканей.

Двухэтапные имплантаты открываются через 4 месяца в нижней челюсти и через 6 месяцев в верхней челюсти. Как только он открыт, избыток костной ткани удаляется, а окружающая область имплантата тщательно очищается. После этого он будет шиться.

Основная литература

1. Кудратов Ш.Ш. Основы стоматологической имплантологии. Учебное пособие. - Ташкент. ТТАPress. 2019 год.
2. Гаффаров С.А., Ризаев Ю.А., Жилонов А.А., Садикова Г.К. Стоматология. Учебное пособие.- Ташкент. Урок Пресс. 2018 год.
3. Джилонов А.А., Кудратов Ш.Ш., Ярмухаммедов Б.Х. Зубная имплантология. Методические рекомендации. - Ташкент. GFMediagroup. 2008 г.

Дополнительный учебники:

1. Стюарт Дж. Фрун. Осложнения зубного имплантата. Учебник. Вилли Блэквелл 2015.
2. Параскевич В.Л. Зубная имплантология. Учебник. Минск. Пропал без вести 2011.
3. Нилима Анил Малик, Учебник по хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии. JРВМР Отпечатано в Аджанте. 2008.
4. Карл Э. Миш. Современная имплантология. Третье издание. Учебник. 2008.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ № 4

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Технологическая модель практического обучения.

Этапы и продолжительность работы	Деятельность	Обучающиеся
	Преподаватель	
1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут	<p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p>	<p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p>
2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут 40- минут 20- минут 3- этап Заключительный 40- минут 10- минут 10- минут	<p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)</p>	<p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают задания.</p>
Всего		6 часов

Междисциплинарные и междисциплинарные отношения.

Преподавание этой темы основано на знаниях и основах студентов: анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии. Использование знаний, полученных в ходе курса, будет включать анатомию, детскую стоматологию и другие клинические дисциплины, а также всю информацию, необходимую для хирургической стоматологии, информацию о болезнях и принципы лечения.

Интерактивный метод: методика обучения, основанная на принципе «бумажка»

По этому методу ученики делятся на группы по 2, 4, 8 и дают обратную связь. Хорошая вещь в этом методе состоит в том, что он создает напряжение между группами без особых усилий. Педагог предлагает ученикам независимое решение. После обсуждения подгруппы делятся на 4 группы, а после обсуждения группы группируются в две группы, и обсуждение организуется в одну группу. В результате формируется продуманное общее мнение. В этом методе каждый студент пытается дать свой собственный отзыв во время работы.

Суть стиля:

- Каждый студент решает проблему
- Во время обсуждений в фокус-группах каждая подгруппа пытается обосновать свой ответ
- Проблема повторяется более одного раза в нескольких группах и может привести к развитию памяти и знаний.

Аквариумный стиль

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, а остальные студенты будут наблюдателями. Это похоже на сериал «Что, Где, Когда». Если ученики не смогут найти ответы в течение одной минуты, их заменят еще три.

- Тема обсуждается в середине
- раскрывает тему
- Объясняет знания студентов
- повышает навыки обсуждения
- Метод игры
- Участвует каждый студент

Контрольные вопросы

1. Что такое имплантация и ее применение в стоматологии?
2. История развития дентальной имплантологии.
3. Преимущества дентальной имплантологии
4. Симптомы эффективности имплантации (Smith, 1987).
5. Классификация имплантатов.

По типу А)

Б) на материале

Б) По форме

Г) техника имплантации

6. Методы обследования больных перед дентальной имплантацией (клинические, параклинические и лабораторные).

7. Инструкции и противопоказания к дентальной имплантации.

8. Последовательность подготовки и казни пациентов для дентальной имплантации.

9. Общие принципы и особенности пластинчатой внутриглазной дентальной имплантации.

10. Общие принципы и особенности интраоперационной хирургии зубных имплантатов.

Предмет предлагаемой самостоятельной работы.

Значение отдельных методов рентгенографии в диагностике ИМП.

TEST:

1. Какой тип имплантата не существует:
 - A. слизистая поверхность
 - Б. эндооссал
 - V. Subperiostal
 - Г. Боун
 - Д. эндоданто - эндооссал
2. Имплантаты для приема биомос не отличаются:
 - A. Боун
 - Б. Биоинерт
 - V. Биоактивный
 - Г. Биотолерант
 - Д. с Циркони
3. Нет имплантата костного мозга:
 - A. Раунд
 - Б. Винт
 - В. Цилиндрик
 - Г. в форме естественных зубов
 - Д. Пластина
4. Имплант не включает в себя:
 - A. часть короны
 - Б.
 - V. абатмент
 - Г. имплантат
 - Д. нет правильного ответа
5. Зубной имплантат не включает в себя:
 - A. Профилактика патологической деградации зубов
 - Б. распределение давления
 - V. профилактика атрофии челюсти
 - Г. профилактика частичной потери зуба в адене
 - Д. база
6. Вы знаете, какие типы эндооссальных имплантатов?
 - A. Конус
 - Б. Ясси
 - В. Баттон
 - Г. Трубчатый
 - Д. Магнитный
7. Биоинертные типы имплантатов не включают в себя следующее:
 - A. нержавеющая сталь
 - Б. гидроксид алюминия, керамика
 - В. сталь
 - Г. титан
 - Д. диоксид циркония
8. Какая конструкция зубного имплантата не является частью отвертки
 - A. Линкова
 - Б. Бонифит
 - V. Корея Vent
 - Г. Астра Текс
 - Д. Контраст
9. Формирование кости и имплантата:

- А. остеоинтеграция
 - Б. фиброинтеграция
 - В. фибро-остеоинтеграция
 - Г. все ответы верны
 - Д. все ответы неверны
10. Самая совершенная связь между костью и имплантатом:
- А. кость
 - Б. фиброз
 - В. смешанный
 - Г. мышечная
 - Д. рубцы
11. Для сильной атрофии кости обычно используются следующие имплантаты:
- А. Под поверхностью костного мозга
 - Б. плоский
 - В. винт
 - Г. цилиндр
 - Д. конусообразный
12. Местные рекомендации по дентальной имплантации:
- А. бруксизм
 - Б. частичная привязанность
 - В. полная близость
 - Г. отсутствие фиксации растворимых протезов
 - Д. атрофия челюсти
13. Предоставьте абсолютные рекомендации по дентальной имплантации:
- А. Аллергическая реакция на имплантацию материала
 - Б. предраковые соединения
 - В. гиперсаливация
 - Г. гепатит
 - Д. деформация оси роста
14. Какая процедура тестирования не проводится во время операции по имплантации зубов?
- А. Антропометрические измерения лица
 - Б. томография
 - В. Разработка диагностических моделей
 - Г. ортопантограмма
 - Д. клинические испытания

Ситуационные вопросы:

1. Пациенту 40 лет. Вторичная адения в верхней челюсти 54 | 34. Был проведен внешний осмотр, устный осмотр, инструментальный осмотр и панорамная рентгенография. Какие дополнительные рентгенограммы должны быть выполнены?
 Ответ: Кроме того, панорамные фотографии должны быть сделаны прямыми и рядом друг с другом, поскольку они могут определить взаимосвязь альвеолярных дуг челюстей. Это не относится к общей ортопантограмме.
2. Пациенту 47 лет. 321 | 12 Вторичная адения в поле. Наружное обследование, обследование полости рта, рентгенология.
 Кто еще может помочь с выбором и установкой имплантата?
 Ответ: Более полное обследование может быть выполнено врачом-ортопедом. Это дает более четкую картину: взаимодействие челюсти и зубов, состояние жевательной системы

и нижней челюсти, а также использование модели челюсти позволяет разрабатывать хирургические процедуры.

3. Пациенту 36 лет. Вторичная адения в нижней челюсти | 456. Решено поставить виниловый имплантат. Какие основные и дополнительные тесты могут быть сделаны, чтобы определить вероятность имплантации этого имплантата?

Полное обследование полости рта, пальпация, инструментальные методы: измерение толщины альвеолярного отростка, рентгенография, РКИ, МРТ и др.

Теоретическая часть.

При атрофии альвеолярных нервов нижней челюсти нижний альвеолярный нерв движется к языку. Атрофия альвеолярной опухоли может привести к открытию нижнего альвеолярного нерва и перемещению зубного отверстия. В этом случае нерв может быть расположен в альвеолярной артерии. Перфорация альвеолярного нерва повлияет на имплантацию и будущую ортопедическую конструкцию. Повреждение нерва может иметь такие осложнения, как повреждение нерва или кровоизлияние, в противном случае имплантация альвеолярного пищевода не может быть имплантирована без хирургического вмешательства, например, рост альвеолярного тракта или репозиция нерва.

Атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти вызвана кукурузой. После удаления зуба альвеолярная железа истончается и образует повреждение ножа. Позже он подвергается воздействию бедра и становится тоньше. Альвеолярный рост сплюснен в нижней челюсти. Анатомические образования передних и задних мышц рта пальпируются по краям альвеолярного отростка. Существует несколько классификаций для зубных имплантатов Кеннеди (1928) и У. Линкольм и Г. Зарб (1985) для зубных имплантатов, а также С. Миш и К. Джуди (1987). Они определяют характеристики челюстей на основе рентгеновского изображения. В диагностике и дентальной имплантации компьютер использует трехмерную математическую модель с использованием томографии и NAMR и антропометрических измерений челюстей. [Сидельников А. И., 1992; Робустова Т. Г. 2000].

Имплантация и остеотомия выбираются в зависимости от представленной классификации и состояния кости. Остеотомия в твердой компактной кости отдыхает путем охлаждения. Если слизистая оболочка редкая, остеотомии, особенно в верхней челюсти, можно избежать.

Если это произойдет, полость гортани и нижний альвеолярный нерв могут быть повреждены.

Согласно предоставленной информации, кость имеет более высокую функциональную адаптацию и поддерживает физиологическое состояние кости. По мнению S.Misch (1990), этапы имплантационного лечения приводят к адаптации костей. Если давление распределено правильно, ожидаемый результат всегда может быть достигнут. Травма, остеотомия и имплантация, первичная стабилизация во 2-й хирургической стадии дополняется клинической оценкой альвеолярного отростка челюсти в верхней челюсти. Компьютерная сканирующая имплантация, конструкция имплантата позволят вам выбрать тип имплантата и разработать план хирургического вмешательства, план ортопедического лечения. Тип и количество имплантатов зависит от состояния полости рта и будущего основания протеза. Учитывая большое количество конструкций имплантатов, важно обращать внимание на результаты лечения в разных клинических условиях, а не на рекомендации производителя.

Оценка функционального состояния организма и подготовка к дентальной имплантации.

Имплантация зубов осуществляется путем оперативного вмешательства. Это требует рассмотрения функционального состояния каждого пациента. Однако, поскольку имплантация не основана на продолжительности жизни, операция может оказать

негативное влияние на весь организм. Это предотвращает внезапную смерть во время операции.

Практика США показала, что 80% пациентов, которые должны быть имплантированы, страдают от хронических заболеваний. 50% из них выше 65 лет пытались базовых заболеваний, 39% повышение артериального давления, сердечно-сосудистых и других заболеваний системы на 27%. В России растет число пациентов с патологией иммунного ответа на диабет и остеопороз, что ограничивает имплантацию зубов, снижает общую эффективность и продлевает время реабилитации.

Хирургия является первоочередной задачей для хирурга-стоматолога во время скрининга пациента, сопутствующей патологии и оценки общего физиологического статуса. Важно обращать внимание на медицинскую информацию, которая может указывать на имплантацию и которая может влиять на имплантацию. Физическое состояние пациента оценивается по симптому, который он имеет. Затем будут приняты во внимание результаты лабораторных анализов, клинического анализа крови и особенностей коагулограммы. Затем, сравнивая стоматологический статус с лабораторным исследованием и функциональным состоянием организма, наличием соматической патологии, определяются показания к дентальной имплантации.

До имплантации оценка состояния пациента важна для хирургических инъекций, протезирования и гигиены полости рта. Спрос на зубные имплантаты увеличивается с возрастом, что означает, что большинство заявителей старше.

Оценка функционального состояния органа может быть найдена в интервью с дантистом и полной истории болезни пациента. Наряду с этим он выявляет фактор риска. Во время интервью было установлено, что осложнение было основано на жалобах. Различает основные и второстепенные и оценивает их профессионально. Пациенты могут жаловаться на боли во рту, другие расстройства полости рта, при заболеваниях челюстно-лицевой и других органов и систем. Поэтому полость рта пациента должна быть санкционирована во время общего обследования. Это гарантирует, что вы не испытываете боли в зубах и пародонтозе во время общего обследования. Пациент может жаловаться на боль в полости рта, боль в горле и периферический нерв с тремя рогами к СНРПВ. Заболевания, связанные с сосудистой, эндокринной, нервной системой, желудочно-кишечным трактом должны быть выявлены. Если определенные симптомы выявлены, следует установить более глубокий анализ и лечение нервно-психического состояния и установить последствия для имплантационной хирургии и ортопедического лечения.

Пациента просят определить его или ее рост и развитие. Родители должны быть информированы о своем здоровье, условиях труда, образе жизни, отдыхе пациента и физической активности. Кроме того, следует позаботиться о курении, алкоголе, потреблении, наркотиках, наркотиках. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ Предоставляет точную информацию об общем физическом здоровье пациента. Курение может привести к частичной имплантации. Вейн и Мод научились лечить импланты у курильщиков. Они проанализировали результаты лечения 540 пациентов. В наблюдаемой группе 5,92 случая не закончились, 11,28% некурящих и 4,7% некурящих. Это означает, что риск курения в имплантатах в 2,4 раза выше. Следует отметить, что многие потребители наркотиков и алкоголя не имплантированы. Анамнез собирается за счет наследственных заболеваний и генетических факторов. Если у потомства присутствуют аллергические, аутоиммунные, иммунопролиферативные, злокачественные новообразования и психические заболевания, следует обследовать несколько поколений пациентов. Врач должен быть осторожен с наследственными заболеваниями и синдромами пациента, некоторые из которых имеют иммунные дефекты. Иногда это может потребовать дентальной имплантации или специальной подготовки пациентов с промоторбитальными факторами. В других случаях наследственность отрицается после тщательного расследования.

Во время сбора анамнеза кандидат на имплантацию может определить любое другое системное заболевание или другое заболевание в соответствии с опросным листом.

