МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

О. Б. Бєліков, О. І. Рощук, Н. І. Бєлікова,
О.С. Хухліна, Р.А. Левандовський

АЛГОРИТМИ

виконання практичних навичок

з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до єдиного державного кваліфікаційного іспиту, етап 2 спеціальність «Стоматологія»

Чернівці 2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

О. Б. Бєліков, О. І. Рощук, Н. І. Бєлікова, О. С. Хухліна
Р. А. Левандовський

АЛГОРИТМИ

виконання практичних навичок з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до єдиного державного кваліфікаційного іспиту, етап 2 спеціальність «Стоматологія»

Чернівці
2025

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
HIGHER EDUCATION INSTITUTION OF UKRAINE
BUKOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY

Oleksandr Belikov, Oleksandra Roshchuk, Natalia Belikova,
Oksana Khukhlina, Roman Levandovsky

ALGORITHMS

performance of practical skills in prosthetic dentistry, emergency conditions and solving clinical situational tasks in preparation for the Unified State Qualification Exam, stage 2, specialty "Dentistry"

Chernivtsi
2025

УДК 616.314-089.23(075.8)

Рекомендовано Вченою радою ЗВО Буковинського державного медичного університету МОЗ України, як навчальний посібник на електронному носії для здобувачів вищої медичної освіти галузі знань І – Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», спеціальності І1 – Стоматологія (протокол № 9 від 29.05. 2025 р.)

Рецензенти:

Ожоган Зіновій Романович – доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри ортопедичної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету.

Ніконов Андрій Юрійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

А 45 **Алгоритми** виконання практичних навичок з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до єдиного державного кваліфікаційного іспиту, етап 2 спеціальність «Стоматологія»: навчальний посібник на електронному носії під загальним редагуванням проф. О.Б. Бєлікова / О.Б. Бєліков, О.І. Рощук, Н.І. Бєлікова, О.С. Хухліна, Р.А. Левандовський. – Буковинський державний медичний університет. Чернівці. 2025. Видання 3-є із змін. та доп.− 317 с.

ISBN 978-617-519-181-1

У посібнику наведено алгоритми виконання практичних навичок, діаграми надання медичної допомоги при невідкладних станах у клініці ортопедичної стоматології. Для контролю засвоєння знань студентів наприкінці вміщені клінічні ситуаційні завдання формату Крок-2 Стоматологія в кількості 460 тестів, представлених за відповідною тематикою.

Посібник розрахований для навчання студентів стоматологічних факультетів, лікарів-інтернів, а також може бути корисний лікарям-стоматологам-ортопедам практичної охорони здоров'я.

The manual contains algorithms for performing practical skills, diagrams of medical care in case of emergency conditions in the clinic of prosthetic dentistry. In order to control the students' knowledge acquisition, the end of the textbook contains clinical situational tasks of the Krok-2 Dentistry format in the amount of 460 tests presented on the relevant topics.

The textbook is designed for teaching students of dental faculties, doctors-interns, and can also be useful for orthopedic dentists in practical health care.

УДК 616.314-089.23(075.8)

ISBN 978-617-519-181-1

© Бєліков О.Б., Рощук О.І., Бєлікова Н.І., Хухліна О.С.,. Левандовський Р.А., 2025

Автори:

Бєліков Олександр Борисович – професор закладу вищої освіти кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, доктор медичних наук, професор, дійсний член Української академії наук.

Рощук Олександра Ігорівна – завідувач кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, кандидат медичних наук, доцент.

Бєлікова Наталія Іванівна – доцент закладу вищої освіти кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, кандидат медичних наук, доцент

Хухліна Оксана Святославівна – завідувач кафедри внутрішньої медицини, фармакології та професійних хвороб Буковинського державного медичного університету м. Чернівці, доктор медичних наук, професор

Левандовський Роман Адамович – керівник приватної стоматологічної клініки доктора Р. Левандовського, м. Коломия, доктор медичних наук, доцент

ВСТУП

Перед закладами вищої освіти України стоїть завдання створення сучасної навчальної літератури українською мовою та впровадження її у навчальний процес. Таких видань, які б відповідали вимогам сучасних навчальних програм, сьогодні вкрай недостатньо.

Актуальність видання навчальних посібників для здобувачів вищої освіти зумовлена ще й тим, що за останні роки в Україні впроваджено єдиний державний кваліфікаційний іспит зі спеціальності «Стоматологія», метою проведення якого є встановлення рівня практичної підготовки випускника та його професійного вміння діагностувати, планувати, визначати тактику ведення та проведення відповідних маніпуляцій під час ортопедичного лікування, а також надати невідкладну допомогу при загрозливих для життя станах під час проведення стоматологічних маніпуляцій.

Пропонований посібник необхідний для максимальної активізації самостійної роботи студентів у підготовці до складання модуля з ортопедичної стоматології та єдиного державного кваліфікаційного іспиту зі «Стоматології».

Посібник повністю відповідає чинним типовій та робочій навчальним програмам з «Ортопедичної стоматології» для студентів стоматологічних факультетів закладів вищої медичної освіти та «Стандартам вищої освіти галузі знань І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення», другого освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» за спеціальністю І1«Стоматологія».

Основу видання складають методичні вказівки з алгоритмами практичних навичок з ортопедичної стоматології для студентів 5 курсу, складені згідно з протоколами, рекомендованими МОЗ України та з тематичним планом практичних занять.

У посібнику також висвітлена інформація з основних розділів діагностики невідкладних станів у клініці внутрішньої медицини, які можуть виникнути під час проведення стоматологічних маніпуляцій, і алгоритми надання невідкладної допомоги при загрозливих для життя станах.

Отже, навчальний посібник «Алгоритми виконання практичних навичок з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до єдиного державного кваліфікаційного іспиту, етап 2 спеціальність «Стоматологія»: є методичною основою для студентів-випускників при підготовці до практичних занять з ортопедичної стоматології, складання єдиного державного кваліфікаційного іспиту та підготовки до складання об'єктивного структурованого клінічного іспиту зі спеціальності «Стоматологія» і може бути рекомендований до впровадження у закладах вищої медичної освіти.

Автори з вдячністю приймуть усі зауваження і пропозиції щодо структури й змісту навчального посібника.

INTRODUCTION

Ukrainian higher education institutions are faced with the task of creating modern educational literature in the Ukrainian language and introducing it into the educational process. Today, there are not enough publications that meet the requirements of modern curricula.

The relevance of publishing textbooks for higher education students is also due to the fact that in recent years Ukraine has introduced a unified state qualification exam in the specialty “Dentistry”, the purpose of which is to establish the level of practical training of the graduate and his/her professional ability to diagnose, plan, determine the tactics of management and conduct appropriate manipulations during orthopedic treatment, as well as to provide emergency care in life-threatening conditions during dental manipulations.

The proposed manual is necessary to maximize the independent work of students in preparation for the module on orthopedic dentistry and the unified state qualification exam in “Dentistry”.

The manual fully complies with the current standard and working curricula for “Orthopedic Dentistry” for students of dental faculties of higher medical education institutions and “Standards of Higher Education in Knowledge Area I ‘Health Care and Social Security’, second master's degree in specialty I1 ‘Dentistry’.

The basis of the publication is methodical instructions with algorithms of practical skills in orthopedic dentistry for 5th year students, compiled in accordance with the protocols recommended by the Ministry of Health of Ukraine, and with a thematic plan of practical classes.

The manual also covers information on the main sections of diagnostics of emergency conditions in the clinic of internal medicine that may arise during dental manipulations, and algorithms for providing emergency care in life-threatening conditions.

Thus, the textbook “Algorithms for the implementation of practical skills in orthopedic dentistry, emergency conditions and solving clinical situational tasks in preparation for the Unified State Qualification Exam, Stage 2, specialty ‘Dentistry’: is a methodological basis for graduate students in preparation for practical classes in orthopedic dentistry, passing the Unified State Qualification Exam and preparation for passing an objective structured clinical exam in the specialty ‘Dentistry’ and can be a recommendation.

The authors will gratefully accept all comments and suggestions on the structure and content of the textbook.

КОМПЕТЕНТНОСТІ, ФОРМУВАННЮ ЯКИХ СПРИЯЄ НАВЧАННЮ:

1. інтегральні:

Здатність розв’язувати складні задачі і проблеми у галузі охорони здоров'я за спеціальністю «Стоматологія» у професійній діяльності або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій та характеризується невизначеністю умов і вимог.

2. загальні:

ЗК1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
ЗК2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
ЗК3. Здатність застосовувати знання у практичній діяльності.
ЗК4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.
ЗК6. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
ЗК7. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
ЗК8. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
ЗК9. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
ЗК10. Здатність бути критичним і самокритичним.
ЗК11. Здатність працювати в команді.
ЗК12. Прагнення до збереження навколишнього середовища.
ЗК13. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.
ЗК14. Здатність реалізувати свої права і обов’язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні.
ЗК15. Здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності і досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної області, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя.
ЗК16. Здатність ухвалювати рішення та діяти, дотримуючись принципу неприпустимості корупції та будь-яких інших проявів недоброчесності.

3. спеціальні (фахові, предметні):

СК1. Спроможність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
СК8. Спроможність виконувати медичні та стоматологічні маніпуляції.
СК14. Спроможність ведення нормативної медичної документації.
СК15. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.
СК17. Спроможність до правового забезпечення власної професійної діяльності.

КОМПЕТЕНТНОСТІ, ЯКІ ОЦІНЮЮТЬСЯ ЗГІДНО МАТРИЦІ ОСП(К)І.

- загальні:

ЗК2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
ЗК3. Здатність застосовувати знання у практичній діяльності.

- спеціальні (фахові):

СК7. Спроможність визначати тактику ведення пацієнтів із захворюваннями органів і тканин ротової порожнини та щелепно-лицевої ділянки з супутніми соматичними захворюваннями.
СК8. Спроможність виконувати медичні та стоматологічні маніпуляції.

СХЕМА
обстеження пацієнта стоматологічного профілю

І. Зовнішній огляд.

1. Порівняльний аналіз симетричності обличчя (асиметрія за рахунок набряку, новоутворень, відсутності органу чи його частин, парезу лицевих м'язів, розщелини верхньої губи, носа).

2. Визначення пропорційності обличчя (заниження нижньої третини обличчя за рахунок втрати міжальвеолярної висоти (втрата зубів, патологічне стирання, зміщення зубів при пародонтиті), завищення нижньої третини обличчя за рахунок неправильно виготовлених протезів, вираженість носогубних і підборідкової складок).

3. Визначення зовнішніх ознак прикусу (положення верхньої і нижньої губ, підборіддя, лінія змикання губ, відкрита ротова щілина).

4. Обстеження шкіри обличчя та червоної облямівки губ (тріщини, зроговіння, мацерації, новоутворення і т. ін.).

5. Пальпація кісток лицевого черепа та регіонарних лімфовузлів.

ІІ. Внутрішньоротовий огляд.

1. Огляд переддвер'я ротової порожнини (його глибина, точки прикріплення та довжина вуздечок верхньої і нижньої губ, бічних щічно-альвеолярних складок, стан слизової оболонки переддвер'я, верхньої та нижньої губ).

2. Обстеження м'яких тканин ротової порожнини: слизової оболонки альвеолярних відростків верхньої і нижньої щелеп, верхньощелепних горбів, твердого і м'якого піднебіння, торусу, крило-щелепних складок, дна ротової порожнини, ретромолярної ділянки, внутрішньої косої лінії, вуздечки язика, слизової оболонки щік, язика (окремо - стан слизової оболонки під знімними протезами).

3. Огляд зубів верхньої та нижньої щелеп (колір, форма, наявність дефектів твердих тканин, їх локалізація, наявність пломб та їх стан, щільність зубоясенного прикріплення (наявність кишені, її глибина), ступінь оголення коренів і рухомість зубів, кровоточивість ясен при зондуванні, наявність твердих і м'яких зубних відкладень, стан наявних у ротовій порожнині зубних протезів (цілісність, рівень фіксації, співвідношення з оточуючими тканинами).

4. Огляд зубних рядів (форма зубного ряду верхньої і нижньої щелеп, положення окремих зубів у зубній дузі (нахил в оральний чи вестибулярний боки, у бік дефекту зубного ряду, поворот по осі, супра- та інфраположення відносно протетичної площини), комплектність зубної дуги (наявність дефектів зубного ряду або надкомплектних зубів).

5. Визначення прикусу (характеру змикання зубних рядів у положенні центральної оклюзії), визначення міжальвеолярної висоти, виявлення передчасних контактів, характер рухів нижньої щелепи у скронево-нижньощелепному суглобі (симетрія, плавність, об'єм рухів).

АЛГОРИТМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

АЛГОРИТМ І
ОБСТЕЖЕННЯ В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

1.1. Провести обстеження пацієнта, встановити попередній та остаточний діагноз на підставі результатів обстеження (клінічних та лабораторних).

