

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА**

**Факультет: післядипломної освіти, курс стоматології  
Кафедра: ортопедичної стоматології  
Автор: к.мед.н., доц. Беляєва Л.Г.**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач курсом ФПО Чепель Л.І.**

**“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2023 р.**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

**Практичні заняття на кафедрі**

**Тема: Особливості обстеження зубощелепної системи в ортопедичній стоматології**

**ВІННИЦЯ-2023 р.**

Тривалість заняття: 2 годин

## 1. ТЕМА: Особливості обстеження зубощелепної системи в ортопедичній стоматології

### 1.1. Актуальність теми:

Виявлення симптомів захворювання, етіологічних і патогенетичних факторів хвороби у пацієнта, його фізичний і психоемоційний стан, ступінь характеру морфологічних і функціональних порушень можливі тільки при правильному клінічному дослідженні. Поєднання суб'єктивних даних і результатів об'єктивних методів дослідження дозволяють правильно поставити діагноз і відповідно запланувати комплекс лікувальних заходів, а так само дає нам можливість раціонального виготовлення тих чи інших зубних протезів.

**Загальна мета** — вміти обрати методи дослідження в ортопедичній стоматології, методику обстеження, заповнення історії хвороби, вміти проводити спеціальні та лабораторні методи дослідження.

Конкретні цілі	Вихідний рівень знань-умінь
<b>Вміти:</b>	
1. Планувати обстеження хворого в клініці ортопедичної стоматології	1. Провести обстеження і поставити діагноз у хворого.
2. Інтерпретувати результати клінічних та спеціальних (додаткових) методів дослідження	2. Провести діагностику системи захворювань зубощелепної системи.
3. Проводити диференціальну діагностику, формулювати попередній клінічний діагноз	3. На підставі отриманих даних сформулювати попередній діагноз захворювання.
4. Оволодіти клінічними прийомами виробу конструкцій протезів у конкретних хворих	4. Встановлення патогенезу та специфіки протікання хвороби. у даного хворого

### 1.2. Задачі для перевірки вихідного рівня знань

#### Задача № 1

Юнак призовного армійського віку проходить обстеження в клініці ортопедичної стоматології. Жувальну ефективність планується визначити за методом Рубінова. Якої ваги горіх слід дати досліджуваному?

- A. 0,8г
- B. 0,6г
- B. 0,7г
- Г. 0,3г

#### Задача № 2

Графічний метод вивчення жувальних рухів нижньої щелепи має назву:

- A. Артрографія
- B. Міографія
- C. Міотонометрія
- D. Мастикаціографія
- E. Реографія

#### Задача № 3

На прийомі у лікаря-ортопеда під час препарування зуба у пацієнта почався напад епілепсії.

Приступ був купований. Яку помилку допустив лікар?

- А. Не повністю зібрав анамнез
- Б. Порушив правила препарування
- В. Не використав загального знеболення
- Г. Не провів психологічну підготовку хворого
- Д. Не застосував один з видів місцевого знеболювання

**Задача № 4**

Хворий 25 років, звернувся в ортопедичне відділення зі скаргами на естетичний дефект в передньому відділі верхньої щелепи. На 12, 11, 21, 22 зубах є пломби з апроксимальної поверхні із враженням ріжучого краю. Поставте діагноз:

- А. Дефект коронки зуба 4 кл по Блеку
- Б. Дефект коронки зуба 5 кл по Блеку
- В. Дефект коронки зуба 2 кл по Блеку
- Г. Дефект коронки зуба 1 кл по Блеку
- Д. Дефект коронки зуба 3 кл по Блеку

**Задача № 5**

Хвора 45-ти років звернулася в ортопедичне відділення з приводу часткової адентії нижньої щелепи у боковій ділянці. Пацієнтка категорично відмовляється від препарування опорних зубів. Який метод обстеження є найбільш інформативним для вибору подальшого протезування?

- А. Комп'ютерна томографія
- Б. Прицільна рентгенографія
- В. Пальпація
- Г. Цефалометрична рентгенографія у боковій проекції
- Д. Одонтोпародонтографія

**Задача № 6**

Якою в середньому є відстань між верхніми і нижніми різцями дорослої людини при максимальному відкриванні рота?

- А. 7,5 см
- Б. 6 см
- С. 3-3,5 см
- Д. 4,5-5 см
- Е. Усе перелічене неправильне

**Задача № 7**

Лікарю стоматологу-ортопеду необхідно надати спеціалізовану допомогу пацієнту 40-ка років, який хворіє на СНІД. Медичний персонал кабінету при наданні ортопедичної стоматологічної допомоги даному пацієнту повинен керуватися положеннями діючого на даний час Наказу МОЗ України "Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію (СНІД)" від 27 травня 2000 року. Зазначте номер цього документу:

- А. 120
- Б. 220
- В. 150
- Г. 100

**Задача № 8**

Пацієнтка 38-ми років звернулася до лікаря-ортопеда зі скаргами на металевий присмак, сухість у роті та печію язика. Об'єктивно: на нижній щелепі дефекти зубних рядів заміщені паяними мостоподібними протезами із нержавіючої сталі. Який метод обстеження доцільно використати?