Он служит систематизации информации о заболевании. В 1987 году мы разработали практические рекомендации и рекомендации по дентальной имплантации при выявлении распространенных заболеваний при патологии поликлиники. Разработанная нами анкета соответствует международным стандартам оценки функционального состояния пациента на наличие дентальных имплантатов. Разработана комплексная классификация операций по имплантации зубов. Он предназначен для адекватного учета функционального состояния пациента.

Сложность зубов - это анатомические особенности зубных имплантатов и, прежде всего, качество кости. Анатомические изменения или другие факторы, связанные с возрастом, играют важную роль. Сложность имплантации варьируется на 4 уровня в зависимости от накопленных навыков и анамнеза:

Хирургическое манипулирование имплантацией I уровня одной плоской или 1-2 корневой формы менее рискованно, но осложнения более трудны. Повреждение кости может быть вызвано кровотечением, повреждением нерва в трех рогах, перфорацией верхней челюсти и переломом стенки имплантированной доли.

Уровень осложнения II рассчитывается с помощью 2-3 плоских имплантатов или 3-4 корневых имплантатов. В то же время существует аналогичная степень осложнения. Операция от 40 до 2 часов.

Осложнение уровня III было труднее установить в имплантате, чем в 4 имплантатах, или при реконструкции альвеолярного отростка с использованием пластика мягких тканей, автоматической или аллотрансплантации, верхней челюсти в нижнем альвеолярном нерве репозиционируется.

Уровень I также сложен, в зависимости от хирургического вмешательства и объема. В этом случае могут возникнуть осложнения, как и в первом случае, от 2 до 3 часов.

Осложнение уровня IV оценивается путем имплантации более 5 имплантатов в челюсть с помощью пластической или аутоотрансплантации челюсти. Имплантация должна проводиться в 4 стационарных условиях или в дневных стационарах. Это многократная операция: свободная пересадка кожи или слизистых с сочетанием подвздошной кости, ребер, небольшого фрагмента кости и сочетания верхнечелюстной полости, нижней челюсти. оценивается путем выполнения реконструкции нижней челюсти со сдвигом нерва. Продолжительность операции, которую можно использовать при хирургическом приеме, составляет более 3-4 часов.

Основываясь на результатах и местной истории пациента и лаборатории, будет оцениваться функциональное состояние пациента и будут рассмотрены дополнительные клинично-лабораторные исследования для определения необходимости или нет.

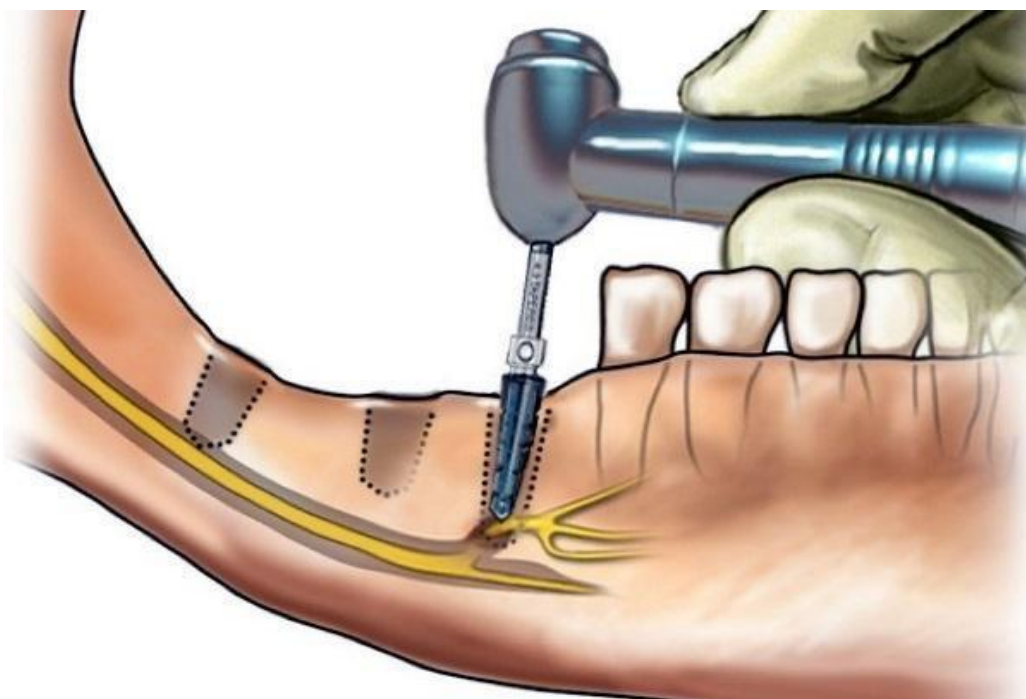
Размеры тела пациента и размеры тела измеряются. Пациент ориентируется на температуру тела и психоэмоциональное состояние. Можно сказать, что температура тела повышается, воспаление началось или функциональные расстройства присутствуют. Если тяжесть выше нормы, нарушения обмена веществ и ожирения, сердечно-сосудистые заболевания следует отказаться.

Нормальные показатели артериального давления также важны для имплантации. Врач всегда имеет высокое кровяное давление 140 мм. и нижний пик составляет 70 мм. и если тахикардия больше 80, а брадикардия меньше 60, пациент должен быть осмотрен специалистом. При осмотре и осмотре у больной отмечается отсутствие кашлевого дыхания при нормальной частоте дыхания (16-18 минут).

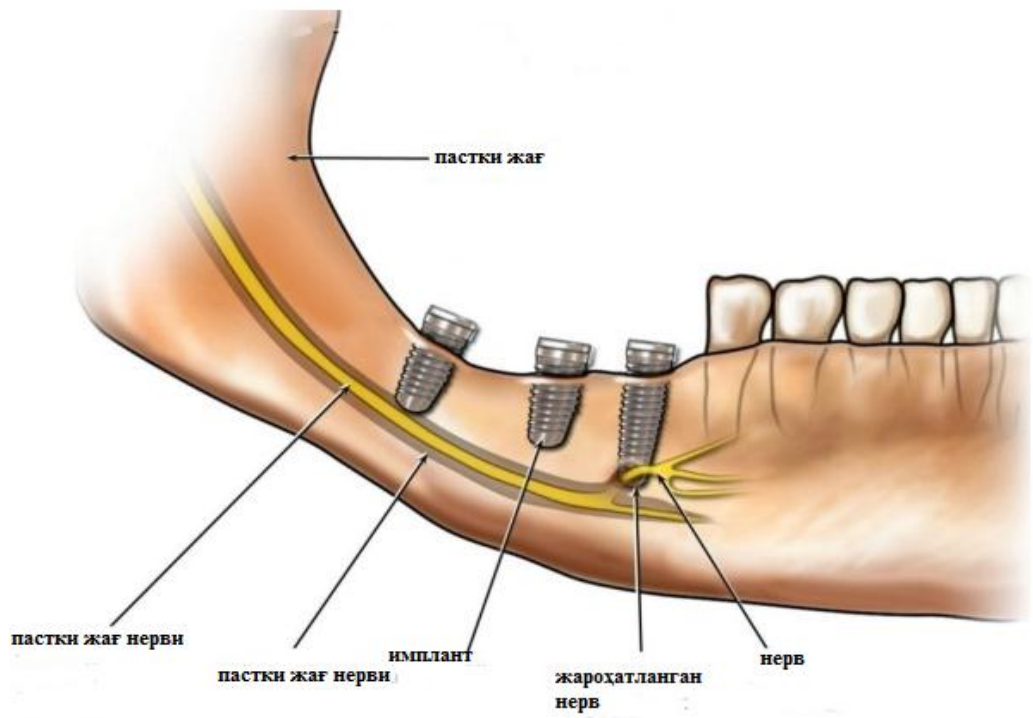
Следует обратить внимание на заболевания кожи, слизистой оболочки и слизистой оболочки носа, эндокринной системы, нарушения аппетита и витаминной недостаточности и другие заболевания. Такие симптомы, как беспокойство, переливание крови, также следует учитывать. Такие симптомы могут быть признаками заболеваний крови. Регионарные лимфатические узлы должны быть исследованы. Увеличение лимфатических узлов может указывать на наличие патологии в верхней челюсти в

полости носа или в других полостях носа в полости рта во рту. В случае лимфаденопатии, флюороза или других симптомов может быть проведено дополнительное тестирование на ВИЧ.

Демаркационная зона воспаления представлена образованием ствола клетки. На этот процесс в первую очередь влияют ряд компонентов плазмы крови (калликреин, активатор плазминогена, пептид В фибрина, фракции комплемента) и воспалительные клетки, макрофаги. Если в ране нет инородных антигенов, может развиваться асептическое воспаление. Модифицированные антигены и макрофаги приходят на смену накоплению лейкоцитов, которые заполняют зону повреждения и активируют воспалительную зону. Нейтрофильные лейкоциты появляются через 3-4 дня после операции. Их фагоцитарный эффект наблюдается при высвобождении лизосомальных гранул в ткани в качестве медиаторов воспаления, а также при высвобождении фагоцитов во внешнюю среду. Нейтрофильные лейкоциты взаимодействуют с другими клетками - эозинофилами, лимфоцитами, моноцитами, моноцитами.



Во время воспалительной фазы первая клеточная функция заменяется специфическими реакциями, в которых лимфоциты и моноциты играют ключевую роль. Их действие начинается через 6-7 дней после имплантации. Сначала специфические иммунологические реакции сопровождаются неспецифическими реакциями. Это проявляется в пролиферации Т-клеток и В-клеток, Т-клеток и Т-клеток, а также макрофагов. Все клеточные популяции чувствительны к специфическим антигенным веществам и к микрофлоре, находящейся в источнике воспаления во время операции во время бактериальных зубных бляшек. Иммуносовместимые клетки и макрофаги взаимодействуют с микробными агентами для выполнения контролирующих, воспалительных, цитотоксических функций. Имплантаты играют важную роль в имплантации, в клеточных воспалительных реакциях тканей. Инфекции возникают в течение 5-6 дней после операции с образованием моноцитов в крови. В некоторых областях поверхности имплантата присутствует небольшое количество макрофагов, особенно в областях, где нет контакта с костью. Иногда там хранится большое количество гигантских клеток. Он сохраняет такое же количество посторонних клеток организма. Сохранение клеток, таких как клетки инородных тел, является признаком отрицательного результата и предполагает неудачную имплантацию.



Основная литература

1. Кудратов Ш.Ш. Основы стоматологической имплантологии. Учебное пособие. - Ташкент. ТТАPress. 2019 год.
2. Гаффаров С.А., Ризаев Ю.А., Жилонов А.А., Садикова Г.К. Стоматология. Учебное пособие.- Ташкент. Урок Пресс. 2018 год.
3. Джилонов А.А., Кудратов Ш.Ш., Ярмухаммедов Б.Х. Зубная имплантология. Методические рекомендации. - Ташкент. GFMediagroup. 2008 г.

Дополнительный учебники:

1. Стюарт Дж. Фрун. Осложнения зубного имплантата. Учебник. Вилли Блэквелл 2015.
2. Параскевич В.Л. Зубная имплантология. Учебник. Минск. Пропал без вести 2011.
3. Нилима Анил Малик, Учебник по хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии. ЈРВМР Отпечатано в Аджанте. 2008.
4. Карл Э. Миш. Современная имплантология. Третье издание. Учебник. 2008.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ № 5
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (СИНУС-ЛИФТИНГ И
АУГМЕНТАЦИЯ).

Технологическая модель практического обучения.

Этапы и продолжительность работы	Деятельность Преподаватель	Обучающиеся
1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут	1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия. 1.2. Дать список литературы (приложение №1) 1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия. 1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)	Слушают и записывают Слушают и записывают Отвечают на вопросы Слушают
2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут 40- минут 20- минут 3- этап Заключительный 40- минут 10- минут 10- минут	2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради. 2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3) 2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её. 2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”. 2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2) 2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). Перемена 2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов) 3.1. Заключение. Проводится заключение по теме. 3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5) 3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)	Отвечают на вопросы и обсуждают их Задают поясняющие вопросы Обсуждают материалы игры Задают вопросы Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему. Слушают Решают тесты. Курируют больных Слушают Задают вопросы Слушают Слушают сами себя оценивают Записывают задания.
Всего		6 часов

Междисциплинарные и междисциплинарные отношения.

Преподавание этой темы основано на знаниях и основах студентов: анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии. Использование знаний, полученных в ходе курса, будет включать анатомию, детскую стоматологию и другие клинические дисциплины, а также всю информацию, необходимую для хирургической стоматологии, информацию о болезнях и принципы лечения.

Интерактивный метод: методика обучения, основанная на принципе «бумажка»

По этому методу ученики делятся на группы по 2, 4, 8 и дают обратную связь. Хорошая вещь в этом методе состоит в том, что он создает напряжение между группами без особых усилий. Педагог предлагает ученикам независимое решение. После обсуждения подгруппы делятся на 4 группы, а после обсуждения группы группируются в две группы, и обсуждение организуется в одну группу. В результате формируется продуманное общее мнение. В этом методе каждый студент пытается дать свой собственный отзыв во время работы.

Суть стиля:

- Каждый студент решает проблему
- Во время обсуждений в фокус-группах каждая подгруппа пытается обосновать свой ответ
- Проблема повторяется более одного раза в нескольких группах и может привести к развитию памяти и знаний.

Аквариумный стиль

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, а остальные студенты будут наблюдателями. Это похоже на сериал «Что, Где, Когда». Если ученики не смогут найти ответы в течение одной минуты, их заменят еще три.

- Тема обсуждается в середине
- раскрывает тему
- Объясняет знания студентов
- повышает навыки обсуждения
- Метод игры
- Участвует каждый студент

Контрольные вопросы

1. Хирургические методы хирургической подготовки пациентов к дентальной имплантации и ее последовательность.
2. Какие существуют типы имплантатов?
3. Типы винтовых имплантатов.
4. Типы верхней челюсти верхней челюсти.
5. Виды тромбоцитов в нижней челюсти.
6. Остеопластические материалы, используемые при имплантации
7. Каковы различные типы операций по подтяжке верхней челюсти (синус-лифтинг)?
8. Остеопластические материалы, используемые в синуслифтинге
9. Методы латерализации нерва нижних конечностей

Предмет предлагаемой самостоятельной работы.

Лечение злокачественных новообразований с помощью химиотерапии и светотерапии.