1. Матеріальне забезпечення*:* стоматологічне обладнання (стомат. установка, крісло), набір стоматологічних інструментів (пінцет, зонд, дзеркало, шпатель, лоток), серветка, дезінфекційні розчини, історія хвороби (картка пацієнта).

2. Базовий рівень знань: (з анатомії, фізіології, біохімії, гістології, патологічної анатомії, патологічної фізіології, фармакології, рентгенології, психології, терапії, пропедевтики ортопедичної стоматології, ортодонтії, терапевтичної стоматології, хірургічної стоматології);

Знати:

- класифікації за Блеком, Куриленко, Бетельманом, Кеннеді, Гавриловим, Суппле, Люндом та ін.;
- основні синдроми та симптоми в клініці ортопедичної стоматології;
- інтерпретацію результатів клінічних та спеціальних (лабораторних) методів обстеження.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

- показання до проведення загальносанаційної та спеціальної підготовки ротової порожнини до протезування;
- показання та протипоказання до проведення знеболення;
- показання та протипоказання до виготовлення конструкцій протезів та апаратів;
- показання до лікування патологічних станів жувального апаратуза результатами клінічних та спеціальних (додаткових) методів обстеження.

1. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю правильного виконання
1.	Посадити пацієнта в крісло. Відрегулювати підголівник. Відрегулювати робоче положення стоматологічної установки (положення крісла, світильник, плювальниця). Відрегулювати робоче місце лікаря, асистента (блок лікаря, асистента, стільці, встановити столик для інструментів). Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта. Доступ для виконання обстеження. Легкий доступ до робочої поверхні (до столика з інструментами, до блоків інструментів, до ротової порожнини). Захист одягу пацієнта.

2.	Підібрати інструменти для проведення огляду та скласти в лоток.	Наявність необхідних інструментів (дзеркало, пінцет, зонд, шпатель) для проведення обстеження.
3.	Познайомитись з пацієнтом (паспортна частина історії хвороби).	Лікар ознайомлений з професійними та побутовими умовами життя пацієнта.
4.	*Провести суб'єктивне обстеження* (скарги, анамнез, загальні захворювання, інфекційні захворювання, алергологічний статус та ін.), термін користування протезами.	Лікар ознайомлений з місцевими та загальними патологічними змінами в організмі пацієнта. Отримав інформацію щодо потреби пацієнта у протезуванні, наявність та терміни користування протезами.
5	*Провести об'єктивне клінічне обстеження :* Візуально оцінити зовнішньолицеві орієнтири, контури губ, стан шкіри, слизової оболонки. Пальпація лімфатичних вузлів **1** **2** **3** **4**	Виявлення патологічних змін у м'яких тканинах, альвеолярному відростку, патології прикусу, пошкодження зубів та зубних протезів. Пальпація лімфатичних вузлів, жувальних м'язів виявляє патологію в них. Проводять кінчиками злегка зігнутих пальців обох рук, обережно, легкими, плавними рухами визначають їх кількість, розміри, форму кожного вузла, щільність (консистенцію), рухомість (зміщуваність), наявність болючості, спаяності між собою, зі шкірою та оточуючими тканинами. Дотримуються певної послідовності. Спочатку пальпують *потиличні* (1) лімфовузли, які розташовуються в ділянці прикріплення м'язів голови і шиї до потиличної кістки. Потім переходять до пальпації *завушних*,(2) які знаходяться позаду вушної раковини на сосцеподібному відростку скроневої кістки. В ділянці привушної слинної залози пальпують *привушні(3)* лімфатичні вузли. *Підщелепні (4)*, які збільшуються при різних запальних процесах в ротовій порожнині, пальпують у підшкірній клітковині на тілі нижньої щелепи позаду жувальних м'язів (при пальпації ці лімфовузли

	5 Пальпація жувальних і додаткових м'язів 6 7 8 9 10	притискають до нижньої щелепи). *Підборідні (5)* - визначають рухом пальців рук ззаду наперед поблизу середньої лінії підборідної ділянки. При цьому просять хворого трохи нахилити голову вперед і фіксують її лівою рукою. Пальпація проводиться впоперек ходу м'язових волокон. У нормі м'язи повинні бути не гіпертрофованими, м'якими та піддатливими. Під час пальпації *m. masseter* (6) пацієнт сидить, закинувши назад голову (м'язи розслаблені). Пальпацію проводять легкими коловими рухами подушечками пальців по ходу м'язового волокна зверху вниз 5-7 разів. Дослідження *m. temporalis* (7) проводять поперечно-щипковою пальпацією в положенні сидячи. При пальпації *m. pterygoideus lateralis* (8) пацієнт займає напівсидячи положення, закинувши голову назад, з напіввідкритим ротом, зафіксованим вставкою. Пальпація задніх кінців обох головок м'яза, що лежать під жувальним м'язом, проводиться через отвір між вирізкою нижньої щелепи й вилицевою дугою. При пальпації нижньої головки через ротову порожнину палець рухається, ковзаючи у верхній задній кут защічного мішка, і тиск відбувається до середини. Пальпація *m. pterygoideus medialis (9)* проводиться з легким запрокидуванням голови обстежуваного. При зовнішній пальпації нижніх відділів м'яза палець підводять під нижню щелепу, ковзаючи ним по внутрішній поверхні щелепи від кута догори. Нижній кінець м'яза виявляється на 1 см вище кута нижньої щелепи та має вигляд

11

12

13

Пальпація скронево-нижньощелепного суглоба

14

15

ущільненої маси.
Пальпація середньої частини черевця (10) здійснюється через ротову порожнину безпосередньо за кістковим краєм гілки нижньої щелепи знаходиться черевце медіального крилоподібного м'яза.
Пальпація *груднино-ключично-соскоподібного м'яза* (11) (передня головка) визначається на відстані від соскоподібного відростка до внутрішнього краю ключиці при повороті голови в протилежний бік.
Пальпація двочеревцевого м'яза (12-13) (заднє черевце) здійснюється між гілкою нижньої щелепи і груднино-ключично-соскоподібним м'язом, його переднє черевце - збоку від серединної лінії дна ротової порожнини.
Встановивши пальці попереду від козлика вуха, просять пацієнта здійснювати рухи нижньої щелепи. Біль, відчуття хрусту, патологічна рухомість або повна відсутність рухів суглобової голівки говорять про захворювання суглоба.
Під час відкривання та закривання рота (14-15), а також при бічних рухах нижньої щелепи можна відчути кінчиками пальців наявність реципрокних клацань, або крепітації, що є ознакою раніше вправленого зміщення суглобового диску або артрозу.
Також оцінюють екскурсію голівок нижньої щелепи, яка може бути нормальною (до вершини суглобового горбика), надлишковою (при зміщенні головки до переду від горбика, іноді з характерним клацанням) або зниженою, коли рухи головки нижньої щелепи незначні і

	Обстеження органів ротової порожнини (зубів та зубних дуг, дефектів у них, визначення стану оклюзії, рухів нижньої щелепи, оцінка слизової оболонки ротової порожнини та щелепних кісток). Визначити відповідні синдроми та симптоми, провести диференційну діагностику.	визначаються у межах суглобової ямки. Визначення патологічних змін у функціонуванні жувального апарату. Визначення ступеня пошкодження зуба, стирання поверхні, рухомості. Визначається топографія та розмір дефекту зубного ряду, характер прикусу. Діагностування аномалій та деформацій. Диференційна діагностика симптомів та синдромів.
6.	Обґрунтувати та сформулювати синдроми, діагноз.	Сформулювати синдроми, діагноз.
7.	Провести інструментальне обстеження (перкусію, зондування, електрометрію, термометрію, рентгенографію (томографію, ортопантомографію, телерентгенографію), краніометрію, і лабораторне (гнатодинамометрія, визначення жувальної ефективності, електроміографія та ін.), жувальні проби. Як додатковий метод обстеження можна використати аналіз діагностичних моделей.	Перкусія визначає болісність зуба. Зондування дозволяє виявити ураження поверхні, глибину патологічної кишені. За допомогою пінцета можна визначити ступінь рухомості зубів. Рентгенологічне обстеження виявляє тяжкість перебігу патологічних процесів у кістковій тканині (остеопороз, атрофія, резорбція). Лабораторне обстеження визначає ступінь функціонування жувальної системи. За допомогою діагностичних моделей можна уточнити вид прикусу, глибину різцевого перекриття, характер змикання піднебінних і язикових горбків, провести різні вимірювання (ширина зубних дуг, розмір зубів і т. ін.). При деформаціях на діагностичних моделях можна також визначити: глибину зубоальвеолярного подовження, характер оклюзійної кривої, відношення окремих зубів до слизової оболонки беззубого альвеолярного відростка, характер медіального або дистального переміщення зубів (корпусне із нахилом), величину медіального або

		дистального переміщення, пункти, де виникає блокада рухів нижньої щелепи, рівень вкорочення зубів.
8.	Обґрунтувати та сформулювати етапи підготовки ротової порожнини до протезування.	Заплановано загальносанаційні та спеціальні заходи підготовки ротової порожнини до протезування.
9.	Повторний огляд хворого після проведення підготовки ротової порожнини до протезування. Постановка кінцевого діагнозу. Вибір конструкції протезів. Визначення плану лікування ортопедичного хворого.	Можливе виготовлення конструкцій протезів з метою відновлення естетики та функції. Сформульовано діагноз (етіологічний, анатомічний, функціональний). Обґрунтовано згідно з показаннями конструкцію протеза. Визначено послідовність виготовлення ортопедичних конструкцій.

Алгоритм виконання практичної навички

1.2. Запропонувати план підготовки ротової порожнини пацієнта до протезування.

1. **Матеріальне забезпечення:** історія хвороби, стоматологічне обладнання, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, гумова чашка, шпатель для замішування гіпсу, альгінатна маса, гіпс.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- основні принципи медичної етики та деонтології;
- показання до терапевтичної (спеціальної), хірургічної та ортопедичної підготовки ротової порожнини;
- топографо-анатомічні особливості ротової порожнини при повній відсутності зубів;
- топографо-анатомічні особливості ротової порожнини при наявності дефектів зубних рядів;

Вміти:

- обстежити хворого (пацієнта);
- трактувати функціональну анатомію зубощелепного апарата;

- обґрунтувати та формулювати попередній діагноз;
- встановлювати остаточний клінічний діагноз;
- оцінити та аналізувати основні, додаткові методи обстеження;
- виразити їх у класифікаціях патологічних станів органів ротової порожнини;
- запропонувати план підготовки ротової порожнини до протезування;
- пояснити методи підготовки ротової порожнини.

3. Показання та протипоказання щодо проведення стоматологічних маніпуляцій:

- психоемоційна підготовка;
- санація ротової порожнини;
- аналіз наявних у пацієнта зубних протезів та показання до виготовлення;
- порушення оклюзійно-артикуляційних співвідношень;
- підготовка до протезування;
- профілактичні огляди;
- соціальна реабілітація.

4.Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю правильного виконання
1.	Правильно посадити пацієнта в крісло.	Голова пацієнта на рівні плеча або ліктя лікаря.
2.	Дотримуватись правильної позиції лікаря біля крісла та при користуванні стоматологічними інструментами.	Лікар розміщується перед пацієнтом з правого боку, інструменти у правій та лівій руках.
3.	Ретельно зібрати анамнез та обстежити пацієнта, заповнити історію хвороби.	Зібраний анамнез відображає етіологічну, анатомічну та функціональну частини діагнозу.
4.	Визначити необхідні додаткові методи обстеження та провести їх оцінку.	Метод обстеження повинен дати відповідь на сумнівне питання при обстеженні пацієнта та подальших діях лікаря: - можливість використання кореня зуба в протезуванні (ступінь якості пломбування кореня або резекції верхівки кореня зуба при наявності патологічних змін), рентгенологічні методи при захворюваннях тканин пародонта - одонтопародонтограма; - порушення оклюзійно-артикуляційних співвідношень та роботи скронево-нижньощелепного суглоба - оклюдограма, електроміографія, комп’ютерна

		томографія, рентгенографія та ін.; - супраконтакти, травматичні вузли - оклюдограма.
5.	Отримати анатомічні відбитки для виготовлення діагностичних моделей.	Відображення анатомічних утворень, мікро- та макропротезування протезного ложа, сформовані краї відбитка.
6.	Вивчити діагностичні моделі.	Відображення клінічної ситуації на моделях та підтвердження плану підготовки ротової порожнини в оклюзійному співвідношенні.
7.	Провести загальнооздоровчі заходи ротової порожнини.	Відсутність зубного нальоту та зубних відкладень, блідо-рожева слизова оболонка.
8.	Вибрати показання до різних видів спеціальної підготовки ротової порожнини до протезування: - терапевтичної (санація ротової порожнини, види показань до депульпування зубів, визначення придатності коренів зубів, використання фізметодів); - хірургічної (гінгівотомія, видалення коренів зубів, видалення зубів при пародонтиті та поодиноко розташованих зубів, екзостозів, резекція та пластика альвеолярного відростка, тяжів та рубців слизової оболонки, поглиблення переддвер'я ротової порожнини); - ортопедичної (зішліфовування, апаратний метод підготовки, ортодонтичний, комбінований).	Пацієнт згідний з планом підготовки ротової порожнини. Правильно вибраний метод підготовки ротової порожнини і проведення за ним усіх заходів створюють оптимальні умови для майбутніх функціонально-повноцінних протезів. Оцінка зубів та коренів зубів, що залишилися, видалення зубів з III ст. рухомості, коренів зубів, що не підлягають консервативному лікуванню, атипово розташованих зубів тощо. Вирівнювання оклюзійної поверхні окремих зубів і всього зубного ряду - критерій успішного протезування і повної соціальної реабілітації.
9.	Провести психологічну підготовку пацієнта (узгодити план проведення заходів з підготовки ротової порожнини), фармакологічна корекція за потребою.	Пацієнт з планом підготовки ротової порожнини ознайомлений та згідний.