- А. Гальванометрія
- Б. Міографія

В.Мастікаціографія  
Г.Електроодонтометрія  
Д.Оклюдіографія

#### **Задача № 9**

Взаємовідношення між зубними рядами у стані центральної оклюзії називається:

- А. Патологічним прикусом
- В. Фізіологічним прикусом
- С. Прикусом
- Д. Станом фізіологічного спокою нижньої щелепи
- Е. Артикуляцією

#### **Задача № 10**

Пацієнт Б., 46 років, звернувся в клініку для профілактичного огляду щелепно-лицевої ділянки. Об'єктивно: передні зуби верхньої щелепи перекривають зуби нижньої щелепи на 3 мм. Щічно-мезіальний горбик верхніх перших молярів в центральній оклюзії розміщується між медіальним і дистальним щічними горбиками нижніх перших молярів. Який вид прикусу у даного пацієнта?

- А. Відкритий
- В. Прямий
- С. Ортогнатичний
- Д. Прогнатичний
- Е. Косий

### **1.3. Джерела інформації для поповнення вихідного рівня знань**

1. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія. Київ. 2003
2. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. - М.: Изд-во «Триада-Х», 1998. 496с.
3. Щербаков А.С. и соавт. Ортопедическая стоматология. –СПб.: Изд-во «Фолиант», 1999, -512с.

## **2. ЗМІСТ НАВЧАННЯ**

#### **Теоретичні питання:**

1. Які методи об'єктивного обстеження хворих існують в клініці ортопедичної стоматології.
2. У якій послідовності проводять об'єктивний огляд зубощелепної системи.
3. Як проводиться зовнішній огляд обличчя.
4. На які частини умовно ділиться обличчя, їх орієнтири.
5. Для чого проводять пальпацію СНЩС, лімфатичних вузлів, жувальних м'язів.
6. Як визначається ступінь відкривання рота, характер руху нижньої щелепи.
7. У якій послідовності визначають стан слизової оболонки порожнини рота.
8. На що звертають увагу при огляді ясен, твердого піднебіння.
9. Прикус, зубні дуги. Їх характеристика.
10. Послідовність і правила обстеження зубів в зубних рядах.
11. Визначення поняття діагнозу.
12. Складові діагнозу.
13. Основний діагноз в клініці ортопедичної стоматології.
14. Супутній діагноз.
15. Правила ведення історії хвороби. Документація в ортопедичній стоматології.

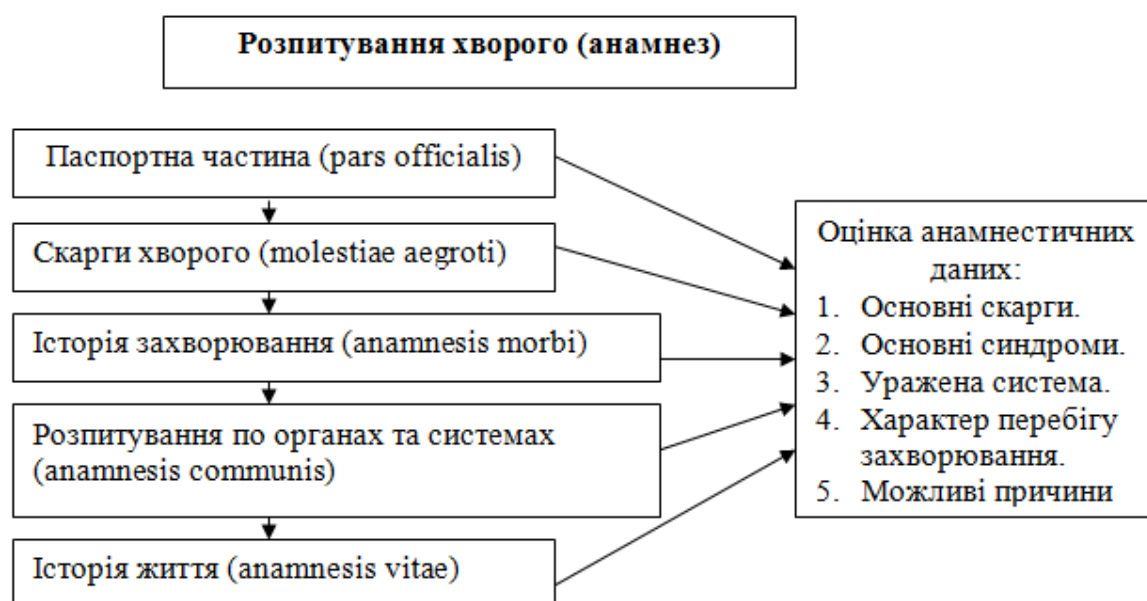
### 3. Основні джерела інформації

1. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія. Київ. 2003
2. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. - М.: Изд-во "Триада-Х", 1998. - 496с.
3. Щербаков А.С. и соавт. Ортопедическая стоматология. –СПб.: Изд-во «Фолиант», 1999, - 512с.