TEST:

1. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 5-8 мм?
 - A. способ бокового открывания окна
 - B. локализация полости дна (остеотомия)
 - V. лимфатический синус-лифтинг с помощью автоклава
 - Г. путем покраски передней стенки полости
 - D. Инструкция против синус-лифтинга
2. Согласно Мишу Д. Какое качество кости встречается в передней части верхней челюсти:
 - A. D1
 - B. D4
 - V. D2; D3
 - Г. D3; D4
 - D. D1; D4
3. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 9-10 мм?
 - A. способ бокового открывания окна
 - B. Полость приподнята локально (остеотомия).
 - V. Боковой пазух с аппликацией костной ткани
 - Г. путем покраски передней стенки полости
 - D. все ответы верны
4. Оптимальное расстояние между верхней челюстью и полостью верхней челюсти:
 - A. 11 мм
 - B. 12 мм или больше
 - B. 1 мм
 - 1,5 мм
 - D. 7мм
5. При какой толщине субантральная кость используется для аутоиммунного подъема пазухи:
 - A. 6 мм
 - B. 6-7мм
 - V. Если менее 5 мм
 - 5 мм

Автосинуклеус не используется при подтяжке D.sinus
6. Какие бывают виды подтяжки верхней челюсти?
 - A. способ бокового открывания окна
 - B. Полость приподнята локально (остеотомия).
 - V. эндоскопический лифтинг через медиальную стенку
 - Г. все ответы верны
 - D. покраска передней стенки полости
7. Какой диаметр слоя кости после удаления локализованной слизистой оболочки?
 - A. менее чем на 1 мм меньше диаметра имплантата
 - На 0,5 мм меньше диаметра имплантата
 - V. на 0,5 мм больше диаметра имплантата
 - Так же, как Г. имплантат
 - D. менее чем на 2 мм меньше диаметра имплантата
8. Когда качество верхней челюсти микроскопа составляет D3, когда выполняется второй этап имплантации
 - A. 3 месяца
 - B. 9 месяцев
 - V. 6 месяцев
 - Г. 4 месяца

D. 1 месяц

9. Как долго после биосинтетического синус-лифтинга проводится имплантация:

A. 3 месяца

Б. 9 месяцев

V. 6 месяцев

Г. 4 месяца

D. 2 месяца

Ситуационные вопросы:

1. Пациенту 45 лет. На верхних челюстях дефекты левого 5-6-7 зубов. Примеры коренных зубов в верхней челюсти и варианты подготовки зубных имплантатов.

Ответ: Рентгенограммы (стоматологические и панорамные рентгенограммы или КТ). Проведен анализ размеров и качества альвеолярной язвы и окклюзии, получение альдиаметра альвеолярной массы (толщина, высота относительно дна гамма-полости), измерение толщины слизистой оболочки.

Планируйте рост костей и синус-лифтинг по мере необходимости.

2. Пациенту 54 года. Нижняя челюсть дефектна по левым 5-6-7 зубам. Примеры коренных зубов в нижней части тела и варианты подготовки зубных имплантатов. Ответ: Рентгенограммы (стоматологические и панорамные рентгенограммы или КТ). Анализ размеров и качества альвеолярного роста и окклюзии, измерение размера альвеолярного отростка гортани (толщина, высота относительно нерва нижней конечности), измерение толщины слизистой оболочки.

При необходимости планируйте латерализацию костного мозга и нижних конечностей.

Рекламные материалы:

1. Контрольные вопросы для проверки уровня знаний студента.

2. Ситуационные вопросы.

3. Тесты первой степени сложности.

Вторичные тесты сложности

Теоретическая часть.

Дополнительные процедуры для дентальной имплантации выполняются, если остеотомия и имплантация мягких тканей достаточны, чтобы гарантировать, что кости или мягких тканей достаточно для имплантации. Если текстуры недостаточно, ее можно устранить дополнительными оперативными методами. В других случаях мягкие ткани верхней и нижней челюсти верхней челюсти и дополнительные операции необходимы на костном мозге. Это происходит, когда в имплантате достаточно ткани или недостаточно ткани для его закрытия. Дополнительные зубные имплантаты делятся на две группы: вмешательства на костной ткани и вмешательства на мягких тканях. Примеры оральных вмешательств в мягких тканях включают вестибулопластику и свободное смещение слизистой оболочки. В зубных имплантатах используются авто- и аллотрансплантаты, искусственный фосфат костной кислоты, гидроксилapatит и другие биоматериалы при отсутствии костной ткани, а также непоглощающие и проницаемые мембраны. Мембраны используются для имплантации костных дефектов, разрыва имплантированных стенок, плохого качества кости в имплантате, снятия швов и имплантации сразу после удаления зуба и развития периимплантата.

Пластика с аутогенными костными трансплантатами. Он используется в случаях атрофии кости во время имплантации, в основном в дистальных отделах кости, вблизи нижней челюсти, альвеолярной гортани и в полости полости. Трансплантационный материал используется в качестве подвздошной кости, полости, ретромолярной области нижней челюсти или области верхней челюсти. Основным условием пластичности аутогенного трансплантата в сочетании с имплантацией в одно время являются мягкие ткани,

доступные для закрытия имплантата и имплантата. Кроме того, комбинация консервированного аллогенного трансплантата кости и легирующего сплава используется для костного пластика. Последний может использоваться в сочетании с пластиковыми материалами на основе гидроксиапатита и коллагена.

Одним из примеров предварительной имплантации является изменение положения нерва нижней конечности и тазового нерва. В то же время можно применять съемные мембраны, криогенные кости и т. Д. В случаях тяжелого атеросклероза распространены пластика верхней челюсти, альвеолярного отростка гортани, полости носа и гамма-полости. В результате хирургического вмешательства можно поднять нос или верхнюю челюсть, изменить их положение и увеличить верхнюю челюсть. Результаты таких операций могут достигать 94,4% -100%. В верхней челюсти используются аутоупликация, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутозуб и гидроксиллапатит).

Поскольку материал часто неадекватен, автопереключатель используется в сочетании с гидроксиллапатитом, керамикой и пластиковыми материалами.

Реконструкция верхней челюсти требует удаления следующих требований: Все хирургические процедуры должны быть наиболее подходящими. Имплантация трансплантируемого материала должна образовывать кость, которая может быть абсорбирована и плотно связана с ней. Резорбция свежей кости не должна превышать 1,49 мм в первый год после операции и 0,1 мм в каждый последующий год. Все оперативные вмешательства не должны вызывать воспаление верхней челюсти.

, ГВ верхней челюсти имплантаты были имплантированы под гамма-полостью.

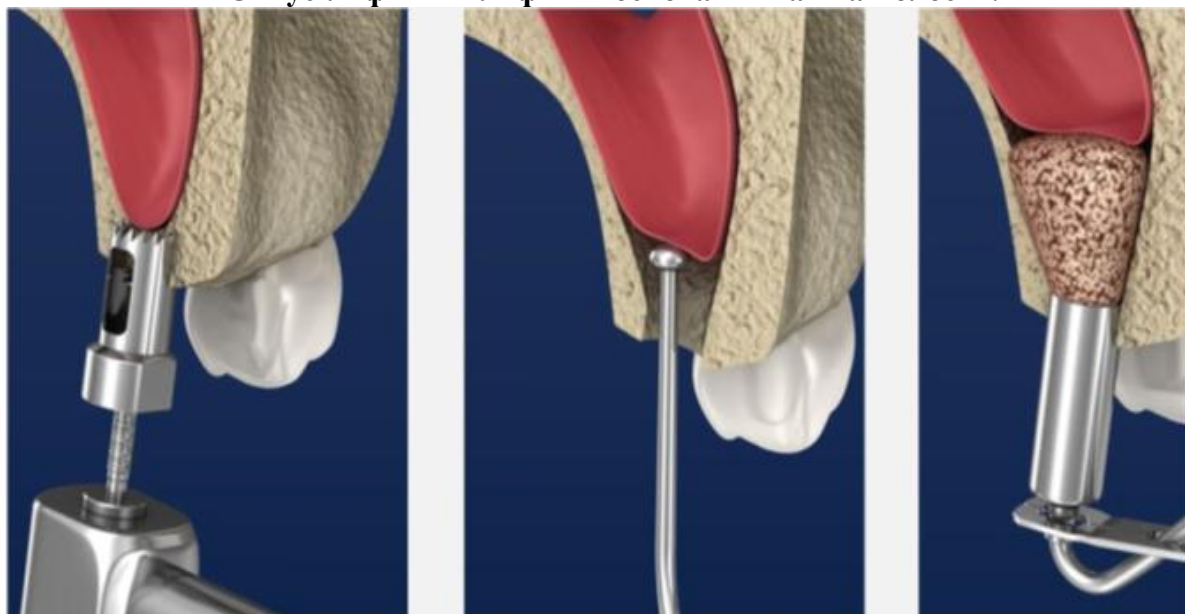
Расстояние между имплантатом и полостью должно быть не менее 1-2 мм, но когда зубы удалены и кость окружена, она ближе к альвеолярной челюсти и отделена только тонкой костной пластинкой. Это усложняет имплантацию и требует хирургических абортов или биоматериалов пазухи. Имплантация дистальной части верхней челюсти имеет ряд особенностей. Прежде всего, важно учитывать близость внутренней челюсти и ее травму к имплантации. Во-вторых, важно иметь в виду, что в верхней челюсти существует каноническое венозное противостояние. Хотя существует расстояние между артериальным и венозным сгустками, это расстояние значительно уменьшается при имплантации периферической кости. Индивидуальные особенности этих случаев следует учитывать при имплантации. Прежде всего, челюстная альвеолярная зона может протекать как в вестибулярный, так и в средний. Обычно зубы находятся не в дистальной части нижней челюсти. В этой области кости могут отличаться по форме и качеству; внутреннее сокращение мышц канала имеет большое значение. Если нижняя челюсть дистальная и узкая, имплантат может быть перфорирован или может быть сломана стенка языка. Кроме того, в этом случае существует риск повреждения языкового нерва. Важное значение имеет расположение нижней челюсти и сосудистого нерва при имплантации в области коренных зубов и вторая премолярная область нижней челюсти. На периферии нижней челюсти нижняя челюсть смещена к языку.

Значительная атрофия кости приводит к раскрытию нерва и перфорации внутреннего отверстия, и они остаются на поверхности альвеолярной дуги. Когда они получают травмы, они могут иметь такие осложнения, как кровотечение или повреждение нерва. Кроме того, перфорация нерва нижней конечности может повлиять на имплантацию и функцию протеза с ортопедическими конструкциями. В других случаях это может потребовать имплантации после первоначальной эластомерной пластичности, изменения положения нерва и других операций. Атрофия нижней челюсти обусловлена пористой модой. После удаления зубов языковая часть локтя сначала поворачивается. В этом случае край в форме руки часто имеет форму лезвия ножа. Позже он уплощен по высоте. В области симфиза формируется плоская рука с резко вытянутой береговой линией.

Существует несколько классификаций для оценки беззубой челюсти - Кеннеди (1928), А. Этвуд (1971-1977) и У. Линхольм. Зарб (1985) - для имплантации зубов, К. Миш и К. Джуди (1987). Использование челюстных анатомических критериев на основе рентгеновских изображений. При диагностике и планировании дентальной имплантации следует выполнять математическое моделирование РКИ и YMR с учетом антропометрических параметров кости челюсти и клинических рентгенологических данных. Остеотомия и имплантация подбираются на основании различной классификации и характеристик кости. Например, заточка кости из компактного материала осуществляется с охлаждением, но с постоянной скоростью. Если зубной налет редкий, то он обычно находится на верхней челюсти, где жесткость кости выполняется без использования амортизации или имплантации под высоким давлением. В противном случае это может привести к перфорации гамма-полости и повреждению альвеолярного нерва. Те же особенности описаны в классификации С. Misch (1990).

Комплексная оценка диагностических тестов позволяет идентифицировать имплантаты, выбрать количество и имплантацию имплантатов, разработать план хирургического вмешательства и выбрать временное или постоянное ортопедическое лечение. Выбор имплантатов и их количество зависит от состояния полости рта и от функции зубных протезов. Принимая во внимание последствия дизайна имплантата, необходимо полагаться на результаты лечения в различных клинических ситуациях, а не на рекомендации рекламодателя.

Синус-лифтинг - лифтинг основания гамма-полости.



**кириш қисмини
шаклантириш**

**бўшлиқни
кўтариш**

**суяк материални
киритиш**

В верхней челюсти имеется разрыв, который можно пневматизировать, склеротизировать и комбинировать. Дно полости Геймора может иметь различные пропорции с корнями верхней челюсти: они либо близко к полости, либо проникли в нее, либо не были достигнуты ранее.