Алгоритм виконання практичної навички

1.3. Запропонувати план ортопедичного лікування

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка; набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд), розчин «Стериліум» для дезінфекції рук, серветка, розчин $KMnO_4$, результати клінічних та допоміжних методів обстеження (рентгенографія, електроміографія, електроодонтометрія) та ін., діагностичні моделі.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Мати знання:

- з нормальної анатомії, гістології, фізіології, пропедевтики ортопедичної стоматології;
- з патологічної анатомії та патологічної фізіології;
- з рентгенології.

Знати:

- класифікації дефектів коронкової частини зубів (за Блеком, Куриленко, міжнародну);
- класифікації дефектів зубних рядів (за Кеннеді, Бетельманом, Гавриловим);
- класифікацію атрофії беззубих ділянок щелеп при частковій втраті зубів за Ельбрехтом;
- класифікації атрофії щелепних кісток (за Шредером, Келером, Дойніковим, Оксманом);
- класифікації стану слизової оболонки (за Суппле, Люндом, Гавриловим);
- види ортопедичних конструкцій і способи їх виготовлення;

Вміти:

- провести збір анамнезу, обстежити ротову порожнину.

3. Показання і протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- клінічна ситуація у даного хворого;
- проведена загальна і спеціальна підготовка ротової порожнини до протезування;
- соціально-професійна необхідність;
- естетичні вимоги;
- ортопедичне лікування після хірургічних втручань в щелепно-лицевій ділянці.

2. Відносні протипоказання:

- наявність гострої судинної патології;
- специфічні та неспецифічні інфекційні захворювання;
- алергічні реакції і алергічні стани;
- передракові та ракові захворювання;
- гострі та хронічні захворювання слизової оболонки.

4.Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити дані клінічного стану підготовки до протезування Терапевтична підготовка: - зняття зубних відкладень; - лікування карієсу; - лікування ускладнень карієсу (пульпіт, періодонтит); - лікування захворювань слизової оболонки. Хірургічна підготовка: - видалення коренів і зубів, які не підлягають лікуванню; - видалення екзостозів, рубців, тяжів слизової оболонки; - поглиблення переддвер'я і дна ротової порожнини. Ортопедична підготовка: - вирівнювання оклюзійної площини.	 Зубні відкладення відсутні. Каріозні порожнини запломбовані. Вилікувані ускладнення карієсу за результатами R-знімків, пломбування коренів зубів. Захворювань слизової оболонки немає. Зуби і корені, які не підлягають лікуванню, видалені. Відсутні екзостози, рубці і тяжі слизової оболонки. Переддвер'я і дно ротової порожнини поглиблені. Оклюзійна площина вирівняна за допомогою ортопедичних кап, знімних протезів чи комбінованим методом.
2.	Знати види ортопедичних конструкцій для проведення ортопедичного лікування. 1. Патологія твердих тканин зубів: - некаріозні ураження; - аномалія форми, кольору, положення; - травматичний дефект коронкової частини зуба. - 2. Повний дефект коронкової частини зуба. 3. Часткова відсутність зубів: - включені дефекти, що обмежені дистально стійкими зубами.	 Вкладки (композитні, керамічні), вініри; Штамповані коронки; Литі коронки; Литі комбіновані коронки; Композитні коронки; Пластмасові коронки. Штифтові зуби; Штифтові суцільнолиті коронки; Литі куксові вкладки; Розбірні куксові вкладки. Мостоподібні протези: Штамповано-паяні; Безпаєчні; Суцільнолиті; Суцільнолиті комбіновані.

	4. Дефекти зубних рядів кінцеві, односторонні чи двосторонні;множинні включені дефекти зубного ряду.	Часткові знімні пластинкові протези; Часткові знімні протези з металевим базисом; Часткові знімні протези із термопластів; Бюгельні протези з різними опорними і фіксуючими елементами.
	5. Повна відсутність зубів.	Повні знімні протези: - з пластмасовим базисом; - без піднебіння; - зі штучними яснами; - з постановкою штучних зубів «на дотику» та альвеолярними кламерами або пелотами; - з металевим базисом.
3.	Послідовність дій при виконанні ортопедичного лікування.	Критерії контролю виконання.
4.	Аналіз клінічної ситуації. 1. Вибір ортопедичної конструкції. 2. Препарування зубів: - оцінити об'єм твердих тканин, що знімаються; - форма кукси зуба; - висота кукси зуба. 3. Вибір відбиткової маси і способи отримання відбитку: - двошарова двоетапна методика; - двошарова одноетапна методика; - «Ізолююча» (wash) методика; - одноетапний метод (монофаза).	Клінічна ситуація в ротовій порожнині даного пацієнта. Аналіз показань і протипоказань. Знято твердих тканин зубів з урахуванням товщини майбутньої конструкції. Форма кукси зуба повторює його анатомічну форму. Врахована біомеханіка незнімних конструкцій. Відсутність: - деформації відбитка; - відриву відбитка від ложки; - відтяжок відбитка; - пор у відбитку; - відшарувань коригуючої маси від базового шару; - достатня товщина країв відбитка.
4.	4. Оцінка робочих моделей.	Відсутність: - деформацій моделі; - пор, виступів, нашарувань; - повинна точно відображати оклюзійну поверхню зубів і тканин протезного ложа; - виготовлена розбірна модель із супергіпсу;

		- відсутність рухомості штампиків.
5.	Оцінка виготовлення ортопедичної конструкції.	Конструкція легко встановлюється на модель; - прилягає до уступів, відповідає межам уступу; - відсутнє балансування конструкції; - відповідає межам протеза; - перебуває в контакті з антагоністами і зубами, розташованими поруч; - ретельно відполірована.
6.	Оцінка ортопедичної конструкції в ротовій порожнині пацієнта.	Конструкція відповідає межам протезного ложа; - відсутня травма тканин маргінального пародонта чи слизової оболонки альвеолярного відростка; - не завищує прикус; - не перешкоджає нормальним оклюзійним рухам; - відповідає естетичним і функціональним вимогам пацієнта.
7.	Аналіз методу фіксації конструкції.	Вибір виду фіксуючого цементу. Правильна підготовка матеріалу для фіксації. В знімних протезах оцінка якості фіксації (на кламерах, телескопічних, замкових кріпленнях).
8.	Рекомендації на період адаптації до протезів.	Рекомендації по догляду та експлуатації протеза.
9.	Корекція протезів.	Аналіз, виявлення та усунення травмуючих факторів на протезі.

АЛГОРИТМ ІІ
ОТРИМАННЯ ВІДБИТКА

2.1. Анатомічний відбиток альгінатним матеріалом

1. Матеріальне забезпечення: Набори стандартних відбиткових ложок для верхньої та нижньої щелеп (металевих або пластмасових перфорованих). Гумова колба. Металевий або пластмасовий шпатель. Вода. Альгінатний відбитковий матеріал «Ypeen» (Дентал-Спофа, Чехія). Розчин антисептика: 2% розчин глютаральдегіду 300 мл, 0,5 % розчин гіпохлориту натрію 300 мл.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- етапи обстеження пацієнтів та постановки діагнозу;

- класифікацію груп дефектів зубних рядів;
- визначення «анатомічних відбитків»;
- класифікацію відбиткових матеріалів;
- етапи отримання анатомічних відбитків з нижньої та верхньої щелеп;
- ускладнення при отриманні відбитків і заходи запобігання їх, та надання необхідної допомоги пацієнту;
- анатомо-фізіологічні особливості будови верхньої та нижньої щелеп.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

а) при наявності зубів на щелепах:
- для виготовлення поодиноких коронок та мостоподібних протезів;
- для виготовлення діагностичних моделей;
- для виготовлення назубних кап;
- для виготовлення щелепно-лицевих апаратів;
- як допоміжні відбитки;

б) при беззубих щелепах:
- для виготовлення жорстких індивідуальних ложок.

2. Протипоказання:

а) абсолютні:
- пов’язані з психічними захворюваннями;

б) відносні:
- підвищений блювотний рефлекс;
- погане самопочуття;
- інфекційні захворювання;
- хронічні захворювання слизової оболонки ротової порожнини в стадії загострення.

Порядок виконання:
- підбір стандартної відбиткової ложки;
- підготовка її до зняття відбитка;
- приготування відбиткового матеріалу;
- нанесення матеріалу на ложку;
- внесення ложки в ротову порожнину, формування країв відбитка;
- структуризація відбиткового матеріалу;
- виведення відбитка з ротової порожнини;
- оцінка відбитка.

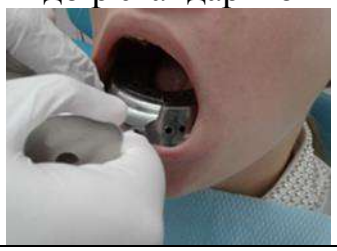
2.1.1.Алгоритм виконання практичної навички
Одержання анатомічного відбитка альгінатним матеріалом з верхньої щелепи для виготовлення діагностичної моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.

2.	Підготовка ложки до зняття відбитка.	У зв'язку з тим, що альгінатні відбиткові матеріали не мають адгезії до матеріалу відбиткової ложки, стандартна ложка повинна бути перфорована або її край окантований смужкою пластиру. Для покращення адгезії застосовують спеціальні адгезиви. Пластмасові стандартні ложки можна коректувати (пришліфовувати) по краю так, щоб вони не травмували перехідну складку в момент отримання відбитка. Стандартну ложку можна індивідуалізувати в ділянці перехідної складки та твердого піднебіння відбитковим воском.
3.	Приготування відбиткового матеріалу	За допомогою мірника для порошку з комплекту відмірюють потрібну кількість порошку (2-3 мірники), висипають у суху гумову колбу, додають відповідну кількість води (згідно з інструкцією фірми-виробника) та інтенсивно перемішують шпателем до отримання однорідної маси.
4.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю - мінімальну кількість матеріалу.
5.	Накладання ложки на щелепу фантома, формування країв відбитка.	Ложку накладають на верхню щелепу, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: спочатку ззаду, потім – в передньому відділі для профілактики обтураційної асфіксії. Притримуючи ложку однією рукою, другою проводять пасивне оформлення країв відбитка за допомогою кругових рухів верхньої губи і щік.

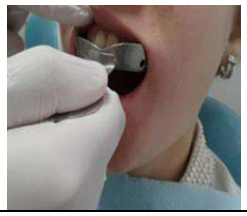
6.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація альгінатного матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3- 5 хв залежно від температури води для замішування і навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
7.	Зняття ложки з відбитковою масою із щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
8.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
9.	Дезінфекція відбитка.	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 2% розчині глютаральдегіду.

2.1.2.Алгоритм виконання практичної навички
Одержання анатомічного відбитка альгінатним матеріалом з нижньої щелепи для виготовлення діагностичної моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки. 	Правильно підібраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.
2.	Приготування відбиткового матеріалу	За допомогою мірника для порошку з комплекту відмірюють потрібну кількість порошку (2-3 мірники), висипають у суху гумову колбу, додають відповідну кількість води (згідно з інструкцією фірми-виробника) та інтенсивно перемішують шпателем до отримання однорідної маси.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу вносять на ложку дещо вище бортів, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу.
4.	Накладання ложки на щелепу фантома, формування країв відбитка.	Ложку накладають на нижню щелепу, одночасно імітують піднімання язика пацієнта до піднебіння, потім ложку орієнтують по зубному ряду і притискають до щелепи вказівними і великими пальцями обох рук, спочатку спереду, потім ззаду.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація альгінатного матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3- 5 хв залежно від температури води для замішування і навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.

6.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
7.	Оцінка відбитка. 	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
8.	Дезінфекція відбитка. 	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 2% розчині глютаральдегіду.

2.1.3.Алгоритм виконання практичної навички
Одержання анатомічного відбитка альгінатним матеріалом з беззубої верхньої щелепи

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки. 	Правильно підібраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.