### 4. Допоміжні джерела інформації

1. Коваленко И.И., Неспрядько В.П., Симоненко В.С. Компьютерный анализ данных в стоматологической функциональной диагностике. - Киев, 1998. - 38 с.
2. Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е. Фантомный курс ортопедической стоматологии / под ред. проф. В.Н. Трезубова. - М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1999. - 344

### Діагностичний алгоритм до теми заняття



Діагностичний процес складається з етапів:

1. Виявлення суб'єктивних симптомів (анамнез).
2. Виявлення етіологічних моментів, викликавших захворювання.
3. Встановлення об'єктивних симптомів за допомогою різноманітних методів дослідження.
4. Виявлення морфологічних змін за допомогою клінічних та лабораторних методів дослідження.
5. Визначення функціональних змін шляхом лабораторних досліджень.
6. Встановлення нозологічної форми захворювання.
7. Встановлення патогенезу і специфіки протікання хвороби у данного хворого.
8. Встановлення діагнозу та введення історії хвороби

## **Причини звернення у клініку (скарги хворого)**

На початку бесіди необхідно уважно вислухати скарги хворого, його пояснення про причини виникнення і характер розвитку тих незвичних відчуттів (суб'єктивних симптомів), які його турбують. Установлені з розповіді хворого відомості допоможуть визначити коло питань, заснованих на виниклих перших припущеннях про характер захворювання. Своєчасне уточнення окремих моментів шляхом конкретно поставлених питань і відповідь на них визначають правильний напрямок опитування, що у свою чергу дозволить надалі обґрунтувати достовірність скарг і відчуттів хворого.

*Оформляючи цю графу історії хвороби, потрібно зазначити основні причини звернення в клініку. Залежно від патології хворі можуть пред'являти скарги на:*

- *утруднене пережовування їжі через відсутність декількох бічних або всіх зубів;*
- *неможливість відкушування їжі внаслідок відсутності передніх зубів;*
- *стертість або рухомість зубів;*
- *утруднене відкривання рота;*
- *наявність патологічних елементів на червоній каймі губ і слизовій оболонці порожнини рота;*
- *біль у яснах, слизовій оболонці, скронево-нижньощелепному суглобі, кровоточивість ясен;*
- *посилену слинотечу або навпаки - сухість у роті;*
- *печіння в язиці і на піднебінні;*
- *порушення смакових відчуттів;*
- *неприємний запах із рота;*
- *погану фіксацію знімного протеза;*
- *перелом базису знімного протеза;*
- *розцементування штучних коронок, штифтових зубів або мостоподібних протезів;*
- *зміну кольору штучних коронок або мостоподібних протезів (пластмасових, комбінованих);*
- *косметичний дефект, обумовлений ушкодженням або відломом значної частини природної коронки передніх зубів, аномальним їхнім положенням, зміною кольору;*
- *порушення мовлення через відсутність зубів або неправильно виготовлений протез і т.п.*

## **Анамнез наявного захворювання**

У процесі діалогу з хворим виявляються симптоми, що характеризують відхилення від фізіологічної норми і її варіантів. Проте, класичні прояви захворювань зустрічаються рідко, частіше спостерігаються різноманітні

відхилення і поєднання симптомів. Суттєву роль у зміні класичних схем симптоматики захворювань відіграє індивідуальна реакція організму. Саме реакція, що індивідуально проявляється на захворювання, обумовлює необхідність одержати вичерпні дані про виникнення і розвиток хвороби.

*Оформляючи цю графу історії хвороби, необхідно зазначити ранні прояви захворювання (коли, як і під впливом яких причин, на думку хворого, почалося захворювання), як розвивалося до моменту звернення в клініку (характер і особливості його перебігу), чи застосовувалося яке лікування (вид і обсяг), яка би. його ефективність (чи задовольняє хворого протез, якщо ні, то з яких причин).*

При повторному протезуванні варто з'ясувати, якими ортопедичними конструкціями користувався пацієнт (знімними або незнімними), як і відбулася адаптація, ступінь відновлення функції жування, естетики, фонетики чи не було неприємних відчуттів, пов'язаних із несприятливою дією протеза (сухість у роті, посилена слинотеча, печіння слизових оболонок щік, підбіння, «присмак металу» і т.д.). Якщо раніше були виготовлені протези (знімні) і пацієнт ними не користувався, то варто зазначити причини (негативний психологічний настрій, погана фіксація, неможливість пережовування їжі).

### **Анамнез життя**

На виникнення і характер суб'єктивних симптомів, що відчуються хворим, впливають соціальні і природні умови, стан здоров'я і життєві обставини.

У цьому розділі важливо з'ясувати місце народження, умови життя хворого, режим праці і побуту, характер харчування. Важливість кожного пункту анамнезу визначається клінічною картиною захворювання. Так, знання місця народження (проживання) допоможе визначити наявність «крайової» патології (ендемичні осередки) і пов'язані з цим флюороз, гіпоплазію й ін. Дані про режим харчування у період росту щелеп і характер жування допомагають зрозуміти причину різноманітних відхилень у формуванні зубощелепної системи і виникненні низки захворювань. У деяких хворих є спадкова схильність до певних хвороб зубощелепної системи. Місце роботи може обумовити розвиток професійної патології: підвищена стертість спостерігається у робітників кислотних цехів, вугільної і борошномельної промисловості; непереносимість протезів із пластмас - у робітників акрилового виробництва.