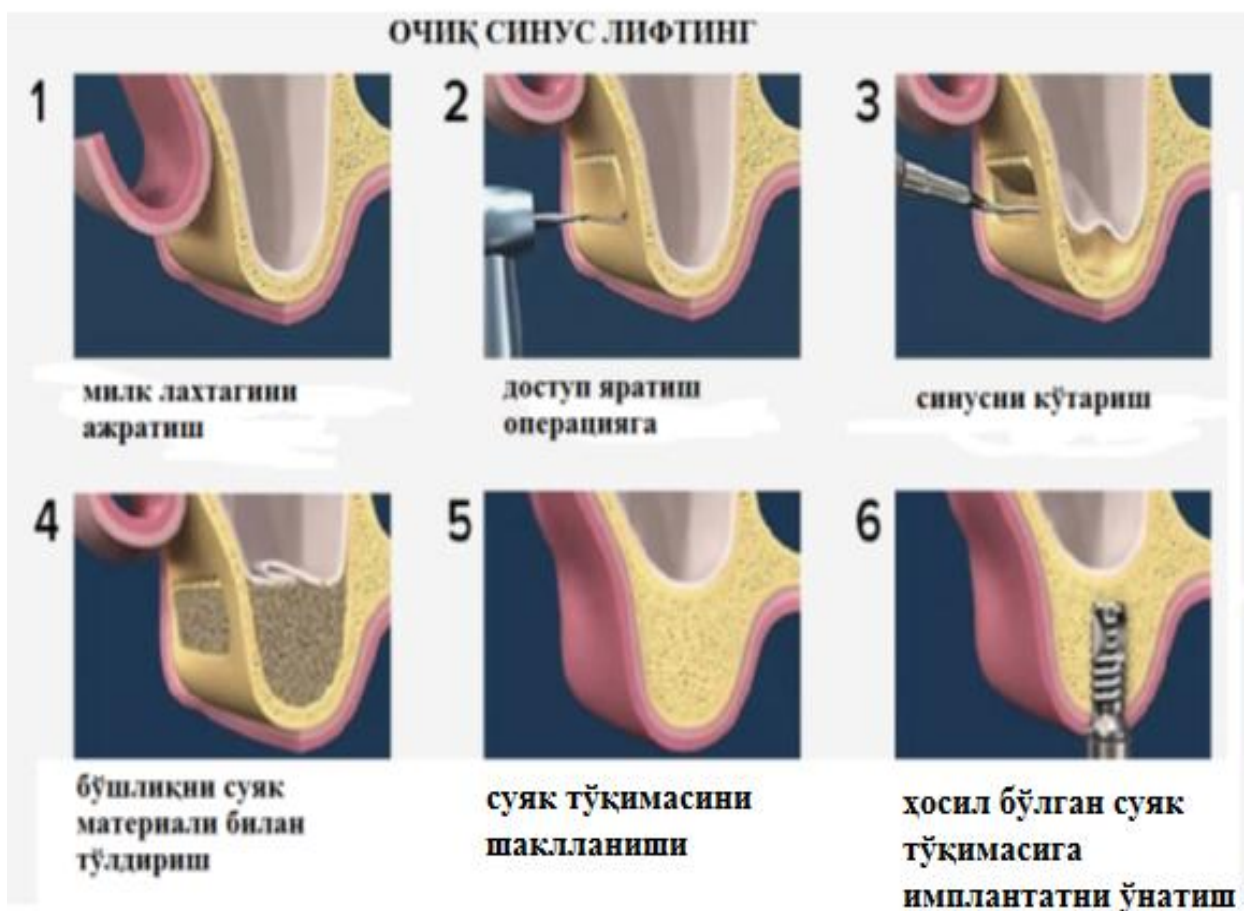
В результате антропометрических измерений А.С. Иванова расстояние между дном средней полости и корнем зуба в среднем составило 7,4 мм. Первый зуб находится ближе всего к полости. Средняя толщина кости в области корней составляет 2,05-2,02 мм, а у корня неба - 2,02 мм.

Верхняя челюсть имплантируется под полость. Расстояние между полостью и имплантатом должно быть не менее 1-2 мм. Однако когда зубы удаляются или в

окружающей области альвеол, имплантат и полость остаются близко друг к другу, оставляя только тонкую пластинку. Это усложняет имплантацию зубов. В этом случае дно полости поднимается биоматериалами.

Аутоосу, деминерализованная кость, комбинированные костные трансплантаты (остеогенон, остеогенон и коллаген, остеогенон и кровь, аутоусяк и гидроксилапатит) используются для поднятия дна полости крови или расширения верхней челюсти. Они используются в сочетании из-за недостатка материала.

Кость обладает высокой функциональностью, в том числе способностью адаптироваться к различным травмам и нагрузкам. Они требуют регенерации и ремоделирования кости, но при отсутствии перегрузки кость остается физиологически присутствующей. Оценка верхней и нижней челюстей верхней челюсти дополняется размерами слизистой оболочки.



Плоские имплантаты часто бывают одиночными или комбинированными. Имплантат состоит из внутрибрюшного сегмента - тела, шеи и верхних частей - головы или головы (штамп). Тело имеет другую структуру и является прямоугольным в поперечном сечении. Высота варьируется от 8 мм до 15 мм и длина от 15 мм до 30 мм. Тело состоит из нескольких порезов, а нижний волнистый.

Преимущества имплантатов Yassi (пластина):

- 1) Имплантат может быть вставлен в тонкий ручной комок;
- 2) имплантат не проникает глубоко в кость, поэтому маловероятно, что гамма-полость, полость носа и нижние конечности повреждены;
- 3) незначительное кровотечение позволяет избежать перфорации и повреждения альвеолярного отростка;
- 4) широкий эффект поверхности имплантата с костью обеспечивает хорошую фиксацию;

5) Большинство пор в теле удобны для проникновения в кости и обеспечивают стабильность;

6) Имплантаты легко завязываются и принимают необходимую форму.

Кроме того, плоские имплантаты могут использоваться в сочетании с натуральными зубами в качестве опоры для зубных протезов. Протез может быть выполнен в течение 3-4 недель после операции.

Однако многие исследователи считают, что плоские имплантаты стабилизируют фиброз кости путем их интеграции. Согласно T / Albrechtson, фиброинтеграция является фазой реакции хозяина на имплантат и не исключает его разделения в будущем. Тем не менее, Л. Линков, П. Шнитманн, С. Вайсс, С. Миш добились интеграции плоских имплантатов в кости и фиброз и наблюдали их прочность в 90–96% случаев в течение 5–10 лет. Ортопедические имплантаты наиболее эффективны, когда ширина альвеолярного гребня составляет от 3 мм до 5 мм. Расстояние до верхней границы нижней челюсти может быть не менее 1 мм.

Имплантация имплантатов проводится после подготовки пациента, премедикации и местной анестезии периферических ветвей третичного нерва.

Стерильность должна поддерживаться во время имплантации (хирургические методы, стерилизация инструментов, материалов, перчаток).

Разрез делается вдоль альвеолярной поверхности, где слизистая оболочка и костный мозг рассекаются и разделяются. Как только кость открыта, ее положение, цвет и кортикальный слой проверяются. Неровности на поверхности кости должны быть выровнены во время сканирования. Сглаживание выполняется путем фрезерования или использования существующего станка с одновременным охлаждением. Если необходимо установить несколько имплантатов, расстояние между ними должно быть не менее 3 мм, а расстояние до основания зубного протеза - не менее 2 мм. Согласно корпусу имплантата, отверстие в кортикальном веществе сливается с фиссурбором, образуя борозду. Точность выхлопа контролируется с помощью аналога имплантата или измерительного устройства, а также компьютерной визуализации остеотомии для измерения каждого блока и костной ткани, а также визуализации внутренних органов.

Костные лоскуты удаляются из канала с помощью специального устройства. Полость промывают физиологическим раствором. Костные ломтики и костный мозг вводят в физиологический раствор или стерильную салфетку. Как только имплантат сформирован, имплантат вставляется в полость, и «имплантация» разбивается до тех пор, пока имплант не будет завершён. Если имплантат трудно ввести, имплантат будет удален, а полость увеличена, а костный мозг будет удален. Затем имплантат возвращается на место. В то же время правильная ось назначается основанию оси, соответствующей окклюзии. Плечи и основание имплантата должны быть на 2–3 мм глубже костного мозга. Если измерение имплантата проводится в положении кости, его следует вводить изотоническим раствором после каждого измерения. При имплантации с гидроксилатапатитным покрытием все предварительные измерения проводятся по аналогу. Такие имплантаты не могут быть вставлены в кость путем их размягчения и погружения. При необходимости прикрепите костные ломтики, костные ломтики, кристаллы гидроксилатапатита вокруг основания имплантата и слизистую оболочку, которая соответствует основанию имплантата, герметично закрывают. Через 3 недели и 1 месяц начинается протезирование. Если плоский имплантат является коллекционным, его вставляют в первую хирургическую фазу и сшивают мягкие ткани, а во второй фазе он открывается через 6 месяцев в верхней челюсти и через 3-4 месяца в нижней челюсти. Когда имплантат удален, винт заменяется на головку основания и вставляется соответствующая слизистая оболочка. Через 3 недели после открытия проводится ортопедическое лечение.

Во всех странах широко используется зубная паста. Используются как винтовые, так и цилиндрические имплантаты.

Зубные имплантаты различаются между погружным и ненавязчивым типами, а также одноступенчатые или двухэтапные.

Одностадийные имплантаты расположены так, что верхняя часть руки находится в полости рта. Погружные имплантаты часто используются с винтами и цилиндрами. Наиболее распространенные имплантаты, используемые для двухэтапного хирургического лечения, включают систему Branemark, Core Vent, Zi, Steri-Oss, Astra, Galsitek, IMZ и другие, а также контрастную и плазменную хирургию. Одностадийные имплантаты вставляются в кость так, чтобы верхняя часть их руки доходила до рта. Наиболее распространенными являются ITI, Ledermann и Komet.

На первом этапе имплантат вводится в кость, которая ушивается к слизистой оболочке и поверхности костного мозга. На втором этапе шов откроется, и имплантат будет подвергаться воздействию различных структур.

Винтовые имплантаты имеют следующие преимущества:

- 1) техника остеотомии проста и относительно хирургически атравматична при имплантации;
- 2) варианты длины и толщины имплантатов позволяют выбрать толщину, ширину и качество кости;
- 3) создать хорошее место для имплантации и обеспечить хорошее заживление кости;
- 4) Различные формы поверхности имплантата затрудняют прилипание костей;
- 5) Структура состоит из множества элементов, которые обеспечивают хорошую эпителиальную мягкую ткань.

Двухэтапные операции часто используются с отвертками и цилиндрическими конструкциями. На втором этапе имплантаты открываются, и на них помещаются различные ручные компоненты.

Подготовка пациента, премедикация и анестезия выполняются в соответствии с теми же общими принципами, что и плоские имплантаты.

Формирование кости зависит от формы и структуры имплантата. Формирование кости имеет большое значение для круглых костных имплантатов. Разнообразие дизайна и формы имплантатов требует оригинальных инструментов для их соединения.

Существует 4 основных группы инструментов для кортикальных и пористых отростков кости. С помощью заточки кости формируются в соответствии с длиной и диаметром имплантатов.

Глубина сверления контролируется. Имплантат можно заменить ручную или ручную. Заточка костей и имплантация выполняются в специальном режиме аксессуаров с внешней и внутренней системами охлаждения. В фазе успокоения цилиндрический импеданс может быть углублен с помощью молотка. Глубина установки имплантата зависит от его структуры и отношения к мягким тканям. При односторонних имплантируемых одностадийных операциях рана зашивается вокруг плеча. Основное внимание transmukoz берега расположения базы расширения или контролирует страну. Будут предприняты шаги для предотвращения вращения ткани внутри и создания карманов.

Двухэтапные имплантаты открываются через 4 месяца в нижней челюсти и через 6 месяцев в верхней челюсти. Это можно сделать, сделав короткий разрез на каждом поле или сделав длинный разрез на всех них. После вскрытия избыток костной ткани удаляется, а окружающая область имплантата тщательно очищается. Затем удалите последний и очистите внутреннюю часть имплантата. Мягкие ткани вокруг имплантата обрабатывают, а толстую слизистую оболочку истончают при необходимости. Слизистая оболочка и костный мозг ушиваются, что предотвращает их скручивание. Для регенерации слизистой оболочки регенеративный винт вставляется на 1,5-3 недели. Во время выздоровления проблема временных протезов будет решена отдельным хирургом-ортопедом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ № 6

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ НИЖНЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА И АУГМЕНТАЦИЯ).

Этапы и продолжительность работы	Деятельность	Обучающиеся
	Преподаватель	
1-этап Введение в учебное занятие 10- минут 10- минут 15- минут 5- минут	<p>1.1. Объяснить название темы, цели и ожидаемых результатов. Объяснить основные определения по теме. Ознакомить с планом занятия.</p> <p>1.2. Дать список литературы (приложение №1)</p> <p>1.3. Задать вопросы для привлечения студентов к мозговому штурму. Изложение порядка действий по организации образовательного процесса на основе плана и структуры занятия.</p> <p>1.4. Объявить критерии оценивания деятельности студентов на занятии. (приложение №2)</p>	<p>Слушают и записывают</p> <p>Слушают и записывают</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Слушают</p>
2- этап Основная часть 25- минут 15- минут 15- минут 5- минут 10- минут 50- минут 40- минут 20- минут 3- этап Заключительный 40- минут 10- минут 10- минут	<p>2.1. Проведение экспресс-опроса по основным определениям темы с целью активизации знаний студентов.(приложение №2). Дается заключение по каждому разделу темы и обращается внимание на самые основные, требуется регистрация данных сведений в тетради.</p> <p>2.2. Организация обсуждения материалов игры “Чёрный конь”, обратить внимание на выражение проблем анализа ситуаций правил работы (приложение №3)</p> <p>2.3. Самостоятельный анализ концептуальной таблицы органайзеров и “Рыбьего скелета”, дать задание выражения проблемы и определения путей её решения, затем решить её.</p> <p>2.4. Презентация концептуальной таблицы органайзера “Рыбьего скелета”.</p> <p>2.5. Каждый сам решает тесты и ситуационные задачи (приложение №3.2)</p> <p>2.6. Выполнение практических навыков и курация больных в отделении (клиническое занятие). Перемена</p> <p>2.7. Демонстрация и объяснение наглядных пособий (слайдов, презентаций, видеофильмов)</p> <p>3.1. Заключение. Проводится заключение по теме.</p> <p>3.2. Оцениваются активные студенты. Объявляются критерии оценивания по группе(приложение 5)</p> <p>3.3.Задаются вопросы и задания для самостоятельной подготовки(приложение № 7)</p>	<p>Отвечают на вопросы и обсуждают их</p> <p>Задают поясняющие вопросы</p> <p>Обсуждают материалы игры</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Самостоятельно заполняют лист анализа, решают проблему.</p> <p>Слушают</p> <p>Решают тесты.</p> <p>Курируют больных</p> <p>Слушают</p> <p>Задают вопросы</p> <p>Слушают</p> <p>Слушают сами себя оценивают</p> <p>Записывают задания.</p>
Всего		6 часов

Междисциплинарные и междисциплинарные отношения.

Преподавание этой темы основано на знаниях и основах студентов: анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии. Использование знаний, полученных в ходе курса, будет включать анатомию, детскую стоматологию и другие клинические дисциплины, а также всю информацию, необходимую для хирургической стоматологии, информацию о болезнях и принципы лечения.

Интерактивный метод: методика обучения, основанная на принципе «бумажка»

По этому методу ученики делятся на группы по 2, 4, 8 и дают обратную связь. Хорошая вещь в этом методе состоит в том, что он создает напряжение между группами без особых усилий. Педагог предлагает ученикам независимое решение. После обсуждения подгруппы делятся на 4 группы, а после обсуждения группы группируются в две группы, и обсуждение организуется в одну группу. В результате формируется продуманное общее мнение. В этом методе каждый студент пытается дать свой собственный отзыв во время работы.