2.	Підготовка ложки до зняття відбитка.	У зв'язку з тим, що альгінатні відбиткові матеріали не мають адгезії до матеріалу відбиткової ложки, стандартна ложка повинна бути перфорована або її край окантований смужкою пластиру. Для покращення адгезії застосовують спеціальні адгезиви. Пластмасові стандартні ложки можна коректувати (пришліфовувати) по краю так, щоб вони не травмували перехідну складку в момент отримання відбитка. Стандартну ложку можна індивідуалізувати в ділянці перехідної складки та твердого піднебіння відбитковим воском.
3.	Приготування відбиткового матеріалу	За допомогою мірника для порошку з комплекту відмірюють потрібну кількість порошку (2-3 мірники), висипають у суху гумову колбу, додають відповідну кількість води (згідно з інструкцією фірми-виробника) та інтенсивно перемішують шпателем до отримання однорідної маси.
4.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю - мінімальну кількість матеріалу.
5.	Накладання ложки на щелепу фантома, формування країв відбитка.	Ложку накладають на верхню щелепу, орієнтують по альвеолярному відростку і притискають до протезного ложа: спочатку ззаду, потім – в передньому відділі для профілактики обтураційної асфіксії. Притримуючи ложку однією рукою, другою проводять пасивне оформлення країв відбитка за допомогою кругових рухів верхньої губи і щік.

6.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація альгінатного матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3- 5 хв залежно від температури води для замішування і навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
7.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
8.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення альвеолярного відростку повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
9.	Дезінфекція відбитка.	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 2% розчині глютаральдегіду.

Алгоритм виконання практичної навички

2.2. Отримання повного анатомічного відбитка силіконовим матеріалом

1. Матеріальне забезпечення: Набори стандартних відбиткових ложок для верхньої та нижньої щелеп (металевих або пластмасових перфорованих). Металевий або пластмасовий шпатель. С-силіконовий відбитковий матеріал «Speedex» (Coltene, Швейцарія) 140 мл туба – 1 шт. А- силіконовий відбитковий матеріал «Vonflex-S» (Vericom, Південна Корея). Розчин антисептика: 2% розчин глютаральдегіду 300 мл, 0,5 % розчин гіпохлориту натрію 300 мл.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- етапи обстеження пацієнтів та постановку діагнозу;
- класифікацію груп дефектів зубних рядів;
- визначення «анатомічних відбитків»;

- класифікацію відбиткових матеріалів;
- етапи отримання анатомічних відбитків з нижньої та верхньої щелеп;
- ускладнення при отриманні відбитків і заходи їх запобігання та надання необхідної допомоги пацієнту;
- анатомо-фізіологічні особливості будови верхньої та нижньої щелеп.

1. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

а) при наявності зубів:
- для виготовлення поодиноких коронок та мостоподібних протезів;
- для виготовлення діагностичних моделей;
- для виготовлення назубних кап;
- для виготовлення щелепно-лицевих апаратів;
- як допоміжні відбитки;

б) при беззубих щелепах:
- для виготовлення жорстких індивідуальних ложок.

2. Протипоказання:

а) абсолютні:
- пов’язані з психічними захворюваннями;

б) відносні:
- підвищений блювотний рефлекс;
- інфекційні захворювання;
-хронічні захворювання слизової оболонки ротової порожнини в стадії загострення.

Порядок виконання:
- підбір стандартної відбиткової ложки;
- підготовка її до зняття відбитка;
- приготування базового відбиткового матеріалу;
- нанесення матеріалу на ложку;
- внесення ложки в ротову порожнину, формування країв відбитка;
- структуризація відбиткового матеріалу;
- виведення відбитка з ротової порожнини;
- оцінка попереднього відбитка і його підготовка;
- видалення ретракційної нитки;
- приготування коригуючого відбиткового матеріалу;
- нанесення матеріалу на ложку;
- внесення ложки в ротову порожнину, формування країв відбитка;
- структуризація відбиткового матеріалу;
- виведення відбитка з ротової порожнини;
- оцінка двошарового відбитка.

2.2.1. Алгоритм виконання практичної навички

Одержання анатомічного відбитка силіконовим матеріалом з верхньої щелепи при часткових дефектах зубного ряду

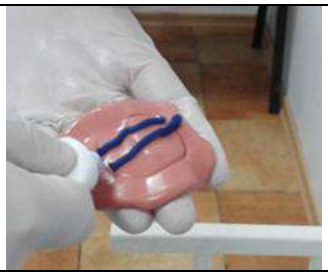
№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.
2.	Приготування відбиткового матеріалу.	За допомогою мірника для базової маси з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (2-3 мірники), додають відповідну кількість каталізатора (згідно з інструкцією фірми-виробника) та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу у вигляді валика вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу.
3.	Уведення ретракційної нитки.	Для кращого проникнення коригуючого матеріалу у зубоясенну боріздку її розширюють за допомогою ретракційної нитки, яка вводиться в боріздку кожного препарованого зуба за допомогою ретрактора або широкої гладилки.
4.	Накладання ложки на щелепу фантома.	Ложку накладають на верхню щелепу, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: спочатку ззаду, потім – в передньому відділі для профілактики обтураційної асфіксії.

5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
6.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
7.	Оцінка відбитка. 	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
8.	Дезінфекція відбитка 	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

2.2.2. Алгоритм виконання практичної навички

Одержання анатомічного відбитка силіконовим матеріалом з нижньої щелепи при часткових дефектах зубного ряду

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки. 	Правильно підібраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.
2.	Приготування відбиткового матеріалу.	За допомогою мірника для базової маси з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (2-3 мірники), додають відповідну кількість каталізатора (згідно з

		інструкцією фірми-виробника) та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану базову масу у вигляді валика вносять на ложку дещо вище бортів, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу.
4.	Накладання ложки на щелепу фантома.	Ложку накладають на нижню щелепу, одночасно імітують піднімання язика пацієнта до піднебіння, потім ложку орієнтують по зубному ряду і притискають до щелепи вказівними і великими пальцями обох рук, спочатку спереду, потім ззаду.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
6..	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
7.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
8.	Дезінфекція відбитка	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

2.2.3. Алгоритм виконання практичної навички
Одержання оклюзійного анатомічного відбитка силіконовим матеріалом

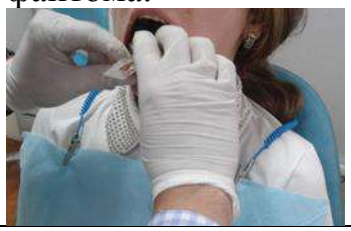
№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір оклюзійної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається оклюзійна ложка (з сіткою), у якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.
2.	Приготування відбиткового матеріалу.	За допомогою мірника для базової маси з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (2-3 мірники), додають відповідну кількість каталізатора (згідно з інструкцією фірми-виробника) та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану базову масу у вигляді валика вносять на ложку з обидвох сторін від сітки.
4.	Накладання ложки на щелепу фантома.	Ложку накладають на нижню щелепу, одночасно імітують піднімання язика пацієнта до піднебіння, потім ложку орієнтують по зубному ряду і просять пацієнта зімкнути зуби.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
6.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється після роз’єднання зубних рядів.
7.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді

		повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
8.	Дезінфекція відбитка	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

2.2.4. Алгоритм виконання практичної навички

Одержання анатомічного відбитка силіконовим матеріалом з верхньої щелепи однофазною методикою (сендвіч-техніка).

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, у якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.
2.	Приготування відбиткового матеріалу.	За допомогою мірників для базової маси та каталізатора А-силікону з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (по 2 мірники, у співвідношенні 1:1), та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу у вигляді валика вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу. За допомогою пістолета-диспенсера на ложку вносять коригуючу силіконову масу, яка замішується автоматично.

4.	Накладання ложки на щелепу фантома. 	Ложку накладають на верхню щелепу, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: спочатку ззаду, потім – в передньому відділі для профілактики обтураційної асфіксії.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
6..	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
7.	Оцінка відбитка. 	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
8.	Дезінфекція відбитка 	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

2.2.5. Алгоритм виконання практичної навички

Одержання анатомічного відбитка силіконовим матеріалом з нижньої щелепи однофазною методикою (сендвіч-техніка).

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, у якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.

2.	Приготування відбиткового матеріалу.	За допомогою мірників для базової маси та каталізатора А-силікону з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (по 2 мірники, у співвідношенні 1:1), та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу у вигляді валика вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу. За допомогою пістолета-диспенсера на ложку вносять коригуючу силіконову масу, яка замішується автоматично.
4.	Накладання ложки на щелепу фантома. 	Ложку накладають на нижню щелепу, одночасно імітують піднімання язика пацієнта до піднебіння, потім ложку орієнтують по зубному ряду і притискають до щелепи вказівними і великими пальцями обох рук, спочатку спереду, потім ззаду.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
6.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.

7.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки.
8.	Дезінфекція відбитка	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

2.2.6. Алгоритм виконання практичної навички
Одержання анатомічного відбитка силіконовою масою (двофазна техніка)

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, в якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.
2.	Уведення ретракційної нитки.	Для кращого проникнення коригуючого матеріалу у зубоясенну боріздку її розширюють за допомогою ретракційної нитки, яка вводиться в боріздку кожного препарованого зуба за допомогою ретрактора або широкої гладилки.
3.	Приготування базового відбиткового матеріалу.	За допомогою мірника з комплекту відмірюють потрібну кількість маси (2-3 мірники), розминають руками, додають відповідну їй кількість каталізатора (згідно з інструкцією фірми-виробника), інтенсивно перемішують у руках до отримання однорідної маси.
4.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині - залежно від вираженості склепіння піднебіння. Для зубів на ложці роблять невеликі заглиблення.

5.	Внесення ложки в ротову порожнину, формування країв відбитка.	Ложку вводять у ротову порожнину боком, відхиливши стоматологічним дзеркалом кут рота, розвертають, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: на верхній щелепі спочатку ззаду, потім - у передньому відділі, з одночасним просуванням ложки спереду назад і знизу вгору. Притримуючи ложку однією рукою, другою проводять пасивне оформлення країв відбитка за допомогою кругових рухів верхньої губи і щік. На нижній щелепі одночасно з уведенням ложки пацієнт піднімає язик до піднебіння, потім ложку орієнтують по зубному ряду і притискають до щелепи вказівними і великими пальцями обох рук з одночасним опусканням язика, спочатку спереду, потім ззаду. Притримучи ложку однією рукою, другою здійснюють пасивне оформлення країв відбитка.
6.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
7.	Виведення відбитка з ротової порожнини.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
8.	Оцінка попереднього відбитка і його підготовка.	Після виведення відбитка його промивають від залишків крові та слини і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись

		по центру жолобка ложки. Дефекти у вигляді відтяжок особливого значення не мають. Перед отриманням двошарового відбитка попередній відбиток висушують, зрізають скальпелем матеріал у зоні піднутрення і створюють відвідні канали для коригуючого матеріалу.
9.	Приготування коригуючого відбиткового матеріалу.	Для приготування коригуючого матеріалу його відміряють на скляну або картонну пластинку і додають каталізатор згідно зі шкалою з комплекту. Масу перемішують шпателем до отримання однорідної консистенції і вносять у попередній відбиток, починаючи із дна лунок зубів. Стежать, щоб не було пухирців повітря у масі.
10.	Нанесення матеріалу на ложку.	Перед внесенням відбитка з коригуючим матеріалом видаляють ретракційну нитку із зубоясенних боріздок і промивають та просушують препаровані зуби.
11.	Внесення ложки в ротову порожнину, формування країв відбитка.	Ложку вводять у ротову порожнину боком, відхиливши стоматологічним дзеркалом кут рота, розвертають, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: на верхній щелепі - спочатку ззаду, потім - у передньому відділі, з одночасним просуванням ложки спереду назад і знизу вгору. Притримуючи ложку однією рукою, другою проводять пасивне оформлення країв відбитка за допомогою кругових рухів верхньої губи і щік. На нижній щелепі одночасно з уведенням ложки пацієнт піднімає язик до піднебіння, потім ложку орієнтують по зубному ряду і притискають до щелепи вказівними і великими пальцями обох рук з одночасним опусканням язика, спочатку спереду, потім ззаду. Притримучи ложку однією рукою, другою здійснюють пасивне оформлення країв відбитка.

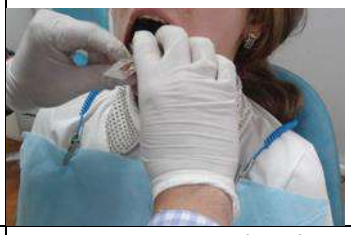
12.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація коригуючого шару силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури води для замішування і навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
13.	Виведення відбитка з ротової порожнини.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
14.	Оцінка двошарового відбитка.	Після промивання проводять оцінку відбитка: він повинен щільно прилягати до відбиткової ложки і чітко відображати зубоясенну боріздку на кожному зубі та загальний рельєф протезного ложа. При виготовленні незнімних конструкцій відображення рухомих елементів протезного ложа не є обов'язковим.
15.	Дезінфекція відбитка.	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

Алгоритм виконання практичної навички

2.3. Отримання анатомічного відбитка при дентальній імплантації

2.3.1. Одержання повного анатомічного відбитка з верхньої щелепи методом «закритої ложки»

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, у якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою.