Усі ці чинники можуть впливати як на організм у цілому, так і на зубощелепну систему зокрема. У зв'язку з цим особливого значення набувають дані про перенесені захворювання, наявність загально-соматичних і спадкових хвороб, екологічну і виробничу шкідливість, звичні інтоксикації і шкідливі звички.

*Розповідь хворого і його відповіді на ці питання повинні бути внесені у відповідну графу історії хвороби.*

На підставі встановлених суб'єктивних і анамнестичних даних необхідно зробити попередній висновок про наявність тієї чи іншої форми

захворювання, дійти до певних припущень про характер хвороби. Виниклі внаслідок співбесіди з хворим припущення (гіпотези) будуть сприяти цілеспрямованому проведенню подальших досліджень і отриманню основних даних про захворювання.

### *Об'єктивне дослідження*

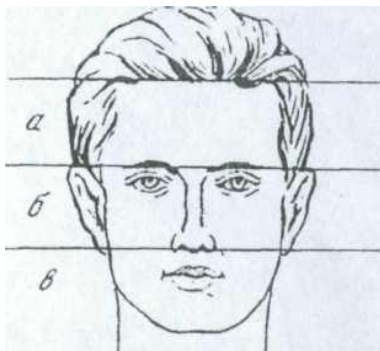
Об'єктивне дослідження хворого в клініці ортопедичної стоматології проводиться у визначеній послідовності за допомогою клінічних і спеціально додаткових) методів.

### **Клінічні методи обстеження**

Клінічні методи обстеження передбачають огляд обличчя, органів і тканин порожнини рота, мускулатури жувального апарату, скронево-нижньощелепного суглоба. Для виявлення патологічних змін в органах і тканинах щелепно-лицевої ділянки використовуються загальноклінічні прийоми: огляд, перкусія, пальпація, аускультація.

Здійснюючи клінічне обстеження, необхідно продовжувати опитування хворого, оцінюючи його реакцію на суб'єктивні відчуття.

**Огляд і дослідження обличчя.** Зовнішній огляд обличчя, зважаючи на етичні міркування, потрібно проводити під час розмови непомітно для хворого. У процесі обстеження вивчаються анатомічні характеристики, морфологічні і функціональні особливості обличчя .



*Поділ обличчя на три частини: а) верхня; б) середня; в) нижня.*

Оформляючи цю графу історії хвороби, слід зазначити: тип обличчя, симетричність правої і лівої половин обличчя, вертикальний розмір нижнього відділу обличчя, виразність підборідної і носогубних шкірних складок, стан шкірних покривів обличчя і шиї, співвідношення верхньої і нижньої губи, і положення кутів рота, розмір оголення зубів під час розмови і у посмішці, ступінь відкривання рота, виразність підщелепних і підборідних лімфатичних вузлів.

**Оцінка стану зубів.** Огляд і обстеження зубів необхідно проводити у визначеному порядку, починаючи з зуба мудрості одного боку до однойменного зуба іншого боку. При цьому, з якої щелепи починати огляд (верхньої або нижньої), напрямок огляду (справа або зліва), принципового значення не має.

Оформляючи цю графу історії хвороби, потрібно оцінити положення



кожного зуба, форму, колір, стан твердих тканин коронкової частини (наявність пломб і штучних коронок), стійкість зуба, співвідношення внутрішньоальвеолярної і зовнішньоальвеолярної його частини. Отримані дані записують у зубну формулу (рис.1)

П	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	Л
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	

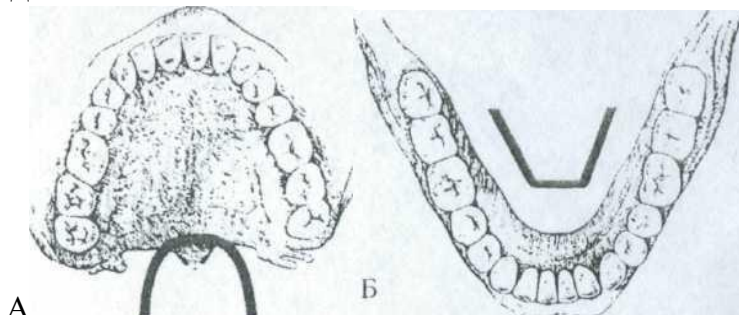
Рис. 1. Зубна формула (міжнародна схема): постійний прикус

**Оцінка стану зубних рядів.** Оцінку стану зубних рядів верхньої і нижньої щелеп проводять окремо, визначаючи при цьому форму зубних дуг, кількість наявних зубів, протяжність і топографію дефектів, заміщені або ні відсутні зуби протезами (їхня функціональна цінність), рівень оклюзійної поверхні, розташування зубів відносно оклюзійної площини. Для того, щоб правильно оцінити механізм руху нижньої щелепи, необхідно отримані дані про артикуляційні й оклюзійні співвідношення зубних рядів.