Суть стиля:

- Каждый студент решает проблему
- Во время обсуждений в фокус-группах каждая подгруппа пытается обосновать свой ответ
- Проблема повторяется более одного раза в нескольких группах и может привести к развитию памяти и знаний.

Аквариумный стиль

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, а остальные студенты будут наблюдателями. Это похоже на сериал «Что, Где, Когда». Если ученики не смогут найти ответы в течение одной минуты, их заменят еще три.

- Тема обсуждается в середине
- раскрывает тему
- Объясняет знания студентов
- повышает навыки обсуждения
- Метод игры
- Участвует каждый студент

Контрольные вопросы.

1. Инструкция по эксплуатации перед имплантацией при альвеолярном росте.
2. Классификация альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти.
3. Методы удаления экзосом верхней и нижней челюсти.
4. Пластика альвеолярной опухоли верхней челюсти
5. Пластика альвеолярной опухоли задней челюсти
6. Применение остеопластических материалов в альвеолярном росте пластика.
7. Показания к пластической хирургии альвеолярной опухоли

Предмет предлагаемой самостоятельной работы.

Схема СНРJB анкилозных операций.

TEST:

1 Следующие правила должны соблюдаться при операции на костной пластине

- А) достаточность мягкой текстуры
- Б) облегчение удаления кости
- В) сохранение лицевого гормона
- Г) все правильные ответы *

2 Следующие рекомендации должны соблюдаться в устной текстуре полости рта:

- А) Хорошая гигиена полости рта

- Б) Артерия и вена сечены
 - Б) Слизистая оболочка отделена костным мозгом
 - Д) Расположение мимических мышц учитывается
 - Г) все правильные ответы *
- 3 Остеопластика Техника полости рта является частью процедуры протезирования
- А) Снятие экзостаза *
 - Б) санация полости рта
 - В) удаление подкожных и десен
 - Д) научить пациента правилам гигиены
 - Д) Френулотомия
- 4 Оральный пластиковый протез мягких тканей - это метод перед протезированием
- А) Удаление экзостозов
 - Б) реабилитация полости рта
 - В) удаление подкожных и десен
 - Д) научить пациента правилам гигиены
 - Д) френулотомия *
- 1 Техника остеопластики Полость рта является частью процедуры протезирования
- А) Поднимите верхнюю челюсть
 - Б) Подкожное нервное вмешательство
 - В) удлинение нижней челюсти
 - Д) Френулотомия
 - Г) расширение языка

1) АВВ * 2) VGD 3) AGD 4) BVG

2 Полость рта - это метод протезирования мягких тканей

- А) отрастить верхнюю челюсть
- Б) Подкожное нервное вмешательство
- В) удлинение нижней челюсти
- Д) Френулотомия
- Г) расширение языка

1) GD * 2) АВ 3) AV 4) VG

Ситуационные вопросы:

1) Пациенту 48 лет. Верхняя левая челюсть 123 зуба после травмы вторичной слизистой оболочки надпочечника

Каковы тактика и методы исследования для дентальной имплантологии?

А рентгенограммы, толщина верхней челюсти альвеолярной части o`lchash.Tortilgan слизистой слоя, и при необходимости удалить свободные o`sikni и костных имплантатов для костной ткани внутри o`stirish

2) Пациенту 46 лет. Полный надпочечник. Степень адгезии III альфа-полярного роста. Хирургические методы предоперационной подготовки малых зубных протезов

Ответ - вестибулопластика, альвеолопластика, синус-лифтинг при необходимости

Рекламные материалы:

1. Контрольные вопросы для проверки уровня знаний студента.
2. Тесты первой степени сложности
3. Вторичные тесты сложности.

Ситуационные проблемы

Теоретическая часть.

Необходимость в протезной хирургии обусловлена несколькими факторами, в том числе атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отдела нижней

челюсти при потере естественных зубов. У некоторых пациентов процессы атрофии костей могут быть связаны с сопутствующими заболеваниями и изменениями в органах - системными заболеваниями, остеопорозом костей (включая климактерический и постклиматический периоды). На атрофию кости также влияют местные факторы. В первую очередь это травма при удалении зуба и удалении одной из стенок альвеол. Потеря костной массы также может быть вызвана плохо спроектированными протезами. В дополнение к общим и местным факторам, которые вызывают атрофию кости во время протезирования, анатомические особенности структуры челюсти могут представлять трудности. Они могут быть вызваны атрофическими процессами, а также типом и развитием лицевого скелета. Во время протезирования костная ткань также может иметь ряд недостатков. После удаления зубов альвеолярная слизистая оболочка может стать чрезмерной. Кроме того, когда зубы удаляются, кость часто становится неровной из-за смещения вестибулярных стенок альвеол.

Плохие условия протезирования также часто вызывают атрофические процессы в вертикальных и передних и задних костях кости, вывих челюстей, увеличение расстояния между альвеолярными дугами и уменьшение их ширины. Протез дополнительно осложняется пародонтитом, пародонтозом, который усугубляет атрофические процессы в челюстях. Даже зубы, которые остаются в кости и не растут, вызывают определенные проблемы. Верхняя челюсть хорошо видна на стыке двух пластин, образующих твердое небо. Удаление центральных зубов может привести к разрыву окклюзионной связи между верхней челюстью и альвеолярным отростком нижней челюсти. При отсутствии верхнечелюстных моляров неправильное соотношение между зубами и антагонистами при окклюзии может привести к уменьшению, увеличению или коррекции альвеолярного отростка. В нижней челюсти альвеолярная область сужается, ее атрофия и, следовательно, нижняя челюсть, изогнутая линия, нижняя челюсть и острые края препятствуют протезированию. Помимо процессов атрофии кости, Р. Попкинс (1985) считает, что микростомия, вызванная хроническими зубными расстройствами, также препятствует протезированию. Гладкая текстура - изменения в слизистой оболочке и поверхности кости также усложняют протезирование. После удаления зубов возможно образование рубцов на слизистых оболочках альвеолярной области. В некоторых случаях эти изменения также происходят в подкорковой области.

Хронические травмы, в том числе вызванные плохо спроектированными протезами, играют важную роль в гиперпластических изменениях. Последнее часто может быть причиной папилломатоза, который может повредить твердое небо, полость рта и альвеолярный гребешок. Такие изменения в слизистой оболочке могут усугубляться воспалительными процессами в поврежденной ткани. Атрофия кости может привести к разрушению полости рта, а губные и языковые суставы, слизистые и мышечные суставы становятся очевидными и приближаются к альвеолярной дуге. Мышцы челюсти, подкожный язык и легкие могут усугубить трудности зубного протеза.

Предоперационные процедуры в полости рта направлены на удаление следующих областей: 1) костная ткань челюсти; 2) мягкие ткани - слизистая оболочка, поверхностный слой, мышечные волокна; 3) Периферические ветви трехрогового нерва. Ортопедические протезы следует использовать для хирургического лечения пациентов с патологическими изменениями, которые не могут быть полностью разработаны. Помимо оценки протезных состояний, существуют также психологические факторы: адекватность жалоб пациента, его / ее понимание необходимости оперативного вмешательства, а также функциональный и эстетический результат, который он или она ожидает от ортопедического и хирургического лечения. Мотивация пациента также очень важна, когда речь идет о временной и постоянной коррекции зубов. Прежде чем принять решение о предварительном хирургическом вмешательстве, хирург должен изучить историю болезни пациента в соответствии с правилами хирургической стоматологии и определить вероятность изменений в мягких тканях и костной ткани при общей патологии. Изменения

в мягких тканях, которые покрывают альвеолярные отростки верхней челюсти и альвеолярные части нижней челюсти, должны оцениваться с точки зрения онкологии, а также инфекционной, вирусной или другой этиологии. При осмотре полости рта, верхней и нижней губ, положения языка, рубцов изменяется слизистая оболочка дна рта, а также состояние мышечных соединений. В частности, внимание уделяется воспалительным процессам на дне полости рта, которые могут быть вызваны повреждениями краев протеза. В этих случаях может возникнуть диагноз фиброма со значительным ошибочным диагнозом, но могут быть гипертрофия слизистой оболочки и рубцы. Атрофия челюсти часто приводит к образованию избыточных слизистых оболочек в альвеолярной артерии, что препятствует протезированию. В дополнение к оценке состояния мягких тканей используются альвеолярный отросток челюсти и кости альвеолярного отростка нижней челюсти. Измеряют ширину и высоту кости, оценивают ее форму, неровности, наличие неровностей, острые края, экзостозы. В обеих челюстях пальпируются мимикрия, жевание и другие области, где начинаются или прикрепляются мышцы. Верхняя челюсть и крыло носа и мышечные мышцы верхней челюсти; в нижней челюсти - сердцебиение челюсти, легких, грудной и подкожной мышц. Альвеолярная дуга и альвеолярная слизистая оболочка в альвеолярном отделе нижней челюсти пальпируются для определения боли.

Операции на мягких тканях челюсти. (альвеолотомия и альвэктомия). Альвеолярный пластик. Если после удаления зуба обнаруживаются деформации альвеолярной опухоли, проводится альвеолярная пластика. В то же время слизисто-костный сгусток удаляется только для выявления пораженного участка кости. Деформация на наружной и внутренней поверхностях альвеолярной дуги устраняется костными зажимами, костными пилами, прутьями или фрезами. При работе с борной машиной рабочее место необходимо охлаждать путем орошения изотоническим раствором хлорида натрия. После того, как острые края удалены и сглажены, слизистая оболочка вставляется на место. Следует позаботиться о том, чтобы края раны были выровнены, а края были удалены, а текстура при необходимости удалена.

Внутренняя непроходимость альвеолопластики. После удаления одного или нескольких зубов может потребоваться резекция межальвеолярной обструкции. Удаление исходящей или неадекватной альвеолярной обструкции и изменение положения боковой пластинки верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти. Эти действия обеспечивают целостность поверхности слизистой кости, что позволяет удалять поры на вестибулярной поверхности кости без изменения высоты кости. Кроме того, атрофия костей менее выражена при альвеолопластике этого типа [Tucker M., 1994].

Уменьшение и коррекция неровной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти Это делается на поверхности костей, что предотвращает адекватные протезы. Это может быть связано с костным мозгом и гипертрофией тканей, которые их покрывают. С помощью внутривенной альвеолопластики слизистая кость удаляется, чтобы создать нормальную альвеолярную дугу, и открывается двусторонний альвеолярный пищевод или челюсть. Шипы, смещения и другие деформации устраняются костными зажимами, отверстиями и фрезами. Лишние мягкие ткани отрезают, и в рану вводят завязанные швы. Работа верхней челюсти должна быть принята во внимание, чтобы предотвратить повреждение верхней челюсти. Важно обратить внимание на расположение тазового отверстия в нижней челюсти и сосудов нерва.

Резекция альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти. Для зубов, в том числе стоматологов-антагонистов, существует много текстуры и деформации кости, когда в протезе нет места. В зависимости от функции протезов, модели определяют необходимый объем резекции кости. Рентген - это расположение полости носа и верхней челюсти. Чтобы предотвратить их повреждение во время операции, альвеолярная дуга разрезается линейно, и слизисто-костный сгусток изолируется. Изредка делаются один или несколько вертикальных разрезов и

трапециевидные сгустки располагаются под углом. Избыток альвеолярной части удаляется с помощью костных зажимов, каркасов, стержней и мельниц, которые позволяют сгладить поверхность кости. Область должна была работать в соответствии с плоскостями окклюзии альвеолярных дуг. Избыток текстуры следует удалить таким образом, чтобы края раны подходили без растяжения. Лучше всего использовать непрерывную линию из синтетической пряжи. Альвэктомия выполняется при наличии диспропорции передней части верхней челюсти вследствие адении. Методы коррекции кости, предложенные О. Дином (1941), К. Калленбергером (1953) и З. Обвегезером (1968), являются основными, и некоторые авторы разработали их модификации.

Подготовка к срочному протезированию. Большинство зубов удаляют после удаления альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти для хирургического вмешательства. После удаления зубов сохраняются острые межальвеолярные и межмолекулярные барьеры, проявляющиеся в периодонтите и периодонтите. После анестезии удаляется слизистая кость, удаляются зубы, и на кости выполняются необходимые хирургические процедуры. Барьеры снимаются с помощью зажимов, и изнутри барьера сделан простой альвеолярный пластик. Свинка и неровности присутствуют или разглаживаются путем фрезерования. С помощью ножниц зубные лезвия удаляются, а края слизистой оболочки разглаживаются, с достаточно мягкой тканью, чтобы покрыть кость, без избытка слизистой оболочки, а края раны должны быть хорошо закрыты. Рана плотная.

Удаление экзосом верхней и нижней челюсти. Экосистемы используются широко и очевидными способами. Он разрезается вертикально вдоль альвеолярной дуги, а иногда и дополнительно. Вращая угловой или трапециевидный сгусток, каждая ветвь деформированной кости открывается. Экзостозы удаляются зажимами, стержнями и мельницами. Мягкие текстуры завязываются или бесшовные. Когда альвеолярная верхняя челюсть удалена от неба, а нижняя челюсть удалена от языка, кость открывается линейным разрезом по альвеолярной дуге. Есть экзостозы, которые удаляются фрезерованием. Для лучшего формирования кости в нижней челюсти мягкие ткани удаляются с помощью наклонного крючка, учитывая наличие языковых нервов, артерий и тазового дна. В небольших экзостозах и небольших альвеолярных отростках на соответствующей поверхности слизистой оболочки делаются один или несколько надрезов, образующих тротуар под поверхностью костного края для сглаживания и выравнивания толщины альвеолярной опухоли. необходимый гидроксилпатит или другой биоматериал. Слизистая рана ушивается. Желательно прикрепить альвеолярную опухольную пластинку или связку.

Снятие экзостоза в области веточки клубка. При проектировании и использовании обычно выдвигающихся зубных протезов, экзосомы неба могут вызвать проблемы. Различных форм и размеров, а иногда и в значительной степени, они деформируют пол неба. экзостозы создают слабые разрезы вдоль средней линии неба и удаляются под углом 30–40° как в передней, так и в отдаленной точках. Слизисто-костный сгусток удален, удален по краям лигатуры, а основание костной полости открыто. Хмель и молотки удаляются с помощью стержня или мельницы. Срезы часто делятся на разные части с помощью зажимов и строительных лесов. Это следует делать очень осторожно, чтобы не проколоть носовую полость. Поверхность кости сглаживается, при этом пальцем прижимают мягкие ткани к поверхности кости и помещают на поверхность слизистой кости. Оставшаяся ткань срезается, и в рану вводятся завязанные швы. Для предотвращения гематомы, марли или йода смесь, марля или косое масло наносится на область неба. Это должно быть закреплено шелковой лентой. Защитная пластина должна быть хорошо закреплена, но текстура не должна быть чрезмерной, чтобы избежать некроза. Послеоперационные закрытия выполняются для предотвращения воспалительных процессов и гигиенических процедур.