2.	Приготування відбиткового матеріалу. 	За допомогою мірників для базової маси та каталізатора А-силікону з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (по 2 мірники, у співвідношенні 1:1), та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу у вигляді валика вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу. За допомогою пістолета-диспенсера на ділянку довкола непрямого трансферу на моделі фантома вносять коригуючу силіконову масу, яка замішується автоматично.
4.	Накладання ложки на щелепу фантома. 	Ложку накладають на верхню щелепу, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: спочатку ззаду, потім – в передньому відділі для профілактики обтураційної асфіксії.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Структуризація базового силіконового матеріалу в умовах ротової порожнини здійснюється протягом 3-5 хв залежно від температури навколишнього середовища. Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію.
6.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи.
7.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись

		по центру жолобка ложки. Відбитковий ковпачок залишається у відбитку. Непрямий трансфер відгвинчуються від імплантата і з пригвинченим аналогом останнього вставляється в ковпачок у відбитку.
8.	Дезінфекція відбитка	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

Алгоритм виконання практичної навички

2.3.2. Одержання повного анатомічного відбитка з верхньої щелепи методом «відкритої ложки»

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір стандартної відбиткової ложки.	Правильно підібраною вважається ложка, у якій зубний ряд пацієнта розміщується на відстані 0,3-0,5 см від борта і повністю охоплюється ложкою. Стандартну ложку модифіковують таким чином, щоб в проекції імплантатів були отвори для безперешкодного введення гвинтів у трансфери.
2.	Приготування відбиткового матеріалу.	За допомогою мірників для базової маси та каталізатора А-силікону з комплекту відмірюють необхідну кількість матеріалу (по 2 мірники, у співвідношенні 1:1), та протягом 30-45 с. замішують, розминаючи масу руками до отримання однорідного кольору.
3.	Нанесення матеріалу на ложку.	Приготовану масу у вигляді валика вносять на ложку дещо вище бортів, на піднебінній частині залежно від вираженості склепіння піднебіння, по задньому краю – мінімальну кількість матеріалу. За допомогою пістолета-диспенсера на ділянку довкола непрямого трансферу на моделі фантома вносять коригуючу силіконову масу, яка замішується автоматично.

4.	Накладання ложки на щелепу фантома. 	Ложку накладають на верхню щелепу, орієнтують по зубному ряду і притискають до протезного ложа: спочатку ззаду, потім – в передньому відділі для профілактики обтураційної асфіксії.
5.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Готова маса не липне і має гумоподібну консистенцію. Після застигання матеріалу гвинти, що фіксують трансфери видаляють через отвори в ложці.
6.	Зняття ложки з відбитковою масою зі щелепи фантома.	Виведення відбитка здійснюється одним різким важелеподібним рухом, при якому лікар розміщує вказівні пальці за краєм відбитка біля перехідної складки і відриває масу з ложкою від щелепи. Потім відбиток виводять з порожнини рота разом з розташованими в ньому трансферами.
7.	Оцінка відбитка.	Після виведення відбитка його промивають і оцінюють. Відбиток повинен щільно прилягати до відбиткової ложки, чітко відображати усі елементи протезного ложа і не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин. Відображення зубного ряду повинно розміщуватись по центру жолобка ложки. До розташованих у відбитку трансферів приєднують аналоги імплантатів.
8.	Дезінфекція відбитка 	Перед відливанням моделі відбиток витримують у дезінфікуючому 0,5 % розчині гіпохлориту натрію.

Алгоритм виконання практичної навички

2.4.Отримання анатомічного відбитка гіпсом при повній відсутності зубів

1. Матеріальне забезпечення: стандартні відбиткові ложки для беззубих щелеп, прямий наконечник (10 000 об/хв), набір фрез, гіпс, гумова колба, металевий шпатель, вода, 3% водний розчин NaCl, розчин антисептика, вазелін.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- етапи обстеження пацієнтів та постановку діагнозу;

- класифікацію атрофій беззубих щелеп за Шредером і Келлером;
- визначення “анатомічних відбитків”;
- класифікацію відбиткових матеріалів;
- етапи отримання анатомічних відбитків з нижньої та верхньої щелеп;
- ускладнення при отриманні відбитків і заходи запобігання їх, надання необхідної допомоги пацієнту;
- анатомо-фізіологічні особливості будови верхньої та нижньої щелеп.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:
- при беззубих щелепах для виготовлення жорстких індивідуальних ложок.

2. Протипоказання:

а) абсолютні:

пов’язані з психічними захворюваннями;

б) відносні:
- підвищений блювотний рефлекс;
- незадовільний загальний стан;
- інфекційні захворювання;
- хронічні захворювання слизової оболонки в стадії загострення.
- Порядок виконання:
- підбір і корекція стандартної ложки;
- приготування гіпсового відбиткового матеріалу;
- накладання матеріалу на ложку і в ротовій порожнині;
- уведення ложки в ротову порожнину;
- структуризація відбиткового матеріалу;
- виведення відбитка з ротової порожнини;
- оцінка відбитка.

Алгоритм виконання практичної навички

4. Отримання анатомічного відбитка гіпсом при повній відсутності зубів

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підбір і корекція стандартної ложки.	Стандартну ложку підбирають, виходячи з розміру щелепи. Краї пластмасової ложки можна коректувати (зішліфувати) так, щоб вони не відтискали і не травмували слизову оболонку перехідної складки в момент отримання відбитка. Правильно підібраною вважається ложка для верхньої щелепи, в якій беззубий альвеолярний відросток розміщується посередині жолобка, а край повністю перекриває верхньощелепні горби і лінію «А», для нижньої щелепи - ретромолярні горбики. Для рухомих складок і вуздечок у борті ложки треба

		зробити заглиблення.
2.	Приготування гіпсового відбиткового матеріалу.	Гіпс для відбитка готують на 3% водному розчині NaCl. Для цього у гумову колбу відміряють потрібну кількість водного розчину, а потім невеликими порціями додають порошок гіпсу до насичення. З гори у колбі повинна бути невелика кількість води. Гіпс інтенсивно перемішують до сметаноподібної консистенції.
3.	Накладання матеріалу на ложку і в ротовій порожнині.	Гіпс накладають на ложку врівень з бортами і в ротовій порожнині у важкодоступних місцях (простір за верхньощелепними горбами, під'язиковий простір), після чого ложку боком вводять в ротову порожнину, розвертають, орієнтують по щелепі і притискають до протезного ложа. Для кращого перерозподілу відбиткового матеріалу на верхній щелепі надлишок гіпсу спереду ложки піднімають угору до перехідної складки масуючими рухами верхньої губи і щік. Стежать, щоб лишки гіпсу не потрапили у дихальні шляхи пацієнта, для чого їх забирають стоматологічним дзеркалом. На нижній щелепі для правильного оформлення переднього краю відбитка нижню губу натягують вперед і вгору, після чого щоками розподіляють матеріал у бічних ділянках. Для перерозподілу матеріалу в під'язиковому просторі пацієнта просять поперемінно торкнутись правої і лівої щоки та витягнути язик вперед.
4.	Структуризація відбиткового матеріалу.	Кристалізація гіпсу відбувається протягом 2-3 хв, коли готова маса не липне і не кришиться, а має однорідну консистенцію. Пацієнт відчуває легке тепло від відбитка.

5.	Виведення відбитка з ротової порожнини.	Після структуризації гіпсу проводять виведення відбитка з ротової порожнини. Для цього вказівні пальці обох рук вводять в ротову порожнину, кладуть на край відбитка в бічній ділянці і відбиток відривають від щелепи різким важелеподібним рухом. Він має вивестись єдиним шматком.
6.	Оцінка відбитка.	Відбиток промивають під проточною водою і проводять його оцінку. Він повинен чітко відображати усі рухомі та нерухомі елементи протезного ложа та не мати значних дефектів у вигляді повітряних раковин, тріщин, нечіткості рельєфу.

Алгоритм виконання практичної навички

2.5. Корекція жорсткої індивідуальної ложки та отримання функціональних відбитків при повній відсутності зубів

1. Матеріальне забезпечення: набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, шпатель зуболікарські), стоматологічні фрези з різною формою робочої поверхні, наждачний папір, скло, шпатель зуботехнічний для роботи з воском, прямий наконечник, пластинка базисного рожевого воску, силіконова маса коригуюча (Стомофлекс крем), вата, гумові рукавички, 0,02% розчин хлоргексидину (бацилол), 2% розчин глютаральдегіду (0,2% розчин дезактину), склянка, розчин фурациліну, жорстка індивідуальна ложка.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

1. Анатомічна будова верхньої та нижньої щелепи.
2. Функціональна анатомія жувальних та мімічних м’язів.
3. Клініко-морфологічні особливості будови та функції ротової порожнини беззубого хворого.
4. Етіологія повної вторинної адентії.
5. Рухома та нерухома слизова оболонка ротової порожнини.
6. Перехідна складка, нейтральна зона та її топографія на верхній і нижній щелепах.
7. Піддатливість слизової оболонки в різних ділянках ротової порожнини. Класифікація піддатливості слизової оболонки (Supple, Lund). Буферні зони за Є.І. Гавриловим. Класифікація атрофії беззубих щелеп (Шредер, Келлер, Оксман).
8. Відбиткові матеріали для отримання відбитків з беззубих щелеп та їх характеристика.
9. Класифікація функціональних відбитків за методом оформлення країв, за ступенем віддавлення слизової оболонки, за способом формування країв. Компресійні та декомпресійні відбитки. Обґрунтування їх отримання. Методи отримання відбитків з диференційованим тиском на тканини ротової порожнини.

10. Методи фіксації повних протезів: механічні методи фіксації; біомеханічні методи фіксації; фізичні методи фіксації повних протезів; біофізичні методи фіксації повних протезів.
11. Функціональна присмоктуваність.
12. Фіксація, стабілізація та рівновага повних зубних протезів.
13. Особливості отримання відбитків із беззубих щелеп.
14. Історія отримання функціональних відбитків: Srot (1864), Момме (1872), ЦІТО (1940), Ф. Гербст (1957), А.І. Бетельман (1965), З.С. Василенко (1966).
15. Індивідуальні ложки, методи їх виготовлення.
16. Межі жорсткої індивідуальної ложки на верхній та нижній щелепах.
17. Методика отримання функціонального відбитка за Гербстом. Функціональні проби та їх клінічне обґрунтування.
18. Вимоги, що висуваються до функціональних відбитків.
19. Захворювання слизової оболонки ротової порожнини в стадії загострення.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- повна відсутність зубів;
- часткові дефекти зубного ряду при наявності поодиноко розташованих зубів, особливо у випадку застосування телескопічної системи фіксації;
- часткові дефекти зубного ряду I та II класу за Кеннеді при значній атрофії альвеолярної частини та тіла нижньої щелепи, при наявності вираженого під'язикового валика, який перекриває протезне ложе, при поперечних рубцевих складках, що високо прикріплюються;
- клінічні ситуації, при яких інших рішень не існує.

2. Протипоказання:

- порушення носового дихання;
- мікростомія;
- контрактури нижньої щелепи;
- блювотний рефлекс;
- захворювання слизової оболонки ротової порожнини в стадії загострення;
- герпетичне ураження червоної облямівки губ;
- ангулярний хейліт у стадії загострення.

Порядок виконання:

- перевірка і корекція країв індивідуальної ложки згідно з пробами Гербста;
- функціональне оформлення країв відбитка термопластичним матеріалом;
- приготування відбиткового матеріалу;
- нанесення матеріалу на ложку;
- уведення ложки в ротову порожнину;
- проведення функціональних проб;
- структуризація матеріалу;
- виведення відбитка з ротової порожнини;
- оцінка відбитка.

.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Голові пацієнта надають вертикальне положення, яке фіксується за допомогою підголівника. Порожнина рота пацієнта повинна бути розташована на рівні ліктя лікаря. Серветкою прикривають погруддя пацієнта.
2.	Провести дезінфекцію рук.	Миють руки та надівають одноразові гумові рукавички. Обробляють руки ватною кулькою, змоченою бацилолом.
3.	Підготувати стоматологічний набір.	Лоток із дзеркалом, пінцетом, зондом, шпателем зуболікарським.
4.	Підібрати необхідні інструменти та витратні матеріали для виконання маніпуляції.	Стоматологічні фрези з різною формою робочої поверхні, скло, шпатель зуботехнічний для роботи з воском, прямий наконечник, пластинка базисного рожевого воску, силіконова маса коригуюча «Стомафлекс крем», вата, наждачний папір.
6.	Дати пацієнту склянку з розчином антисептика для полоскання рота.	Готують слабкий розчин фурациліну.
7.	Провести повторний огляд ротової порожнини.	Уточнюють особливості протезного ложа. Встановлюють можливі протипоказання.
8.	Оглянути жорстку індивідуальну ложку і провести пальпаторне обстеження її поверхонь.	Поверхня ложки не повинна мати нерівностей, а краї не повинні бути гострими. За необхідності проводять обробку з використанням ріжучих інструментів та наждачного паперу.
9.	Провести дезінфекцію ложки.	Індивідуальну ложку обробляють ватною кулькою, змоченою 0,02% розчином хлоргексидину.