Оформляючи цю графу історії хвороби, необхідно зазначити таке:

**- форму зубних дуг.**

Зубні дуги верхньої та нижньої щелеп визначають вид прикусу. В ортогнатичному прикусі зубний ряд постійних зубів верхньої щелепи має форму напівеліпса, нижньої – параболи. При прямому прикусі верхні та нижні ряди мають форму напівеліпса, при біпрогнатичному прикусі фронтальний сегмент верхньої та нижньої щелеп витягується вперед. При фізіологічній прогенії (на фоні нормальної будови зубного ряду верхньої щелепи, має форму напівеліпса), фронтальна ділянка зубної дуги нижньої щелепи витягується вперед, а при фізіологічній прогнатії відмічаються зворотні співвідношення.



Верхній та нижній зубні ряди: А – у формі напівеліпса;  
Б – у формі параболи.

**- кількість наявних зубів.**

Розрізняють малі дефекти зубних рядів (відсутні від 1 до 3 зубів), середні дефекти (відсутні від 4 до 6 зубів), великі дефекти (відсутні понад 6

зубів) та повну відсутність зубів.

**- характер контактів між сусідніми зубами.**

В інтактних зубних рядах міжзубні контактні пункти у фронтальних зубах розташовані поблизу різального краю, а у бічних - поблизу поверхні змикання (жувальної). З віком контактні пункти стираються і замість них утворюються контактні площадки.

**- наявність, протяжність і топографію дефектів у зубному ряду.**

З метою систематизації варіантів дефектів зубних рядів запропоновано кілька класифікацій, серед яких найбільш поширеною є класифікація Кеннеді.

*Визначення дефектів зубних рядів за Кеннеді:*

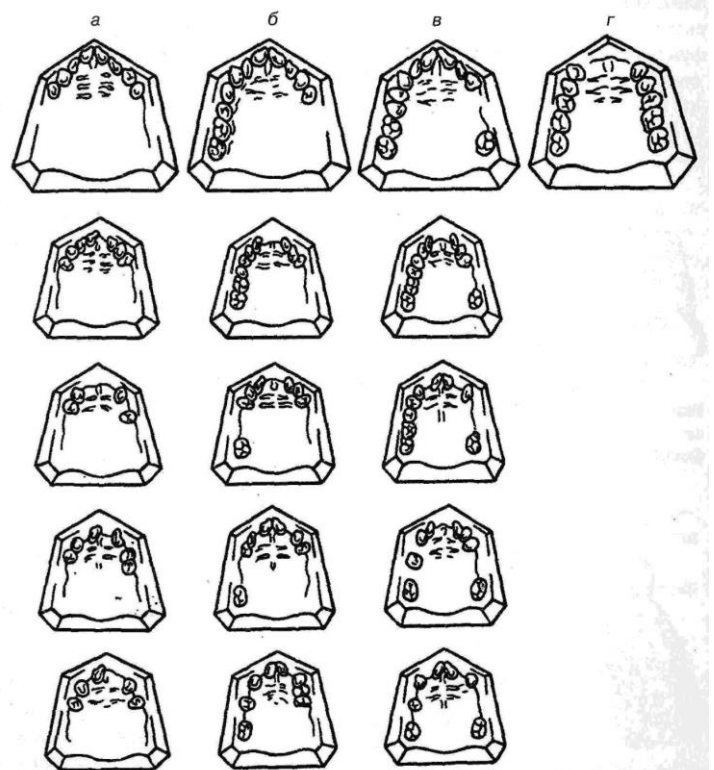
1. Двосторонній кінцевий дефект.
2. Односторонній кінцевий дефект.
3. Включений дефект у бічному відділі.
4. Включений дефект у передньому відділі.

Якщо у дузі є декілька різновидів дефектів, то зубний дефект належить до меншого за порядком класу.

Основною перевагою класифікації Кеннеді є її логічність і простота; що дає змогу відразу визначити вид дефекту і відповідну конструкцію протеза. Кожний клас може мати підкласи, які визначаються числом додаткових дефектів зубного ряду.

Applegate (1954) доповнив класифікацію Кеннеді, запропонувавши 8 правил її застосування:

1. Визначення класу дефекту не повинне передувати видаленню зубів, оскільки це може змінити попередньо встановлений клас дефекту.
2. Відсутній третій моляр не враховується у класифікації, якщо він не по винен замінюватися.
3. Наявний третій моляр повинен враховуватися у класифікації, якщо він повинен використовуватися як опорний зуб.
4. Відсутній другий моляр не враховується у класифікації, якщо він не повинен замінюватися.
5. Клас дефекту визначається залежно від найбільш дистально розташованої беззубої ділянки.
6. Додаткові дефекти розглядаються як підкласи і визначаються їхнім



Мал. 123. Схематичне зображення дефектів зубних рядів за Кеннеді: а — перший клас; б — другий клас; в — третій клас; г — четвертий клас

числом.

7. Величина додаткових дефектів не розглядається; враховується тільки їхнє число, яке визначається номером підкласу.
8. У IV класі немає підкласів. Беззубі ділянки, що лежать позаду від дефекту фронтальної ділянки зубів, визначають клас дефекту.

*Класифікацію за Бетельманом розподіляють на два класи :*

1. Кінцеві дефекти ( однобічні та двобічні).
2. Включені дефекти ( малі, середні та великі).