Восстановление нижней челюсти. Аутотрансплантация может быть сделана из гребня скальпа или подвздошной кости. Одна из двух секций машины размещается на кости длиной до 15 см, придавая ей форму зубного дужки, другая измельчается, а его частицы покрываются на поверхности. Трансплантат прикрепляется к остаточной кости нижней челюсти, где заполняется альвеолярная часть, а трансплантат прикрепляется к линиям шва, окружающим линию шва. Это хитрый метод. Восстановление кости займет много времени, пока не будет выполнено функциональное протезирование. Значительная атрофия нижней челюсти вызывает риск перелома и определяет необходимость пластичности кости у ее основания. Аутотрансплантат, сформированный из гребнеобразного края кости, прикрепляется к кости с помощью проволоки или мини-пластины и штампов. Однако этот метод помогает предотвратить переломы нижней челюсти, но не улучшает условия протезирования. Описаны разные способы пластики нижней челюсти. В одном из них нижняя челюсть расположена таким образом, что ее медиальная часть остается с окружающей подкожной тканью, а вестибулярная часть опущена вниз. Оставшаяся полость слизистой заполняется гидроксилатапатитом, при автосинтезе расчесывается край кости подвздошной кости. Можно увеличить нижнюю челюсть путем горизонтального разреза костей вверх и заполнения среднего пространства измельченными аутоосуями, аллосуями и гидроксилатапатитами. Самый простой способ восстановить кость с помощью гидроксилатапатита. Симметричные срезы слизистой оболочки выполнены в периферической части альвеолярной части нижней челюсти, соответствующей гребню дна. Роговица сформирована из роговицы ниже сетчатки и заполнена гидроксилатапатитом в правильном количестве, ширине и форме альвеолярной части и дуги. Раны ушивают узловатыми швами. Рекомендуется носить шину через 8-10 дней после операции, чтобы сохранить форму альвеолярной части и сформировать роговицу полости рта.

Операция верхней челюсти с гидроксилатапатитом проста и эффективна. Метод выполнения этого аналогичен операции на нижней челюсти. Только одна секция сделана вдоль средней линии альвеолярной дуги. Подкожная роговица выполнена на передней поверхности верхней челюсти. После того, как достаточное количество материала введено и альвеолярная опухоль достаточной высоты и ширины закрыта, шину изнашивают в течение 7-8 дней и прикрепляют к небу винтами. Для этого используйте старый протез и приспособьте его к новой форме альвеолярной опухоли. С помощью гидроксилатапатита рост альвеолярного отростка верхней челюсти может осуществляться одновременно с увеличением полости верхней челюсти. Восстановление верхней челюсти не требуется в отличие от нижней челюсти. Однако при большой атрофии кости и неадекватной форме основания неба альвеолярный отросток увеличивается. Можно использовать паротрансплантат парши. Эта процедура аналогична операции на нижней челюсти: альвеолярный отросток отсекается с помощью Le Fog III (остеотомия), и выполняется нисходящее расположение этой области с аутогенной костью под поверхностью слизистой оболочки слизистой оболочки. Заполненный (гребнеобразный край или ребро подвздошной кости). Трансплантат прикреплен к корпусу челюсти и скуле с помощью металлических проводов, винтов и мини-пластин с винтами. Тем не менее, существуют случаи послеоперационной резорбции кости после этих операций и необходимость повторной операции. В этом случае пациент не сможет использовать протез в течение длительного времени. На периферии верхней челюсти, особенно в дистальной области, имеется налет верхней челюсти, когда недостаточно места для зубного протеза. На дистальном конце альвеолярной полости до верхней границы крыла-неба слизистая кость удаляется, верхняя челюсть открывается, избыточная часть боковой пластинки крыла присваивается остеотомом, а ее спина прикрепляется к крылу передается. Кончик комка опускается в результирующую выемку. Поверхность раны оборачивают раствором йодоформа. Яра заканчивается вторичными выстрелами. В результате это создаст условия для хорошего зубного протеза.

Операции в портативном сегменте. При отсутствии ряда зубов нет места для зубо-антагонистов. В этом случае, сигмовидная остеотомия рекомендуется в правильном направлении. Операционный план основан на клинических и радиологических данных, а также на моделях. В моделях указаны анатомо-математические параметры операции. Определяет план ортопедического лечения для модели и оккультника. После вскрытия слизистой оболочки и костного мозга с места удаляют остеотомию, остеотомизируют зубы и челюстной сегмент, закрепляют необходимое положение, а кости фиксируют винтами. Разрыв между челюстным сегментом и челюстью заполнен гидроксилapatитом или другим биоматериалом. Слизисто-костный сгусток вставляется на место и фиксируется шовными узлами. Коррекция костных деформаций зубных челюстей производится по правилам остеотомии. Его метод зависит от деформационных свойств и адекватного планирования протезирования

Основная литература

1. Кудратов Ш.Ш. Основы стоматологической имплантологии. Учебное пособие. - Ташкент. ТТАPress. 2019 год.
2. Гаффаров С.А., Ризаев Ю.А., Жилонов А.А., Садикова Г.К. Стоматология. Учебное пособие.- Ташкент. Урок Пресс. 2018 год.
3. Джилонов А.А., Кудратов Ш.Ш., Ярмухаммедов Б.Х. Зубная имплантология. Методические рекомендации. - Ташкент. GFMediagroup. 2008 г.

Дополнительный учебники:

1. Стюарт Дж. Фрун. Осложнения зубного имплантата. Учебник. Вилли Блэквелл 2015.
2. Параскевич В.Л. Зубная имплантология. Учебник. Минск. Пропал без вести 2011.
3. Нилима Анил Малик, Учебник по хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии. JРВМР Отпечатано в Аджанте. 2008.
4. Карл Э. Миш. Современная имплантология. Третье издание. Учебник. 2008.

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН, МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра хирургической стоматологии

Зарегистрировано
учебно-методическим отделом
№ 2175 « 26 »
06 2019 г.

“УТВЕРЖДАЮ”

Проректор по учебной и
воспитательной работе
к.м.н., доцент Г.Ж. Жарылкасынова
2019 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ПО ПРЕДМЕТУ
ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТОЛОГИЯ

ОБЛАСТЬ ЗНАНИЙ: 700000-СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.
ОБЛАСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ: 720000- ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
НАПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:5510400 -СТОМАТОЛОГИЯ

Курс: - 4
Объем часов: – 53 часов
Всего часов: - 36 часов
Из этого:
Лекция: – 2 часов
Практические занятия: – 16 часов
Клинические занятия: - 18 часов
Самостоятельная работа: – 17 часов

Составители:

Рахимов З.К. - заведующий кафедрой Хирургической стоматологии, к.м.н.
Хамитова Ф.А. – ассистент кафедры Хирургической стоматологии

Рецензенты:

Камалова Ф.Р. - заведующая кафедрой “Детской стоматологии” БухгосМИ
к.м.н.

Идиев Ф.Э. – заведующий кафедрой «Ортопедической стоматологии»
БухгосМИ к.м.н.

Данная рабочая программа составлена на основании образцовой учебной программы и учебного плана направления 5510400 – Стоматология, обсуждена и утверждена на кафедральном заседании.

Протокол № 17 « 20 » 06 2019 г.

Зав. кафедрой Хирургической стоматологии Рахимов З.К. _____



Председатель центральной методической комиссии факультета к.м.н.

Хабибова Н.Н. _____



Данная рабочая программа составлена на основании образцовой учебной программы и учебного плана направления Стоматология, обсуждена и утверждена на заседании центральной методической комиссии Бухарского государственного медицинского института.

Протокол № 11 « 26 » 06 2019 г.

Методист:



Жумаева Ш.Б.

I. СОСТАВ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ПРЕДМЕТУ:

Эта программа основана на Государственном образовательном стандарте Республики Узбекистан и программе подготовки врачей общей практики. Использование данной программы для внедрения современных педагогических технологий в учебный процесс позволяет проводить самостоятельно принимать и диагностировать заболевания пациентов путем сочетания приобретенных навыков с теоретическими знаниями в клинической практике с использованием современных медицинских технологий и обеспечивает основу для принятия. В соответствии с целями и задачами программы будет сформирован клинический стоматолог, который станет зрелым, конкурентоспособным, независимым клиническим стоматологом, объединяя знания и практические навыки, полученные в ходе процессов горизонтальной и вертикальной интеграции.

Дентальная имплантология связана с медицинскими науками, с целью изучения истории дентальной имплантологии, оборудования и сырья, используемого для дентальной имплантации, для подготовки пациентов к операции, современных методов обследования и создает предпосылки для изучения особенностей дентальной имплантации на верхней и нижней челюсти.

Этот курс основан на знаниях, полученных в области биофизики, медицинской химии, анатомии, физиологии, гистологии, микробиологии, терапии, клинической аллергологии, фармакологии и хирургии.

II. Цели и задачи учебного предмета

Цель обучения дентальной имплантологии состоит в том, чтобы подготовить студентов и практикующих врачей-стоматологов, которые могут оказать амбулаторную хирургическую стоматологическую помощь, восстанавливая дефекты зубных рядов – адентию, с разработкой различных мер профилактики осложнений имплантации.

Задачи предмета:

- Обеспечить понимание темы дентальной имплантологии;
- Обучение студентов поэтапным знаниям от теоретических до основ практических навыков;
- Повышение уровня клинического мышления и закрепления знаний путем внедрения современных педагогических технологий в учебный процесс;
- Иметь хорошее представление о современных методах исследования;

- Изучение истории дентальной имплантологии;
- Обучить классификации зубных имплантатов, показаниям и противопоказаниям к имплантации зубов;
- Определение осложнений дентальной имплантации и обучение их устранения;

Пропаганда здорового образа жизни.

Требования к знаниям и умениям студентов по данному предмету следующие.

Студент:

- подготовка пациентов к дентальной имплантации, современные методы обследования и планирование дентальной имплантации;
- особенности дентальной имплантации на верхней и нижней челюсти;
- особенности дентальной имплантации при атрофии верхней и нижней челюсти и дополнительных операциях;
- уход за пациентами после дентальной имплантации;
- осложнения, которые могут возникнуть при имплантации зубов;
- иметь представление о возможных осложнениях после дентальной имплантации;
- материалы, используемые для зубных имплантатов;
- классификация атрофии верхней и нижней челюсти;
- современные методы обследования в дентальной имплантологии;
- классификация зубных имплантатов;
- особенности дентальной имплантации на верхней челюсти при полной и частичной адентии;
- особенности дентальной имплантации на нижней челюсти при полной и частичной адентии;
- знать и внедрять здоровый образ жизни;
- пальпация альвеолярных отростков верхней челюсти;
- пальпация альвеолярных отростков нижней челюсти;
- определить ширину слизистой оболочки перед дентальной имплантацией на фантоме и у волонтера;
- иметь практические навыки (в том числе клинические практические навыки) для пальпаторного определения экзостозов альвеолярных отростков на фантоме и волонтера.

III. Основная теоретическая часть (Лекция)

№ Тема	1. Введение в дентальную имплантацию, история имплантации. Классификация имплантатов, материалы, используемые при изготовлении имплантатов. Показания и противопоказания к имплантации зубов. Особенности дентальной имплантации на верхней и нижней челюсти. Классификация атрофий альвеолярных отростков верхней челюсти, дентальная имплантация и показания и противопоказания к пластике костной ткани альвеолярных отростков.	Всего 2 с
-----------	--	--------------

Тема 1

Введение в дентальную имплантацию, история имплантации. Классификация имплантатов, материалы, используемые при изготовлении имплантатов. Показания и противопоказания к имплантации зубов. Особенности дентальной имплантации на верхней и нижней челюсти. Классификация атрофий альвеолярных отростков верхней челюсти, дентальная имплантация и показания и противопоказания к пластике костной ткани альвеолярных отростков.

Список литературы А-1,2,3 Н-1,2,3,4,5,6,7,8

IV. Для практических занятий рекомендуются следующие темы:

Предмет преподается в форме 50% теоретического (лекции и практические занятия) и 50% практической части (учебная клиническая практика). Теоретическая и практическая часть практических занятий проводится совместно друг с другом.

	Тема	теор	прак	
1	Классификация имплантатов, материалы, используемые при подготовке имплантатов.	1	2	3
2	Классификация и патогенез атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей.	3	3	6
3	Дентальная имплантация на верхней челюсти.	3	3	6
4	Дентальная имплантация на нижней челюсти.	3	3	6
5	Дополнительные операции при дентальной имплантации на верхней челюсти (синус-лифтинг и аугментация).	3	3	6
6	Дополнительные операции при дентальной имплантации на нижней челюсти (латерализация ниже альвеолярного нерва и аугментация).	3	3	6
	Всего	18	17	35

Студенты смогут обогатить свои знания и навыки по ключевым темам на практических занятиях с помощью метода кейс и практических задач. Также рекомендуется улучшить знания учащихся на основе учебников и учебных пособий, расширить знания учащихся с помощью раздаточных материалов, презентаций по теме и многого другого.

Практические занятия проводятся одним учителем одной академической группе в аудитории, оснащенной мультимедийными устройствами.

Во время практических занятий теоретические знания по отдельным темам, углубленный анализ методологических вопросов, обсуждение вопросов, интервью, докладов и тезисов с целью научных разработок по конкретным проблемам, письменный контроль принимать вопросы, обсуждать ситуационные вопросы и отвечать на тестовые вопросы. В то же время необходимо укреплять теоретические знания на уроках, используя интерактивные методы, компьютерные и инновационные технологии.

Во время практических занятий соблюдаются следующие дидактические принципы:

- четко определить цель учебных занятий;
- стимулировать студентов углублять свои знания об инновационной педагогической деятельности учителя;
- предоставить студентам возможность самостоятельно фиксировать результаты;
- теоретическая и методическая подготовка студентов.

Планируется, что студенты получают практические навыки во время клинической практики дентальной имплантологии.