10.	Ввести індивідуальну ложку на верхню щелепу (в ротову порожнину) і провести корекцію.	Ложку беруть правою рукою і вводять у порожнину рота лівою стороною (впоперек). Ложку центрують відносно верхньої щелепи. Після цього ложку притискають до беззубого альвеолярного відростка та піднебіння. Ложка повинна без перешкод накладатись на верхню щелепу, перекриваючи горби, альвеолярні відростки. Край ложки в ділянці переходу твердого піднебіння в м'яке розташовується на 2 мм позаду від сліпих піднебінних отворів. А в переддвер'ї ротової порожнини проходить трохи нижче (на 1-1,5 мм) найвищої точки склепіння перехідної складки, обходячи вуздечку верхньої губи та щічно-альвеолярні складки слизової оболонки. При невідповідності здійснюють корекцію краю індивідуальної ложки з використанням ріжучих інструментів.
11.	Ввести індивідуальну ложку на нижню щелепу (в ротову порожнину) і провести корекцію.	Ложку беруть правою рукою і вводять у порожнину рота лівою стороною (впоперек). Ложку центрують відносно нижньої щелепи. Після цього ложку притискають до беззубої альвеолярної частини нижньої щелепи. Ложка повинна без перешкод накладатись на нижню щелепу, перекриваючи її альвеолярну частину, слизові горбки. Край ложки в переддвер'ї проходить на 2-3 мм вище найглибшого місця перехідної складки. Щічно-ясеневі складки і вуздечка нижньої губи не перекриваються. В ретромолярній ділянці край ложки проходить на 2 мм позаду від слизових горбків. Від нього відвісно вниз до щелепно-під'язичної лінії і проходить вперед трохи нижче неї, не доходячи до найглибшого місця під'язикового простору. В передній ділянці край ложки обходить вуздечку язика. При невідповідності проводять корекцію краю індивідуальної ложки з використанням ріжучих інструментів.

12.	Дати пацієнту інструкцію щодо виконання функціональних проб Гербста та провести тренування.	Пояснюють пацієнту функціональні проби, необхідність їх виконання без різкого скорочення м’язів та значної амплітуди рухів. Здійснюють тренування без ложки.
13.	Ввести індивідуальну ложку на нижню щелепу в ротову порожнину і провести її корекцію за допомогою функціональних проб Гербста для нижньої щелепи: - ковтання; - відкривання рота; - провести язиком по червоній облямівці нижньої губи; - - торкання кінчиком язика щік при напівзакритому роті; - витягування язика в напрямку кінчика носа; - активні рухи мімічної мускулатури, витягування губ уперед; - у ділянці між іклами та другим премоляром глибоко занурений вестибулярний край ложки може - виштовхуватися м’якими тканинами.	Здійснюють уведення ложки дотримуючись правил (див. п.11). Дають пацієнту вказівку на послідовне виконання проб Гербста. Ложка не повинна зміщуватись. При скиданні ложки під час проведення певної проби здійснюється корекція її меж в певній ділянці за допомогою ріжучих інструментів: - від місця позаду слизового горбика до щелепно-під’язикової лінії; - якщо ложка піднімається ззаду, то її вкорочують на ділянці від слизових горбків до місця, де пізніше буде стояти другий моляр; - якщо піднімається передня частина ложки, то край її з вестибулярної сторони зішліфовують на ділянці між іклами; - зішліфовують край, який іде вздовж щелепно-під’язикової лінії; - вкорочується під’язичний край ложки з правої та лівої сторін на відстані 1 см від середньої лінії. При рухах язика вліво корекцію ложки роблять справа, а при рухах язика вправо - зліва; - вкорочення краю ложки проводиться в ділянці вуздечки язика; - вкорочують зовнішній край між іклами; розміщують вказівні пальці на шкірі обличчя пацієнта трохи нижче кутів рота і без тиску проводять масажуючі рухи. При зміщенні ложки необхідна корекція.

14.	Ввести індивідуальну ложку в порожнину рота на верхню щелепу і провести її корекцію за допомогою функціональних проб Гербста для верхньої щелепи: - широке відкривання рота; - втягування щік; - складання губ у трубочку.	Здійснюють уведення ложки дотримуючись правил (див. п.10). Дають пацієнту вказівку на послідовне виконання проб Гербста. Ложка не повинна зміщуватись. При скиданні ложки під час проведення певної проби здійснюється корекція її меж у відповідній ділянці за допомогою ріжучих інструментів: - вкорочується відрізок від вилицевого відростка до верхньощелепних горбів; - вкорочують вестибулярний край в ділянці щічно-альвеолярних складок; - вкорочується край ложки в передньому відділі від вуздечки верхньої губи до щічних складок.
15.	Приготувати відбиткову силіконову корегуючу масу.	Приготування відбиткової маси проводять згідно з інструкцією, до кремоподібної консистенції.
16.	Нанести відбиткову масу на індивідуальну ложку.	Відбиткову масу наносять по периметру індивідуальної ложки для верхньої щелепи на її край.
17.	Провести формування замикаючого клапана по краю індивідуальної ложки на верхню щелепу.	Індивідуальну ложку з відбитковою масою вводять у ротову порожнину, дотримуючись правил (див. п.10). Пацієнту дають вказівку на виконання певної функціональної проби Гербста для верхньої щелепи. Оформлення країв ложки починають з переддвер'я ротової порожнини, потім переходять на ділянку горбів і завершують формування клапанної зони в ділянці переходу твердого піднебіння в м'яке. По закінченні формування замикаючого клапана ложка повинна добре утримуватися при виконанні всіх проб Гербста для верхньої щелепи і при спробах зняти її шляхом натиснення на неї в бічних ділянках у напрямку згори вниз, але зніматись при натисненні на ручку ложки в напрямку знизу вгору.
18.	Зняти індивідуальну ложку з верхньої щелепи.	Ложку знімають шляхом натиснення на її ручку в напрямку знизу вгору.

19.	Провести формування замикаючого клапана по краю індивідуальної ложки на нижню щелепу.	Індивідуальну ложку з відбитковою масою вводять у ротову порожнину, дотримуючись правил (див. п.11). Пацієнту дають вказівку на виконання певної функціональної проби Гербста для нижньої щелепи. Формування клапанної зони проводять спочатку з вестибулярної поверхні, потім послідовно переходять до ретромолярної та ретроальвеолярної ділянки, внутрішньої косої лінії і закінчують в ділянці під'язикового простору. По закінченні формування замикаючого клапана ложка повинна добре утримуватись при виконанні всіх проб Гербста для нижньої щелепи і при спробах зняти її шляхом натиснення на неї в бічних ділянках в напрямку знизу вгору, але зніматися при натисненні на ручку ложки в напрямку згори вниз.
20.	Зняти індивідуальну ложку з нижньої щелепи.	Ложку знімають шляхом натиснення на її ручку в напрямку згори вниз.
21.	Приготувати силіконову корегуючу відбиткову масу.	Приготування відбиткової маси проводять згідно з інструкцією до кремоподібної консистенції.
22.	Нанести відбиткову масу на індивідуальну ложку.	Відбиткову масу розподіляють тонким шаром по всій поверхні ложки. На верхній щелепі трохи більше маси наносять ззаду, а на нижній - спереду ложки.
23.	Ввести індивідуальну ложку для нижньої щелепи з відбитковою масою в ротову порожнину.	Здійснюють уведення ложки, дотримуючись правил (див. п. 11). Тиск ложки з масою створюється при накладанні ложки спереду назад, а потім рівномірно по всій щелепі.
24.	Дати пацієнту вказівку на виконання функціональних проб Гербста для нижньої щелепи.	Проби проводять до закінчення терміну структуризації маси, яка контролюється по залишках маси на склі для замішування. Ложка повинна міцно утримуватись на щелепі.
25.	Зняти відбиток з нижньої щелепи.	Відбиток знімають шляхом натискання на ручку ложки в напрямку згори вниз.
26.	Ввести індивідуальну ложку для верхньої щелепи з відбитковою масою в ротову порожнину.	Здійснюють уведення ложки, дотримуючись правил (див. п.10). Тиск ложки з масою створюється при накладанні ложки в задніх відділах, а потім рівномірно по всій щелепі.

27.	Дати пацієнту вказівку на виконання функціональних проб Гербста для верхньої щелепи.	Проби проводяться до закінчення структуризації маси, яка контролюється по залишках маси на склі для замішування. Ложка повинна міцно утримуватись на щелепі.
28.	Зняти відбиток з верхньої щелепи.	Відбиток знімається шляхом натискання на ручку ложки в напрямку знизу вгору.
29.	Промити відбиток.	Відбиток промивають під проточною водою. На поверхні відбитка не повинно бути залишків слини та слизу.
30.	Оцінити якість отриманого функціонального відбитка.	Відбиток чітко відображає рельєф поверхні протезного ложа. Краї відбитка заокруглені, правильно оформлені. Відбиток щільно прикріплений до відбиткової ложки. На поверхні відбитка не повинно бути ознак дефектів та деформацій (пор, надривів, відтяжок).
31.	Провести окантовку відбитка.	Смужку рожевого воску завтовшки 2-3 мм наклеюють по периметру відбитка із зовнішньої сторони на відстані 2 мм від функціонально сформованого краю.
32.	Провести дезінфекцію відбитка.	Відбиток занурюють на 15 хв. в 0,2% розчин дезактину.

Алгоритм виконання практичної навички

2.6. Виготовлення гіпсової моделі

1. Матеріальне забезпечення: відбиток з альгінатного або силіконового відбиткового матеріалу, гумова колба, металевий шпатель, гіпс, вода, вібростолик, ніж для обрізування гіпсу.

Порядок виконання:

- підготовка відбитка до відливання моделі;
- приготування гіпсу для моделі;
- внесення гіпсу у відбиток;
- формування цоколя моделі;
- від’єднання відбитка від моделі;
- обрізування країв гіпсової моделі.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підготовка відбитка до відливання моделі.	Процес підготовки відбитка з альгінатного матеріалу полягає у нейтралізації залишку альгінової кислоти, який псує поверхневий шар гіпсової моделі. Для цього відбиток на 3-5 хв замочують у слабкому р-ні перманганату калію. Відливання моделі проводять одразу після отримання відбитка через значну усадку відбиткового матеріалу. Відливання моделі за силіконовим відбитком можна здійснювати через 60 хв після його отримання.
2.	Приготування гіпсу для моделі.	Гіпс для відливання моделі замішують на чистій воді, бажано дистильованій. Для цього у гумову колбу відмірюють потрібну кількість води і невеликими порціями досипають гіпс до насичення. Згори повинна бути невелика кількість води.
3.	Внесення гіпсу у відбиток.	Суміш інтенсивно перемішують, після чого відбиток струшують від залишків води і вносять у нього гіпс невеликими порціями. Відбиток кладуть на ввімкнений вібростолик і поступово додають гіпс до повного заповнення ложки з відбитком.
4.	Формування цоколя моделі.	На гіпсовому столі накладають гірку гіпсу, накладають відбиток ложкою доверху і формують цоколь моделі заввишки 2,5-3,0 см.
5.	Від’єднання відбитка від моделі.	Після повного застигання гіпсу (15-20 хв) відбиток відділяють від моделі. Для цього спочатку ложку відділяють від відбиткового матеріалу, розрізають його на шматки з урахуванням топографії дефекту і відділяють від моделі.
6.	Обрізування країв гіпсової моделі.	Краї цоколя моделі обрізають гіпсовим ножем. У правильно відлитій моделі площина цоколя повинна бути паралельна протетичній площині пацієнта, а краї обрізані до рівня перехідної складки (для беззубих щелеп повинен повністю зберігатись жолобок, що відображає перехідну складку). Задній край обрізають, відступивши 0,5 см від лінії «А» або ретромолярних горбків.

Алгоритм ІІІ
ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРЕПАРУВАННІ ЗУБІВ

1. Матеріальне забезпечення: набір інструментів (пінцет, зонд, шпатель), карпульний шприц з можливістю проведення аспірації, голки до нього завдовжки 12 мм та 25 мм, карпульовані анестетики артикаїнового ряду з вазоконстрикторами у концентрації 1:200000, 1:100000, аптечка для надання швидкої допомоги.