*Класифікація за Гавриловим розподіляють на чотири класи:*

1. Кінцеві дефекти (однобічні та двобічні).
2. Включені дефекти ( бічні, однобічні, двобічні, передні).
3. Комбіновані дефекти.
4. Щелепи з поодинокими зубами.

За наявності протезів докладно описують стан конструкцій.

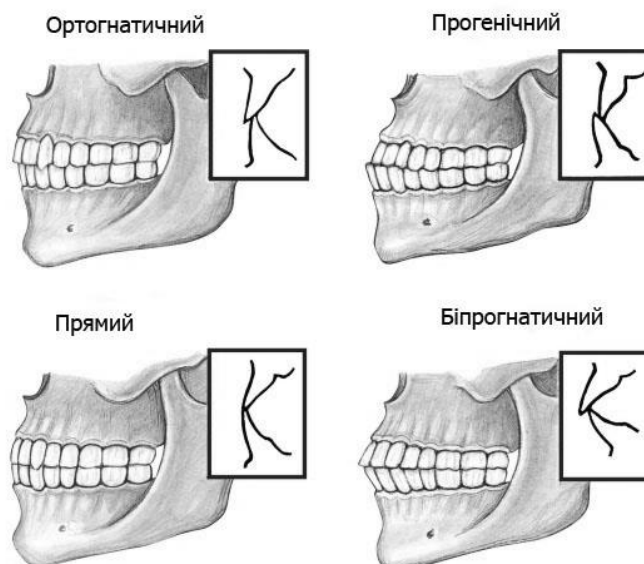
— **розташування зубів відносно оклюзійної площини.**

Окклюзійна площина - це площина проведена від різального краю центрального різця нижньої щелепи до вершини дистального щічного бугра другого (третього) моляра і середини ретромольярного пагорбка.

Зубний ряд нижньої щелепи в ортогнатичному прикусі розташовується по відношенню до оклюзійної площини таким чином: різальні краї різців, верхівки ікол та дистальний щічний бугор третього моляра торкаються цієї площини, перший та другий премолари і молари розташовані нижче площини

- **вид прикусу.**

Прикус- це співвідношення зубних рядів у положенні центральної оклюзії. Усі види прикусів поділяються на фізіологічні і патологічні.



До фізіологічних прикусів відносять ортогнатичний, прямий, фізіологічну біпрогнатію і фізіологічну опістогнатію

До патологічних прикусів належать прогнатія, прогенія, глибокий, відкритий, перехресний прикуси. Для патологічних прикусів характерне порушення як взаємовідношення зубних рядів, так і функції жування, мовлення та зовнішнього вигляду хворого.



### **Обліково-звітна документація в клініці ортопедичної стоматології**

Під час звернення населення в реєстратуру поліклініки реєстратор заповнює паспортну частину медичної картки стоматологічного хворого (ф. № 043/0).

Для обліку роботи лікарів стоматологів-ортопедів існують документи, що відображають її специфіку (ф. 037-1/0, 039-3/0, 039-4/0).

За результатами підсумку роботи всіх лікарів стоматологічного профілю за 12 міс заповнюється також таблиця "Робота стоматологічного кабінету", річного "Звіту лікувально-профілактичного закладу" (ф. 20).

### **Діагностичний процес в ортопедичній стоматології. Історія хвороби Постановка попереднього та остаточного діагнозу**

Термін	Визначення
Діагноз	(від гр. diagnosis - розпізнавання) - лікарське заключення у вигляді письмового висновку про суть і індивідуальний прояв захворювання або патологічного стану, виражене термінами, прийнятими в сучасних медичних номенклатурах і класифікаціях.
Основний діагноз	Це захворювання, яке само по собі або внаслідок свого ускладнення стало причиною звернення по медичну допомогу і на лікування якого була спрямована основна увага лікаря.

Ускладнення основного діагнозу	Це патологічні процеси і стани, патогенетично пов'язані з основним захворюванням, але ті, що формують якісно відмінні від його головних проявів клінічні синдроми, морфологічні і функціональні зміни.
Супутній діагноз	Наявні у пацієнта хвороби, не пов'язані з основним захворюванням етіологічно, патогенетично і що мають іншу номенклатурну рубрифікацію.

Щоб не припустити діагностики одного захворювання замість іншого, коли пацієнт страждає на декілька захворювань, слід обов'язково проводити диференційну діагностику. Цей метод ґрунтується на пошуках розходжень між кожним конкретним випадком і всіма можливими випадками (захворюваннями), що мають дуже схожий клінічний перебіг.

Початковим моментом диференційної діагностики є визначення головного або декількох головних симптомів, властивих тільки даному захворюванню. Порівнюючи досліджуваний випадок з іншими захворюваннями, зазначають подібність як за кількістю схожих симптомів, так і за характером їхніх проявів. Методом зіставлення, виявлення збігів або розбіжності симптомів і виділення основних (провідних) симптомів захворювання встановлюють діагноз.