Список практических навыков:

1. Пальпация альвеолярных отростков верхней челюсти;
2. Пальпация альвеолярных отростков нижней челюсти;
3. Определить ширину слизистой оболочки перед имплантацией зубов у фантома и пациентов;
4. Установка винтовых зубных имплантатов;
5. Усвоение методов устранения экзостозов альвеолярных отростков.

Инструкции и рекомендации по клинической практике обучения

Клиническая практика студентов по дентальной имплантологии составляет 50% учебного процесса и проводится в поликлинике.

Обучение практическим навыкам детально спланировано и состоит из нескольких этапов:

1. Первым шагом является выявление мотивационной основы для изучения практических навыков, основанной на целях и задачах занятия, и обсуждение теоретических аспектов. Студенты будут ознакомлены с механизмом работы и правилами работы необходимого оборудования для практических навыков.

На первом этапе отдел располагает всем необходимым оборудованием и должен быть в рабочем состоянии.

2. Второй этап - демонстрация практических навыков и нескольких упражнений. Пошаговый алгоритм практических навыков демонстрируется педагогом и видео, с акцентом на постепенное выполнение алгоритма. Ученик практикует самостоятельно, но под присмотром учителя много раз ученики учатся друг у друга на тренажерах, тренажерах, фантомах и манекенах. Сначала пациенту разрешается использовать все этапы по отдельности, а затем правильно их обобщать (имитация тренировки).

Для реализации второго шага практические навыки, разработанные отделом, должны развиваться путем классификации алгоритмов и видео, учебных пособий, схем или методов и т. д. Должны быть симуляторы, симуляторы, призраки и манекены, симуляторы, инструменты и необходимые условия (смоделированные как можно ближе к максимальным условиям работы).

На этом этапе учитель будет отслеживать и, при необходимости, исправлять ошибки ученика. В этом процессе действия ученика могут быть записаны, визуализированы и критически обсуждены. Ученик объяснит учителю и другим ученикам, в чем заключается ошибка, а затем повторите процедуру. Взаимодействие проявляется в том, что другие студенты выступают в качестве экспертов и участвуют в оценке практических навыков студента. Желательно довести практические навыки до уровня автоматизации.

3. Третий шаг - применить полученные знания и навыки к пациенту. На этом этапе учащегося научат применять полученные знания и навыки в различных клинических ситуациях (в том числе в чрезвычайных ситуациях), анализировать полученные результаты и определять тактику действий на основе этих данных.

Третий этап включает в себя обучение, методические пособия, фотографии, тематические исследования и коллекции, тематические исследования, клинические протоколы, стандарты диагностики и лечения, историю болезни и амбулаторные карты, разработанные отделом. Следует использовать. Взаимодействие проявляется в том, что студенты выступают в качестве экспертов и оценивают способность студента овладевать практическими навыками и участвовать в командной работе.

4. Четвертый шаг - заключение. На этом этапе педагог должен убедиться, что знания и навыки, приобретенные студентом, правильно и полностью применяются к пациентам, в различных ситуациях, в ходе их деятельности, и что практические навыки считаются улучшенными.

Для завершения четвертого этапа независимая работа студента с пациентом контролируется учителем, оценивается при написании и защите медицинских карт и медицинских карт.

В конце урока учитель подтверждает, что каждый ученик освоил практические навыки. В тех случаях, когда учащийся не может овладеть практическими навыками, настоятельно рекомендуется, чтобы они самостоятельно обучались за пределами классной комнаты, а затем снова отправлялись учителю. Считается, что студент освоил предмет, овладев всеми практическими навыками.

V. Самостоятельное обучение и самостоятельная работа

	Тема	s
1	История дентальной имплантологии. Материалы, используемые в дентальной имплантологии Показания и противопоказания к дентальной имплантации. Типы внутрикостных имплантатов. Классификация атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти.	6
2	Методы устранения атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти. Требования к дентальным имплантатам. Преимущества дентальной имплантации перед традиционными методами лечения.	6
3	Современные методы обследования больных перед	6

	дентальной имплантацией. Современные методы дентальной имплантации. Показания и противопоказания к операции синус-лифтинг.	
4	Показания и противопоказания к операции аугментации альвеолярных отростков. Типы взаимодействия костной ткани с дентальными имплантатами.	6
5	Планирование проведения дентальной имплантации пациентам с сопутствующими заболеваниями.	6
6	Осложнения, возникающие при имплантации зубов. Ранние и поздние осложнения после дентальной имплантации. Методы устранения осложнений, встречающихся при дентальной имплантации.	6
	Всего	36

Самостоятельная работа по предмету ведется за пределами аудитории и в аудитории.

- демонстрировать практические и практические навыки учителей в симуляционных, симуляционных и имитационных залах, в дополнение к занятиям в классе, в количественном и качественном выполнении педагогического контроля и в овладении практическими навыками;

- количественное и качественное выполнение практических навыков, подтвержденных в внеклассной клинической службе в поликлиниках и медицинских учебных центрах медицинских вузов и в дежурных книжках;

- Участие в лечении пациентов с врачом или дежурным врачом;

- проведение опросов и лекций по санитарному просвещению среди населения;

- самостоятельное изучение некоторых теоретических тем через учебную литературу;

- подготовка информации (аннотации) по данной теме;

- работать и читать лекции по конкретной или научной литературе (монографии, статьи) по разделам или темам науки;

- решение ситуационных и клинических проблем;

- тематические исследования (тематические исследования, основанные на реальных клинических ситуациях и клинических ситуациях).

Самостоятельная работа студента это также:

- разработка и пополнение графических органайзеров;

- создание и удаление кроссвордов;

- Широкое использование презентаций и видеороликов при подготовке и самостоятельной работе и т. Д.

Курсовая работа по предмету
Курсовая работа не охватывается учебной программой.

VI. Основные и дополнительные учебники и источники

Основная литература

1. Кудратов Ш.Ш. Основы дентальной имплантологии. Учебное пособие. - Ташкент. Типография ТМА. 2019 год.
2. Гаффаров С.А., Ризаев Ю.А., Жилонов А.А., Садикова Г.К. Стоматология. Учебное пособие. - Ташкент. Урок Пресс. 2018 год.
3. Джилонов А.А., Кудратов Ш.Ш., Ярмухаммедов Б.Х. Дентальная имплантология. Методическая рекомендация. - Ташкент. GFMediagroup. 2008 г.

Дополнительная литература:

1. Стюарт Дж. Фрун. Осложнения зубного имплантата. Учебник. Вилли Блэквелл 2015.
2. Параскевич В.Л. Зубная имплантология. Учебник. Минск. Пропал без вести 2011.
3. НилимаАнил Малик, Учебник по хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии. JPBMP Отпечатано в Аджанте. 2008.
4. Карл Э. Миш. Современная имплантология. Третье издание. Учебник. 2008.
5. Принципы Петерсона в области челюстно-лицевой хирургии. Учебник. BC DeckorIncHamilton London.2004.
6. Юсев А.И., Ремов А.И. Дентальная имплантация. Учебное пособие для практических врачей. -Москва. Центр дентальной имплантации. 2004.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник. - Москва Медицина. 2003 г.
8. Робустова Т.Г. Имплантация зубов. Руководство для врачей. Хирургические аспекты. – Москва. Медицина. 2003 г.
9. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстнолицевой хирургии. - Москва. Медицина. 2000. Том 2
10. Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Ломакин М.В., Панин А.М. Стоматологическая имплантология. -Москва. Медицина. 2000.
11. Мирзиёев Ш.М. Мы строим наше великое будущее вместе с нашими смелым и благородным народом. Издательство "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2017 год.
12. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, строгая дисциплина и личная ответственность должны быть повседневными правилами

каждого лидера. Издательство "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2017 год.

13. Мирзиёев Ш.М. Вместе мы построим свободный и процветающий, демократический Узбекистан. Издательство "Узбекистан" агентства печати и информации Узбекистана. 2016 год.

Интернет-сайты:

1. www.e-stomatology
2. www.ziyonet.uz
3. www.edentwold
4. www.histolchuvashia.com
5. [донист fromru.com](http://донистfromru.com).
6. [каталог delovik.com](http://каталогdelovik.com)
7. www.dental.ru
8. www.stomatolog.ru
9. www.mediastom.ru
10. www.dentsplycis.com

Ситуационные вопросы:

1. Пациенту 40 лет. Вторичная адения в верхней челюсти 54 | 34. Был проведен внешний осмотр, устный осмотр, инструментальный осмотр и панорамная рентгенография.

Какие дополнительные рентгенограммы должны быть выполнены?

Ответ: Кроме того, панорамные фотографии должны быть сделаны прямыми и рядом друг с другом, поскольку они могут определить взаимосвязь альвеолярных дуг челюстей. Это не относится к общей ортопантограмме.

2. Пациенту 47 лет. 321 | 12 Вторичная адения в поле. Наружное обследование, обследование полости рта, рентгенология.

Кто еще может помочь с выбором и установкой имплантата?

Ответ: Более полное обследование может быть выполнено врачом-ортопедом. Это дает более четкую картину: взаимодействие челюсти и зубов, состояние жевательной системы и нижней челюсти, а также использование модели челюсти позволяет разрабатывать хирургические процедуры.

3. Пациенту 36 лет. Вторичная адения в нижней челюсти | 456. Решено поставить виниловый имплантат. Какие основные и дополнительные тесты могут быть сделаны, чтобы определить вероятность имплантации этого имплантата?

4. Пациенту 46 лет. Левая сторона имеет 123 надпочечников после травмы верхней челюсти. Имеются толстые слизистые оболочки и поперечные слизистые тяги.

1. Какие у вас планы по дентальной имплантации?

2. В этом случае я использовал аутоотсплантат

5. Пациенту 65 лет. Вторичный надпочечник в левой челюсти 567 Вертикальная атрофия альвеолярной кишки. Он обратился к врачу для имплантации.

1. Какие методы следует использовать для имплантации?

2. Что является наиболее важным элементом при выборе имплантата?

6. Пациенту 65 лет. Высокая челюсть 21 | Вторичная адения в 12 областях. При осмотре у больной наблюдалась атрофия альвеолярного отростка гортани преддверия.

1. Какие методы следует использовать для имплантации?

2. Можно ли выполнить операцию имплантации?

3. Какая операция планируется для имплантации?

7. Больной 33 года. Адения определяется в 4 областях правой челюсти. Осень закончилась, есть проверка. Во время операции врач выполнил: слизистая оболочка и костный мозг были прорезаны до кости, имплантат был скручен и рана была повреждена.

1. От какой стадии имплантации отказались?

2. Есть ли необходимость применять остеопластический материал?

8. Больной 40 лет. Вторичная адения в верхней челюсти 54 | 34. Был проведен внешний осмотр, устный осмотр, инструментальный осмотр и панорамная рентгенография.

Какие дополнительные рентгенограммы должны быть выполнены?

Ответ: Кроме того, панорамные фотографии должны быть сделаны прямыми и рядом друг с другом, поскольку они могут определить взаимосвязь альвеолярных дуг челюстей. Это не относится к общей ортопантограмме.

9. Пациенту 47 лет. 321 | 12 Вторичная адения в поле. Наружное обследование, обследование полости рта, рентгенология.

Кто еще может помочь с выбором и установкой имплантата?

Ответ: Более полное обследование может быть выполнено врачом-ортопедом. Это дает более четкую картину: взаимодействие челюсти и зубов, состояние жевательной системы и нижней челюсти, а также использование модели челюсти позволяет разрабатывать хирургические процедуры.

10. Пациенту 36 лет. Вторичная адения в нижней челюсти | 456. Решено поставить виниловый имплантат. Какие основные и дополнительные тесты могут быть сделаны, чтобы определить вероятность имплантации этого имплантата?

Полное обследование полости рта, пальпация, инструментальные методы: измерение толщины альвеолярного отростка, рентгенография, РКИ, МРТ и др.

11. Больной 45 лет. На верхних челюстях дефекты левого 5-6-7 зубов. Примеры коренных зубов в верхней челюсти и варианты подготовки зубных имплантатов.

Ответ: Рентгенограммы (стоматологические и панорамные рентгенограммы или КТ). Проведен анализ размеров и качества альвеолярной язвы и окклюзии, получение альдиаметра альвеолярной массы (толщина, высота относительно дна гамма-полости), измерение толщины слизистой оболочки.

Планируйте рост костей и синус-лифтинг по мере необходимости.

12. Пациенту 54 года. Нижняя челюсть дефектна по левым 5-6-7 зубам. Примеры коренных зубов в нижней части тела и варианты подготовки зубных имплантатов. Ответ: Рентгенограммы (стоматологические и панорамные рентгенограммы или КТ). Анализ размеров и качества альвеолярного роста и окклюзии, измерение размера альвеолярного отростка гортани (толщина, высота относительно нерва нижней конечности), измерение толщины слизистой оболочки.

При необходимости планируйте латерализацию костного мозга и нижних конечностей.

13. Больной 48 лет. Верхняя левая челюсть 123 зуба после травмы вторичной слизистой оболочки надпочечника

Каковы тактика и методы исследования для дентальной имплантологии?

А рентгенограммы, толщина верхней челюсти альвеолярной части о`lchash.Tortilgan слизистой слоя, и при необходимости удалить свободные о`sikni и костных имплантатов для костной ткани внутри о`stirish

14. Больной 46 лет. Полный надпочечник. Степень адгезии III альфа-полярного роста. Хирургические методы предоперационной подготовки малых зубных протезов

Ответ - вестибулопластика, альвеолопластика, синус-лифтинг при необходимости

ТЕСТ:

1. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 5-8 мм?
 - А. способ бокового открывания окна
 - Б. локализация полости дна (остеотомия)
 - В. лимфатический синус-лифтинг с помощью автоклава
 - Г. путем покраски передней стенки полости
 - Д. Инструкция против синус-лифтинга
2. Согласно Мишу Д. Какое качество кости встречается в передней части верхней челюсти:
 - А. D1
 - Б. D4
 - В. D2; D3
 - Г. D3; D4
 - Д. D1; D4
3. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 9-10 мм?
 - А. способ бокового открывания окна
 - Б. Полость приподнята локально (остеотомия).
 - В. Боковой пазух с аппликацией костной ткани
 - Г. путем покраски передней стенки полости
 - Д. все ответы верны
4. Оптимальное расстояние между верхней челюстью и полостью верхней челюсти:
 - А. 11 мм
 - Б. 12 мм или больше
 - В. 1 мм
 - 1,5 мм
 - Д. 7мм
5. При какой толщине субантральная кость используется для аутоиммунного подъема пазухи:
 - А. 6 мм
 - Б. 6-7мм
 - В. Если менее 5 мм
 - 5 ммАвтосинуклеус не используется при подтяжке D.sinus
6. Какие бывают виды подтяжки верхней челюсти?
 - А. способ бокового открывания окна
 - Б. Полость приподнята локально (остеотомия).
 - В. эндоскопический лифтинг через медиальную стенку
 - Г. все ответы верны
 - Д. покраска передней стенки полости

7. Какой диаметр слоя кости после удаления локализованной слизистой оболочки?