2. Базовий рівень знань:

Знати:
- фармакодинаміку локальних анестетиків;
- взаємодію місцевих анестетиків та інших лікарських засобів;
- анатомію n.trigeminus;
- гістологічну будова пульпи;
- механізм больової чутливості при препаруванні дентину;
- класифікацію сучасних засобів знеболення;
- етіологію та методи профілактики різноманітних психоемоційних станів.

3. Показання та протипоказання:

1. Показання
- препарування зубів з інтактною пульпою під штучні коронки;
- препарування каріозних порожнин під вкладки.

2. Протипоказання:
- ідіосинкразія або алергія на місцеві анестетики;
- серцево-судинна недостатність;
- виражені функціональні порушення у роботі печінки та нирок;
- функціональні захворювання нервової системи (невралгія, істерія);
- гемофілія.

Алгоритм виконання практичної навички

3.1. Аплікаційна анестезія

1. Матеріальне забезпечення: марлеві кульки для висушування операційного поля, марлеві тампони для нанесення анестетика, анестетик для аплікаційної анестезії (мазь піромекаїну 5%, емульсія анестезину 5-10%, аерозоль лідокаїну 10%, розчини ксілокаїну, ксілонору, лідокаїну, бензокаїну 2-5%, анестетики на основі бензокаїну (10-20 %) - Камістад-гель, Бела гель, Бебідент).

2. Показання та протипоказання для проведення аплікаційної анестезії:

1. Показання:
- виконання чисельних незначних за обсягом маніпуляцій;
- знеболення місця уколу;
- видалення рухомих зубів;
- при лікуванні захворювань слизової оболонки ротової порожнини;
- при лікуванні захворювань тканин пародонта;
- видалення молочних зубів, коли корені резорбовані.

2. Протипоказання:
- алергічна реакція на анестетик у пацієнта.

Методика проведення:
- антисептична обробка ротової порожнини;

- висушування операційного поля;
- нанесення знеболюючого засобу: марлевою кулькою розчин, гель чи пасту наносять тонким шаром, аерозоль розпилюють за допомогою розпилювача, кінчик якого встановлюють на відстані 2 см від зони знеболення;
- крапля виділеної рідини покриває поверхню діаметром приблизно 1 см;
- знеболююча речовина залишається в ділянці операційного поля 1-3-5 хвилин без контакту зі слиною;
- перед втручанням операційне поле звільняють від залишків анестетика і перевіряють чутливість за допомогою зонда;
- за необхідності повторюють аплікаційну анестезію.

3.2. Інфільтраційна анестезія

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити хворого в крісло. Відрегулювати підголовник.	Комфортне положення хворого.
2.	Збір анамнезу.	Інформація відносно алергологічного статусу, попередніх анестезій та супутніх захворювань.
3.	Проведення алергологічних проб за необхідності. Під'язикова проба: 2 краплі анестетика на шматочок цукру на 5-7 хвилин під язик.	Маніпуляція продовжується при відсутності гіперемії слизової оболонки.
4.	Визначити зуби, які необхідно знеболити.	Всі зуби верхньої щелепи, премоляри, ікла та різці нижньої щелепи.
5.	Вибір інструментарію для методики знеболення.	Голка завдовжки 12 мм, анестетик залежно від загального стану та групи зубів хворого з концентрацією вазоконстрикторів 1:200000 чи 1:100000.
6.	Проведення ін’єкції: укол голки проводиться в ділянці проекції верхівки кореня зуба, що знеболюється, після досягнення кістки випускається 0,6 - 1,0 мл анестетика для зубів верхньої щелепи та 1,2 - 1,7 мл анестетика для зубів нижньої щелепи.	Безболісне проведення препарування опорних зубів.

Алгоритм виконання практичної навички

Туберальна анестезія (блокада задніх верхніх альвеолярних нервів)

Показання: при втручанні в ділянці верхніх молярів, а також оточуючої їх кісткової тканини, періодонтальної тканини і слизової оболонки.

При цьому способі анестезії ін’єкція розчину здійснюється в ділянці верхньощелепного горба, де задні альвеолярні нерви найбільш доступні.

Внутрішньоротовий спосіб туберальної анестезії:

- лікар стоїть з правого боку і попереду хворого;
- лівою рукою тримає шпатель або стоматологічне дзеркало, яким відводить щоку пацієнта назовні;
- анестезію виконують при напіввідкритому роті пацієнта;
- голку вколюють з боку переддвер'я ротової порожнини на рівні перехідної складки за вилице-альвеолярним гребенем (на рівні середини коронок других молярів);
- голку направляють назад паралельно альвеолярному краю по площині кортикальної пластинки кістки з просуванням за горб верхньої щелепи на 1,0-1,5 см, постійно випускаючи розчин анестетика;
- після видалення голки треба притиснути м'які тканини щоки між переднім краєм жувального м'язу і вилицевою кісткою для профілактики гематоми;
- анестезія настає через 5-7 хвилин.

Піднебінна анестезія (в ділянці великого піднебінного отвору)

Зона знеболення: спереду - лінія, яка з'єднує ікла, позаду - задній край твердого піднебіння, з боків - гребінь альвеолярного відростка і серединний піднебінний шов.

Орієнтири для знаходження великого піднебінного отвору:

- великий піднебінний отвір розташований на рівні середини коронки третього великого корінного зуба, а при його відсутності - позаду і вглибині від другого великого корінного зуба;
- великий піднебінний отвір розміщується на відстані 5 мм уперед від заднього краю твердого піднебіння;
- для визначення проекції великого піднебінного отвору на слизову оболонку твердого піднебіння треба провести дві лінії, що перетинаються: одну - на рівні середини коронки третього великого корінного зуба від ясенного краю до середньої лінії верхньої щелепи відповідної сторони (треба пам'ятати, що верхня щелепа - парна кістка), другу - через середину першої і перпендикулярно до неї. Точка перетину цих ліній відповідає проекції великого піднебінного отвору;
- обробляють ділянку слизової оболонки над піднебінним отвором 3% спиртовим розчином йоду. Місцезнаходження вістря каналу зафарбовується в темно-коричневий колір.

Методика проведення:

- Пацієнт сидить у кріслі із закинутою назад головою, зафіксованою на підголівнику;
- рот широко відкритий;
- визначають місцезнаходження великого піднебінного отвору і на відстані до 10 мм спереду від нього роблять укол;
- голку вводять у напрямку спереду назад і знизу вгору до великого піднебінного отвору;
- випускають розчин анестетика;
- через 2-3 хвилини настає анестезія.

Різцева анестезія (блокада носо-піднебінного нерва)

Зона знеболення: слизова оболонка і ясеневий край на рівні іклів.

Місцезнаходження різцевого отвору: різцевий отвір розташований між центральними різцями, на 7-8 мм назад від ясенного краю (позаду від різцевого сосочка).

Методика проведення різцевої анестезії (внутрішньоротовий спосіб):

- лікар стоїть з правого боку і спереду від хворого;
- Пацієнт максимально закидає голову назад і широко розкриває рот;
- лікар надає голці прямовисного положення по відношенню до передньої ділянки альвеолярного відростка верхньої щелепи з боку піднебіння;
- укол виконують у слизову оболонку збоку від різцевого сосочка, попередньо обробивши її аплікаційним анестетиком, спереду від вістря різцевого отвору;
- після контакту голки з кісткою вводять розчин анестетика, звідки він дифундує в різцевий канал і блокує носопіднебінний нерв.

Інфраорбітальна анестезія

Показання: знеболення зони іннервації передніми і середніми верхніми альвеолярними нервами (фронтальна група зубів і премолярів, відповідна половина верхньої губи, бічна поверхня носа, верхній відділ щічної ділянки, нижня повіка, слизова оболонка переддвер'я ротової порожнини в ділянці фронтальних зубів і премолярів).

Розташування підочного отвору:

- розташований на 5-8 мм нижче нижнього краю очниці;
- розташований на лінії, яка проходить через повздовжню вісь другого верхнього премоляра;
- прямо над підочним отвором розташований підочний шов (місце з'єднання вилицевого відростка верхньої щелепи з вилицевою кісткою), який пальпується по нижньому краю очниці кістковим виступом або виямкою;
- розташований на вертикальній лінії, яка з'єднує зрачок пацієнта і кут рота.

Методика проведення внутрішньоротової інфраорбітальної анестезії:

- лікар стоїть спереду і з правого боку від пацієнта;
- великим і вказівним пальцями лівої руки піднімають верхню губу;
- середній палець лівої руки розташовують на нижньоочному краю орбіти для запобігання випадковому пораненню очного яблука;
- голку вколюють у перехідну складку між центральним і бічним різцями;
- далі голку просувають догори, назовні і назад до проекції підочного каналу на глибину 3-4 мм, випускаючи перед голкою анестетик у кількості до 0,5 мл;
- після вилучення голки для запобігання гематомі треба натиснути двома пальцями на м'які тканини до кістки на 1-2 хвилини в проекції підочного отвору;
- анестезія настає через 3-5 хвилин.

3.3. Провідникова (мандибулярна) анестезія

Внутрішньоротовий пальцевий спосіб за С.Н. Вайсблатом

При мандибулярній анестезії блокуються нижньоальвеолярний і язиковий нерви. Отвір, через який нижньоальвеолярний нерв входить у кістковий канал, розміщений на внутрішній поверхні гілки щелепи (від переднього краю її на відстані 15 мм, від заднього - на 13 мм), від вирізки нижньої щелепи на 22 мм і від основи нижньої щелепи - на 27 мм. Висота розміщення отвору у дорослої людини відповідає рівню жувальної поверхні великих корінних зубів, у людей похилого віку і у дітей - нижче на 0,5 см. Спереду і зсередини отвір прикритий кістковим виступом - язичком нижньої щелепи, тому знеболюючий розчин треба вводити на 0,75-1 см вище рівня отвору, де нерв розташовується в кістковому жолобку, в якому міститься жирова клітковина, в якій добре дифундує анестетик.

Методика проведення:

- лікар стоїть з правого боку і спереду від пацієнта;
- при широко відкритому роті пацієнта пальпують кісткові орієнтири ретромолярної ділянки вказівним пальцем лівої руки, якщо анестезію проводять справа, або великим пальцем, якщо маніпуляцію виконують зліва;
- пальпують передній край гілки нижньої щелепи на рівні заднього краю коронки третього моляра;
- пересунувши палець трохи вглибину, визначають скроневий гребінь, палець фіксують у ретромолярній ямці;
- шприц тримають у правій руці і розміщують на рівні малих корінних зубів протилежної сторони;
- укол голки роблять на 0,75-1 см вище жувальної поверхні третього моляра;
- голку направляють назовні і назад, на глибині 0,5-0,75 см вона досягає кістки;
- просовуючи голку по кістці ще на 2 см, доходять до кісткового жолоба, де розташований нижній альвеолярний нерв перед входженням його в канал нижньої щелепи, вводять анестетик для знеболення цього нерву;
- голку відтягують на 0,5-0,75 см назад і випускають решту анестетика, знеболюючи язиковий нерв;
- анестезія настає через 5-7 хвилин.

Для блокади щічного нерву необхідно додатково ввести розчин анестетика по перехідній складці на рівні втручання.

3.3 .Провідникова мандибулярна анестезія

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити хворого в крісло. Відрегулювати підголовник.	Комфортне положення хворого.
2.	Визначити зуби, що знеболюються.	Моляри та премоляри нижньої щелепи.
3.	Збір анамнезу.	Інформація відносно алергологічного статусу, попередніх анестезій та супутніх захворювань.

4.	Проведення алергологічних проб за необхідності. Під'язикова проба: 2 краплі анестетика на шматочок цукру на 5-7 хвилин під язик.	Маніпуляція продовжується при відсутності гіперемії слизової оболонки.
5.	Вибір інструментарію для знеболення.	Карпульний шприц з можливістю проведення аспіраційної проби, голки завдовжки 25 мм, анестетик залежно від загального стану та групи зубів хворого з концентрацією вазоконстрикторів 1:200000 чи 1:100000.
6.	Методика анестезії: - при широко відкритому роті пацієнта пальпують кісткові орієнтири ретромолярної ділянки вказівним пальцем лівої руки, якщо анестезію проводять справа або великим пальцем, якщо маніпуляцію виконують зліва; - пальпують передній край гілки нижньої щелепи на рівні заднього краю коронки третього моляра; - пересунувши палець трохи вглибину, визначають скроневий гребінь, палець фіксують у ретромолярній ямці; - шприц тримають у правій руці і розміщують на рівні малих корінних зубів протилежної сторони; - укол голки роблять на 0,75-1 см вище жувальної поверхні третього моляра; - голку направляють назовні і назад, на глибині 0,5-0,75 см вона досягає кістки; просовуючи голку по кістці ще на 2 см, доходять до кісткового жолоба, де розташований нижній альвеолярний нерв перед входженням його в канал нижньої щелепи, вводять анестетик для знеболення цього нерва; - голку відтягують на 0,5-0,75 см назад і випускають решту анестетика, знеболюючи язиковий нерв.	Анестезія настає через 3-5 хвилин. Безболісне проведення препарування опорних зубів протягом 1,5-2,0 годин.