*Оформляючи цю графу історії хвороби, важливо дати найбільш повне обґрунтування діагнозу, підтвердженого не тільки наявністю специфічних симптомів, їхнім поєднанням і патогенетичним взаємозв'язком, але і результатами диференційної діагностики з подібною патологією.*

## Оформлення діагнозу

Сутність діагнозу в клініці ортопедичної стоматології полягає в тому, що необхідно виділити основне захворювання, ускладнення основного захворювання і супутні захворювання (стоматологічні і загальносоматичні).

Основним вважається те захворювання, із приводу якого пацієнт звернувся в клініку і яке підлягає ортопедичному лікуванню. Воно звичайно є наслідком інших захворювань (карієс, його ускладнення, травма і т.д.) і проявляється порушенням (форми, цілісності зубів, зубних рядів або інших органів зубощелепної системи, а також їхньої функції).

До ускладнень основного захворювання варто віднести порушення, патогенетично пов'язані з основним захворюванням.

До супутніх стоматологічних захворювань належать ті, які повинні лікувати стоматологи інших профілів - терапевти, хірурги. Із загальних супутніх захворювань у діагноз вносяться ті захворювання, які варто враховувати у процесі ортопедичного лікування.

У першій частині діагнозу обов'язково вказуються морфологічні, функціональні та естетичні порушення (нозологічна одиниця, стадія хвороби, характер патологічного процесу і його локалізація, ступінь і характер функціональних

порушень), а також за можливості зазначається їхня етіологія.

Морфологічні порушення - це дефекти, деформації, аномалії елементів зубощелепної системи, дефекти зубів, дефекти і деформації зубних рядів або щелеп, аномалії прикусу, патологія пародонта, скронево-нижньощелепного суглоба, м'язів ротової і колоротової ділянки, язика, слизової оболонки й інших тканин порожнини рота.

Функціональні порушення - це порушення жування, ковтання, дихання і мовлення, а також тонусу та біоелектричної активності жувальної і мимічної мускулатури.

До естетичних порушень належать ті, що негативно впливають на зовнішній вигляд обличчя.

*Оформляючи цю графу історії хвороби, необхідно:*

- користуватися загальноприйнятою номенклатурою стоматологічних хвороб;
- вид дефекту коронки зуба визначати за класифікацією Блека;
- вид дефекту зубного ряду визначати за класифікацією Кеннеді;
- тип беззубих щелеп визначати за класифікаціями Шредера, Келлера;
- стан слизової оболонки протезного ложа беззубих щелеп визначати за класифікацією Суппле, Люнда;
- вказувати ступінь втрати жувальної ефективності за даними статичних або функціональних методів;
- вказувати наявність неповноцінних протезів, які підлягають заміні.

## **5. Завдання для перевірки досягнення конкретних цілей навчання**

### **Задача № 1**

Хворому Б., 39 років з генералізованим пародонтитом II ступеня при плануванні шинуючих конструкцій в клініці ортопедичної стоматології проводять дослідження витривалості пародонту до навантаження гнатодинамометром. Які анатомо-функціональні дані отримують при цьому методі?

- A. Податливість періодонту.
- B. Жувальну силу.
- C. Жувальну ефективність.
- D. Жувальний тиск.
- E. Тонус жувальних м'язів.

### **Задача № 2**

Який метод належить до статичних методів визначення жувальної ефективності?

- A. Усе неправильно
- B. Вивчення діагностичних моделей
- C. Метод Н.І.Агапова та І.М.Оксмана
- D. Фізіологічна жувальна проба за І.С.Рубіновим
- E. Мастікаціографія

### **Задача № 3**

Хвора Н., 52 роки, звернулася зі скаргами на утруднене пережовування їжі внаслідок втрати зубів на верхній щелепі зправа. Об'єктивно: Обличчя симетричне, шкіряні покрови звичайного кольору, регіонарні лимфовузли не пальпуються. Відсутні 14, 15, 16, 17 зуби.

Слизова оболонка в області цих зубів без видимих патологічних змін. Вкажіть втрату жувальної ефективності за Агаповим.

- A. 30%;
- B. 34%;
- C. 38%;
- D. 56%.
- E. 42%;

#### **Задача № 4**

Пацієнт Р., 42 р. звернувся в клініку ортопедичної стоматології з метою протезування. При об'єктивному обстеженні встановлено часткова відсутність зубів н/щ зліва III кл. за Кеннеді. Для відновлення правильних оклюзійних співвідношень проводилось вивчення бічних рухів н/щ. Який кут при цьому має бути найбільшим, а який найменшим?

- A. Кут Бенета найбільший, готичний кут найменший
- B. Кут Бенета і готичний кут мають бути рівними
- C. Співвідношення кутів бокових рухів н/щ не має значення
- D. Кут Бенета найменший, готичний найбільший
- E. Кут трансверзального різцевого шляху найменший, сагітального суглобового шляху найбільший

#### **Задача № 5**

У клініку звернувся пацієнт метою протезування незнімними мостоподібними протезами. Під час обстеження у лікаря з'явилась підозра на захворювання пародонту опорних зубів. Який додатковий метод обстеження вирішить остаточно питання застосування зубів для опори під мостоподібний протез?

- A. Мастикаціограма
- B. Електроміограма
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Перкусія
- E. Рентгенологічне дослідження

#### **Задача № 6**

Що називається жувальним тиском?