А. менее чем на 1 мм меньше диаметра имплантата

На 0,5 мм меньше диаметра имплантата

В. на 0,5 мм больше диаметра имплантата

Так же, как Г. имплантат

Д. менее чем на 2 мм меньше диаметра имплантата

8. Когда качество верхней челюсти микроскопа составляет D3, когда выполняется второй этап имплантации

А. 3 месяца

Б. 9 месяцев

В. 6 месяцев

Г. 4 месяца

Д. 1 месяц

9. Как долго после биосинтетического синус-лифтинга проводится имплантация:

А. 3 месяца

Б. 9 месяцев

В. 6 месяцев

Г. 4 месяца

Д. 2 месяца

10. Следующие правила должны соблюдаться при операции на костной пластине

А) достаточность мягкой текстуры

Б) облегчение удаления кости

В) сохранение лицевого гормона

Г) все правильные ответы *

11. Следующие рекомендации должны соблюдаться в устной текстуре полости рта:

А) Хорошая гигиена полости рта

Б) Артерия и вена сечены

В) Слизистая оболочка отделена костным мозгом

Д) Расположение мимических мышц учитывается

Г) все правильные ответы *

12. Остеопластика Техника полости рта является частью процедуры протезирования

А) Снятие экзостаза *

Б) санация полости рта

В) удаление подкожных и десен

Д) научить пациента правилам гигиены

Д) Френулотомия

13. Оральный пластиковый протез мягких тканей - это метод перед протезированием

А) Удаление экзостозов

Б) реабилитация полости рта

- В) удаление подкожных и десен
- Д) научить пациента правилам гигиены
- Д) френулотомия *

14. Техника остеопластики Полость рта является частью процедуры протезирования

- А) Поднимите верхнюю челюсть
- Б) Подкожное нервное вмешательство
- В) удлинение нижней челюсти
- Д) Френулотомия
- Г) расширение языка

15. Согласно Мишу Д. Какое качество кости находится в передней части верхней челюсти:

- A. D1
- B. D4
- V. D2; D3
- G. D3; D4
- D. D1; D4

16. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 5-8 мм:

- A. способ бокового открывания окна
- Б. локализация полости дна (остеотомия)
- V. лимфатический синус-лифтинг с помощью автоклава
- Г. путем покраски передней стенки полости
- D. Инструкция против синус-лифтинга

17. Какой метод синус-лифтинга используется, когда субантральная кость составляет 9-10 мм?

- A. способ бокового открывания окна
- В. Полость приподнята локально (остеотомия).
- V. Боковой пазух с аппликацией костной ткани
- Г. путем покраски передней стенки полости
- D. все ответы верны

18. Оптимальное расстояние между верхней челюстью и полостью верхней челюсти:

- A. 11 мм
- В. 12 мм или больше
- В. 1 мм
- 1,5 мм
- D. 7мм

19. При какой толщине субантральная кость используется для аутоиммунного подъема пазухи:

- A. 6 мм

Б. 6-7мм

У. Если менее 5 мм

5 мм

Автосинуклеус не используется при подтяжке D.sinus

20. Какие бывают виды подтяжки верхней челюсти?

А. способ бокового открывания окна

В. Полость приподнята локально (остеотомия).

У. эндоскопический лифтинг через медиальную стенку

Г. все ответы верны

Д. покраска передней стенки полости

21. Какой диаметр слоя кости после удаления локализованной слизистой оболочки?

А. менее чем на 1 мм меньше диаметра имплантата

Б 0,5 мм меньше диаметра имплантата

В. на 0,5 мм больше диаметра имплантата

Г. Так же, как имплантат

Д. менее чем на 2 мм меньше диаметра имплантата

22. Когда качество верхней челюсти микроскопа составляет D3, когда выполняется второй этап имплантации

А. 3 месяца

Б. 9 месяцев

У. 6 месяцев

Г. 4 месяца

Д. 1 месяц

23. Как долго после биосинтетического синус-лифтинга проводится имплантация:

А. 3 месяца

Б. 9 месяцев

У. 6 месяцев

Г. 4 месяца

Д. 2 месяца

24. Определите последовательность на I этапе операции на винтовых имплантатах:

1. Остеотомия коркового и каудального срезов в зависимости от диаметра имплантата

2. Рана на имплантате удалена

3. Слизистая оболочка и поверхность кости пересекаются до кости

4. Имплантат вставляется в область имплантата.

А. 4312; Б. 3142; У. 1234; Г.4321; Д.4231

25 Этапы автосинхронизации от передней части нижней челюсти (выберите неправильный ответ):

А. Нижняя челюсть в форме канала отрезана от внешней конечности, и слизистый сгусток кости изолирован.

Б. Удаление нижней конечности мышцы канала нижней челюсти

- В. Трансплантаты получают через сферические и трещинные отверстия
 - Г. латерализация нижних конечностей
 - Д. слизистая кость вводится в поверхность сетчатки и сшивается
- 1.А, D 2.В, G 3. V, G 4.А, G

26. Этапы трансплантации нижней челюсти

А. Сделан трапецеидальный разрез в свободных и прикрепленных деснах в центральных зубах.

Б. Расширить кортикальный слой кости и небольшую часть кости через широкую долото

В. Обрезка трансплантата нужного размера с использованием сферических или трещинных отверстий

Г. резекция корня центрального зуба

Д. Слизь вводится в поверхностную кость и прикрепляется к шву

1.АВVD 2.АVGD 3.АBGD 4.ВVGD

27. Какой тип имплантата не существует:

А. слизистая поверхность

Б. эндооссал

В. Subperiostal

Г. Боун

Д. эндоданто – эндооссал

28. Имплантаты для приема биомос не отличаются:

А. Боун

Б. Биоинерт

В. Биоактивный

Г. Биотолерант

Д. с Циркони

29. Нет имплантата костного мозга:

А. Раунд

Б. Винт

В. Цилиндрик

Г. в форме естественных зубов

Д. Пластина

30. Имплант не включает в себя:

А. часть короны

Б.

В. абатмент

Г. имплантат

Д. нет правильного ответа

31. Зубной имплантат не включает в себя:

А. Профилактика патологической деградации зубов

Б. распределение давления

- V. профилактика атрофии челюсти
- G. профилактика частичной потери зуба в адене
- D. база

32. Вы знаете, какие типы эндооссальных имплантатов?

- A. Конус
- Б. Ясси
- В. Баттон
- Г. Трубчатый
- D. Магнитный

33. Биоинертные типы имплантатов не включают в себя следующее:

- A. нержавеющая сталь
- Б. гидроксид алюминия, керамика
- В. сталь
- Г. титан
- D. диоксид циркония

34. Какая конструкция зубного имплантата не является частью отвертки

- A. Линкова
- Б. Бонифит
- V. Корея Vent
- Г. Астра Текс
- D. Контраст

35. Формирование кости и имплантата:

- A. остеоинтеграция
- Б. фиброинтеграция
- V. фибро-остеоинтеграция
- Г. все ответы верны
- D. все ответы неверны

36. Самая совершенная связь между костью и имплантатом:

- A. Кость
- Б. фиброз
- В. смешанный
- Г. мышечная
- D. Рубцы

37. Для сильной атрофии кости обычно используются следующие имплантаты:

- A. Под поверхностью костного мозга
- Б. плоский
- В. винт
- Г. цилиндр
- D. конусообразный

38. Местные рекомендации по дентальной имплантации:

- А. бруксизм
- Б. частичная связь
- В. полная близость
- Г. отсутствие фиксации растворимых протезов
- Д. атрофия челюсти

39. Предоставьте абсолютные рекомендации по дентальной имплантации:

- А. Аллергическая реакция на имплантацию материала
- Б. предраковые соединения
- В. гиперсаливация
- Г. гепатит
- Д. деформация оси роста

40. Какая процедура тестирования не проводится во время операции по имплантации зубов?

- А. Антропометрические измерения лица
- Б. томография
- В. Разработка диагностических моделей
- Г. ортопантограмма
- Д. клинические испытания

41. Следующие правила должны соблюдаться при операции на костной пластине

- А) достаточность мягкой текстуры
- Б) облегчение удаления кости
- В) сохранение лицевого гормона
- Г) все правильные ответы *

42. Следующие рекомендации должны соблюдаться в устной текстуре полости рта:

- А) Хорошая гигиена полости рта
- Б) Артерия и вена сечены
- В) Слизистая оболочка отделена костным мозгом
- Д) Расположение мимических мышц учитывается
- Г) все правильные ответы *

43. Остеопластика. Техника полости рта является частью процедуры протезирования

- А) Снятие экзостаза *
- Б) санация полости рта
- В) удаление подкожных и десен
- Д) научить пациента правилам гигиены
- Д) Френулотомия

44. Оральный пластиковый протез мягких тканей - это метод перед протезированием

- А) Удаление экзостозов
- Б) реабилитация полости рта
- В) удаление подкожных и десен

- D) научить пациента правилам гигиены
- D) френулотомия *

45. Техника остеопластики Полость рта является частью процедуры протезирования

- A) Поднимите верхнюю челюсть
- Б) Подкожное нервное вмешательство
- В) удлинение нижней челюсти
- D) Френулотомия
- Г) расширение языка

1) АВV * 2) VGD 3) AGD 4) BVG

46. Полость рта - это метод протезирования мягких тканей

- A) отрастить верхнюю челюсть
- Б) Подкожное нервное вмешательство
- В) удлинение нижней челюсти
- D) Френулотомия
- Г) расширение языка

1) GD * 2) АВ 3) AV 4) VG

Критерии оценки текущего контроля.

№	Успеваемость в (%) и баллах	Оценка	Уровень знания студента
1.	86-100	Отлично «5»	<p>Подводит итоги и принимает решения</p> <p>Творчески мыслит</p> <p>Самостоятельно анализирует</p> <p>Применяет на практике</p> <p>Проявляет высокую активность, творческий подход при проведении интерактивных игр</p> <p>Правильно решает ситуационные задачи с полным обоснованием ответа</p> <p>Понимает суть вопроса</p> <p>Знает, рассказывает уверенно</p> <p>Имеет точные представления</p>
2.	71-85	Хорошо «4»	<p>Применяет на практике</p> <p>Проявляет высокую активность при проведении интерактивных игр</p> <p>Правильно решает ситуационные задачи, но обоснование ответа не достаточно полно</p> <p>Понимает суть вопроса</p> <p>Знает, рассказывает уверенно</p> <p>Имеет точные представления</p>
3.	55-70	Удовлетворительно «3»	<p>Понимает суть вопроса</p> <p>Правильно решает ситуационные задачи, но не может обосновать ответ</p> <p>Знает, рассказывает уверенно</p> <p>Имеет точные представления по отдельным вопросам темы</p>
4.	0-54	Неудовлетворительно «2»	<p>Не имеет точного представления</p> <p>Не знает</p>

Основные и дополнительные учебники и источники

Основная литература

1. Кудратов Ш.Ш. Основы стоматологической имплантологии. Учебное пособие. - Ташкент. ТТАPress. 2019 год.
2. Гаффаров С.А., Ризаев Ю.А., Жилонов А.А., Садилова Г.К. Стоматология. Учебное пособие.- Ташкент. Урок Пресс. 2018 год.
3. Джилонов А.А., Кудратов Ш.Ш., Ярмухаммедов Б.Х. Зубная имплантология. Методические рекомендации. - Ташкент. GFMediagroup. 2008 г.

Дополнительный учебники:

1. Стюарт Дж. Фрун. Осложнения зубного имплантата. Учебник. Вилли Блэквелл 2015.
2. Параскевич В.Л. Зубная имплантология. Учебник. Минск. Пропал без вести 2011.
3. Нилима Анил Малик, Учебник по хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии. JPBMP Отпечатано в Аджанте. 2008.
4. Карл Э. Миш. Современная имплантология. Третье издание. Учебник. 2008.
5. Принципы Петерсона в области челюстно-лицевой хирургии. Учебник. BC Decker IncHamilton London.2004.
6. Юсев А.И., Ремов А.И. Имплантация зубов. Учебное пособие для практического врача. -Москва.Сентр имплантация зубных имплантатов. 2004.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Учебник. - москва Медицина. 2003 г.
8. Робустова Т.Г. Имплантация зубов. Руководство для врача. Аспекты хирургии. - москва Медицина. 2003 г.
9. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и хирургу-челюстику. - Москва. Медицина. 2000. Часть 2
10. Иванов С.Ю., Бизяев А.Ф., Ломакин М.В., Панин А.М. Зубная имплантология. - Москва. Медицина. 2000.
11. Мирзиёев Ш.М. Мы строим наше большое будущее вместе с нашими смелыми и благородными людьми. Издательство "Узбекистан" Узбекского агентства печати и информации. 2017 год.
12. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, строгая дисциплина и личная ответственность должны быть повседневной рутиной каждого лидера. Издательство "Узбекистан" Узбекского агентства печати и информации. 2017 год.
13. Мирзиёев Ш.М. Вместе мы построим свободный и процветающий, демократический Узбекистан. Издательство "Узбекистан" Узбекского агентства печати и информации. 2016 год.

Интернет-сайты:

1. www.e-стоматология
2. www.ziyonet.uz
3. www.edentwold
4. www.histolchuvashia.com
5. [донист fromru.com](http://донистfromru.com).
6. [каталог delovik.com](http://каталогdelovik.com)
7. www.dental.ru
8. www.stomatolog.ru
9. www.mediastom.ru
10. www.dentsplycis.com

Содержание

1.	Аннотация
2.	Учебные материалы
3.	Практические занятия
4.	Самостоятельная работа.....
5.	Глоссарий
6.	Образцовая программа.....
7.	Рабочая программа.....
8.	Раздаточные материалы.....
9.	Тесты.....
10.	Критерии оценивания.....
11.	Литература.....