- A. Сила, що розвивається м'язами, які піднімають нижню щелепу для здійснення жування, відкушування їжі
- B. Абсолютна сила жувальної мускулатури
- C. Сила жувальних м'язів, обчислена відповідно до їх поперечного перетину
- D. Сила оклюзійного контакту зубів
- E. Максимальне скорочення жувальних м'язів

#### **Задача № 7**

Призовник 18 років обстежується у медичній комісії військкомату. Об'єктивно: відсутні 36 та 46 зуби. Яка жувальна ефективність за Агаповим?

- A. 80%
- B. 82%
- C. 76%
- D. 74%
- E. 78%

### Задача № 8

Електроміографія - це :

- A. Реєстрація міостатичного рефлексу
- B. Реєстрація тону жувальних м'язів
- C. Реєстрація функціонального перевантаження жувальних м'язів
- D. Реєстрація ступеню розтягнення, жувальних м'язів
- E. Реєстрація біопотенціалів жувальних м'язів

### Задача № 9

До лікаря ортопеда-стоматолога звернулась хвора В. 25 років з метою подальшого протезування незнімними конструкціями. Під час обстеження хворій було проведено рентгенологічне дослідження, під час якого хвора знаходилась у нерухомому стані, а рентгеновська трубка і касета з плівкою рухались у протилежних напрямках. Отримано зображення ділянки на певній глибині. Що за метод рентгенологічного дослідження застосовано?

- A. Томографія
- B. Позаротова рентгенографія
- C. Телерентгенографія
- D. Електрорентгенографія
- E. Зонорентгенографія

### Задача № 10

У хворого рухомість зубів I ступеня, зуби мають добре виражені горбки. Лікар рекомендує зробити оклюзійне пришліфовування зубів. Який метод найбільш об'єктивний для визначення топографії пришліфовування?

- A. Рентгенографія
- B. Мастикаціографія
- C. Оклюзіографія
- D. Гнатодинамографія
- E. Жувальна проба за Рубіновим



**Еталони відповідей:**

**Задачі для перевірки вихідного рівня знань:**

- 1.A
- 2.D
- 3.A
- 4.A
- 5.A
- 6.D
- 7.A
- 8.A
- 9.C
- 10.C

**Завдання для перевірки досягнення конкретних цілей навчання:**

- 1.D
- 2.C
- 3.C
- 4.D
- 5.E
- 6.A
- 7.C
- 8.E
- 9.A
- 10.C

## 6. Технологічна карта (план) практичного заняття

№	Етапи	Час (хв.)	Навчальні посібники		Місце проведення
			Засоби навчання	Устаткування	
1.	Визначення рівня підготовки до заняття	10	Тести для визначення рівня	-	Навчальна кімната
2.	Самостійна робота інтернів:	40		Комп'ютер (ноутбук)	
3.	Аналіз і корекція самостійної роботи інтернів • обговорення хворих • обговорення ситуаційних задач	20			
4.	Тестовий контроль	15	Тести за темою заняття		Навчальна кімната
5.	Обговорення і підведення підсумків заняття	5			

Оцінювання на практичному занятті проводиться стандартизовано. Відповідно до структури практичного заняття оцінюється самостійна робота та поточний тестовий контроль. За кожен з них виставляється окрема оцінка.

## Короткі методичні вказівки до роботи слухачів на практичному занятті

На початку заняття проводиться перевірка та корекція вихідного рівня знань-умінь, шляхом рішення тестових завдань (10 тестів формату А). Після самостійної роботи лікарем-інтерном здійснюється контрольний розбір кожної клінічної ситуації, акцентується увага на припущених помилках, аргументується вірна відповідь (10 тестових завдань для поточного контролю знань-умінь). До активної роботи з обговорення представлених у текстах клінічних ситуацій залучається вся група. Після цього проводиться демонстрація наочності за темою заняття. Потім лікарі-інтерни приступають до самостійної роботи — прийому хворих у клінічній залі (лікувально-діагностичних кабінетах) під контролем викладача.

Лікарі-інтерни залучаються також до консультації хворих; проводять опитування пацієнтів, уважно вислуховують усі скарги, цілеспрямовано збирають анамнез хвороби й життя, здійснюють огляд та інструментальні методи дослідження, виділяють ведучий клінічний синдром, за допомогою діагностичних алгоритмів проводять диференційну діагностику, аналізують результати додаткових методів досліджень. У результаті клінічного розбору за допомогою викладача й у присутності всієї групи встановлюються попередній та остаточний діагнози, намічається план подальшого обстеження, загального і місцевого лікування. При необхідності виписується направлення на додаткове дослідження, консультацію до іншого фахівця, рецепти, даються рекомендації хворому за методики терапії вдома. Після закінчення прийому хворих лікарі-інтерни заповнюють амбулаторну картку хворого, журнал щоденного обліку. Потім відбувається підсумковий тестовий контроль знань лікарів-інтернів (10 тестів), розбір та корекція допущених помилок.

Наприкінці заняття підводиться підсумок, виставляються оцінки.

Дати затвердження і перегляду методичної розробки	№ протоколу методичного засідання кафедри	Підпис зав. кафедри

**Підпис автора:** \_\_\_\_\_