Торусальна анестезія (за М.М. Вейсбремом)

Нижньощелепний торус розташований на внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи трохи вище і спереду кісткового язичка щелепи. Торус утворений з'єднанням двох кісткових гребенів від скроневого і вилицевого відростків. Цей простір заповнений сипкою клітковиною, в якій проходять нижньощелепний, язиковий і щічний нерви.

Методика виконання:

- лікар стоїть з правого боку і спереду від пацієнта;
- Пацієнт широко розкриває рот;
- визначають крилоподібно-нижньощелепну зв'язку, яка проходить від гачка крилоподібного відростка клиноподібної кістки до язичка нижньої щелепи. Між натягнутою складкою і слизовою оболонкою щоки утворюється борозна;
- шприц тримають у правій руці, голку проводять перпендикулярно до слизової оболонки щоки, направляючи шприц з протилежного боку, де він розміщується на рівні великих корінних зубів;
- місцем уколу є точка, утворена перехрещенням горизонтальної лінії, проведеної на 0,5 см нижче жувальної поверхні верхнього третього моляра, і борозни, утвореної латеральним скатом крилоподібно-нижньощелепної складки і щоки;
- голку направляють до кістки на глибину 0,25-2 см;
- проводять аспіраційну пробу;
- вводять анестетик, блокують нижньоальвеолярний, язиковий і щічний нерви;
- анестезія настає через 5 хвилин.

Ментальна анестезія (внутрішньоротовий спосіб)

Ментальний отвір розташований або під альвеолою другого премоляра, або між першим і другим премоляром на 12-13 мм вище основи тіла нижньої щелепи. Проекція отвору розташована на середині відстані між переднім краєм жувального м'яза і серединою нижньої щелепи. Вістря каналу відкривається у напрямку назад, догори і назовні. Про це потрібно пам'ятати, щоб надати голці правильний напрямок, який дозволить ввести її в канал.

Методика виконання:

- при стулених зубах нижню губу і щоку відсовують якомога далі від нижньої щелепи;
- голку вводять у перехідну складку під передньою половиною нижнього першого моляра і просовують вглибину, вниз, вперед до цільового пункту;
- випускають 0,5 мл анестетика, кінцем голки знаходять ментальний отвір і входять у нього;
- проводять аспіраційну пробу;
- випускають 0,25-0,5 мл анестетика;
- притискають м'які тканини в ділянці проекції ментального отвору;
- анестезія настає через 3-5 хвилин.

Місцеві ускладнення місцевого знеболення:

- порушення техніки анестезії;
- інфікування зони знеболення;
- токсична дія анестетика при його надмірному введенні;
- перелом ін'єкційної голки (причина: неправильна техніка уведення в тканини, різкі рухи шприцем);
- пошкодження судин (причина: порушення техніки виконання анестезії (зокрема

туберальної та інфраорбітальної);
- рефлекторна контрактура жувальних м'язів (причина: потрапляння голки в м'язи при порушенні техніки мандибулярної анестезії);
- післяін'єкційні некрози (причина: уведення інших розчинів, наприклад, нашатирного або етилового спирту, хлористого кальцію);
- аспірація або проковтування голки (причина: погана фіксація голки, різкий рух хворого під час анестезії);
- післяін'єкційні абсцеси та флегмони (причина: потрапляння інфекції);
- емфізема (причина: проникання повітря в м'які тканини разом із анестетиком);
- парестезії (причина: пошкодження кінцем голки гілочок трійчастого нерва).

АЛГОРИТМ IV
ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

4.1. Одонтопрепарування під повну металеву штамповану коронку.

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, артикуляційний папір.

Порядок виконання:
- сепарація (відокремлення) препарованого зуба від розміщених поруч зубів;
- препарування апроксимальних поверхонь;
- препарування вестибулярної та оральної поверхонь;
- препарування оклюзійної поверхні (ріжучого краю);
- згладжування переходів між суміжними поверхнями і гострих кутів.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Сепарація (відокремлення) препарованого зуба від розміщених поруч зубів.	Проводиться за допомогою одностороннього диска з алмазним покриттям, повернеим у бік препарованого зуба. Вважається закінченою, якщо диск вільно проходить у міжзубному проміжку.
2.	Препарування апроксимальних поверхонь.	Проводиться за допомогою прямих та ввігнутих дисків з алмазним покриттям. Вважається закінченим, якщо апроксимальні сторони зуба зішліфовані паралельно головній осі зуба до рівня шийки.

3.	Препарування вестибулярної та оральної поверхонь.	Проводиться за допомогою дисків та фасонних головок з алмазним покриттям. Критерії правильності препарування такі ж, як і для апроксимальних поверхонь.
4.	Препарування оклюзійної поверхні (ріжучого краю).	Проводиться на величину товщини штучної коронки (приблизно 0,3 мм) під контролем зубів-антагоністів, з повторенням рельєфу природної оклюзійної поверхні препарованого зуба.
5.	Згладжування переходів між суміжними поверхнями і гострих кутів.	Проводиться фасонними головками.

Студент повинен вказати на основні принципи препарування:

- адекватне знеболення;
- переривчастий режим препарування;
- постійне охолодження препарованого зуба;
- напрямок руху ріжучого інструменту - від шийки зуба до оклюзійної поверхні (за винятком сепарації);
- запобігання травмі навколишніх м'яких тканин.

Унаслідок препарування зуб набуває циліндричної або циліндроконічної форми з паралельними головній осі бічними стінками.

Алгоритм виконання практичної навички

4.2. Одонтопрепарування під напівкоронку

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, внутрішньоротовий паралелометр (ізодром), артикуляційний папір.

Порядок виконання:

- препарування апроксимальних поверхонь;
- препарування оральної поверхні;
- створення П-подібних пазів на апроксимальних поверхнях;
- препарування оклюзійної поверхні і створення поперечного паза;
- згладжування переходів між суміжними поверхнями і гострих кутів.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Препарування апроксимальних поверхонь.	Проводиться за допомогою прямих та ввігнутих дисків з алмазним покриттям. Препарують зубні тканини якомога ближче до губної поверхні, не пошкоджуючи міжзубного контакту. Вважається закінченим, якщо апроксимальні сторони зуба
		зішліфовані у вигляді площин, паралельних головній осі зуба до рівня шийки або злегка на конус, з кутом сходження не більше 3-5 градусів.
2.	Препарування оральної поверхні.	Проводиться за допомогою дисків та фасонних головок з алмазним покриттям. Препарування здійснюється паралельно головній осі зуба, до рівня шийки. Критерії правильності препарування такі ж, як і для апроксимальних поверхонь.
3.	Створення П-подібних пазів на апроксимальних поверхнях.	Проводиться фісурним алмазним бором на апроксимальних поверхнях строго паралельно головній осі зуба за допомогою внутрішньоротового паралелометра (ізодрома). Глибина паза - від 0,5 до 1,5 мм, розміщення - якнайближче до губної поверхні.
4.	Препарування оклюзійної поверхні і створення поперечного паза.	Препарування проводиться на величину товщини штучної коронки (приблизно 0,3 мм) під контролем зубів-антагоністів, з повторенням рельєфу поверхні препарованого зуба. Поперечний паз створюється в одній площині з поздовжніми пазами.
5.	Згладжування переходів між суміжними поверхнями і гострих кутів.	Проводиться фасонними головками.

Студент повинен вказати на основні принципи препарування:

- адекватне знеболення;
- переривчастий режим препарування;
- постійне охолодження препарованого зуба;
- напрямок руху ріжучого інструменту - паралельно головній осі зуба;
- строго паралельне препарування бічних пазів;
- запобігання травмі навколишніх м’яких тканин.

Унаслідок препарування зуб набуває циліндричної або циліндроконічної форми з паралельними головній осі бічними стінками із створеними на них пазами.

Алгоритм виконання практичної навички

4.3. Одонтопрепарування під комбіновану коронку

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, артикуляційний папір.

Порядок виконання:

- сепарація (відокремлення) препарованого зуба від поруч розміщених зубів;
- препарування апроксимальних поверхонь;
- препарування вестибулярної та оральної поверхонь;
- препарування оклюзійної поверхні (ріжучого краю);
- згладжування переходів між суміжними поверхнями і гострих кутів. Проводиться фасонними головками.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Сепарація (відокремлення) препарованого зуба від розміщених поруч зубів.	Проводиться за допомогою одностороннього диска з алмазним покриттям, зверненим у бік препарованого зуба. Вважається закінченою, якщо диск вільно проходить у міжзубному проміжку.
2.	Препарування апроксимальних поверхонь.	Проводиться за допомогою прямих та ввігнутих дисків з алмазним покриттям. Вважається закінченим, якщо апроксимальні сторони зуба зішліфовані під кутом 6-9^{o} до головної осі зуба до рівня шийки.
3.	Препарування вестибулярної та оральної поверхонь.	Проводиться за допомогою дисків та фасонних головок з алмазним покриттям. Критерії правильності препарування такі ж, як і для апроксимальних поверхонь.
4.	Препарування оклюзійної поверхні (ріжучого краю).	Проводиться на величину приблизно 1,3 мм під контролем зубів-антагоністів.
5.	Згладжування переходів між суміжними поверхнями і гострих кутів.	Проводиться фасонними головками.

Студент повинен вказати на основні принципи препарування:

- адекватне знеболення;

- переривчастий режим препарування;

- постійне охолодження препарованого зуба;
- напрямок руху ріжучого інструменту - від шийки зуба до оклюзійної поверхні (за винятком сепарації);
- запобігання травмі навколишніх м'яких тканин.

Унаслідок препарування зуб набуває конічної або циліндроконічної форми з паралельними головній осі бічними стінками.

Алгоритм виконання практичної навички

4.4. Одонтопрепарування під металеву суцільнолиту коронку

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, артикуляційний папір.

Порядок виконання:

- створення межі уступу на препарованому зубі;
- препарування оральної поверхні;
- формування уступу;
- згладжування гострих кутів і переходів між гранями зуба.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ п/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Створення межі уступу на препарованому зубі.	Проводиться кулястим або колесоподібним алмазним бором на відстані 0,2 - 0,5 мм від рівня ясенного прикріплення з вестибулярного і орального боку на глибину 0,5 мм. Інструмент орієнтують вздовж головної осі зуба.
2.	Вкорочування зуба на 1,5 мм.	Проводиться фасонною алмазною головкою або диском. Інструмент орієнтують перпендикулярно до осі зуба.
3.	Препарування вестибулярної поверхні.	Проводиться циліндричною або конічною алмазною головкою з довжиною робої частини, більшою від довжини зуба. Інструмент орієнтують вздовж осі зуба або під невеликим кутом до неї для створення конусності поверхні у 5-7°. Глибина препарування задається створеним на першому етапі уступом.
4.	Препарування апроксимальних поверхонь.	Проводиться тонкою алмазною головкою циліндричної або конічної

		форми на рівні ясенного прикріплення так, щоб не пошкодити апроксимальну поверхню сусіднього зуба. Інструмент орієнтують по осі зуба, після проходження контактного пункту нахиляють у бік ріжучого краю чи оклюзійної поверхні для створення конусності.
5.	Препарування оральної поверхні.	Проводиться аналогічно до препарування вестибулярної поверхні.
6.	Формування уступу.	Проводиться торцевими головками різної форми, що мають алмазне покриття лише на кінчику інструмента, після встановлення ретракційної нитки. Препарування полягає у зішліфуванні твердих тканин зуба на глибину 0.3-0,5 мм в напрямку зубоясенного прикріплення.
7.	Згладжування гострих кутів і переходів між гранями зуба.	Проводиться циліндричною головкою без покриття на торцевій частині.

Студент вказує на основні особливості препарування під суцільнолиті коронки:

- формування кругового уступу прямокутної, напівкруглої або скошеної форми, залежно від конструктивних особливостей штучної коронки;
- комбінування препарування на турбіні (для зняття великої кількості тканин) із препаруванням на швидкісній електробормашині (для кінцевого формування уступу);
- постійне водяне охолодження;
- врахування топографії порожнини зуба та зон безпеки, оскільки зішліфовується значний об’єм твердих тканин.

Алгоритм виконання практичної навички

4.5. Одонтопрепарування під пластмасову коронку

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, артикуляційний папір.

2. Показання та протипоказання до ортопедичного лікування:

1. Показання:

- дефекти коронкової частини фронтальних зубів;
- аномалії форми, величини, положення зубів;
- при малих включених дефектах;

- як провізорна коронка на період виготовлення металокерамічних, суцільнолитих і порцелянових коронок.

2. Протипоказання:

- глибоке різцеве перекриття;
- алергія на пластмасу;
- низька і широка клінічна коронка зуба;
- патологічне стирання зубів;
- бруксизм;
- відсутність бічних зубів (відносне протипоказання);
- дефекти в бічних відділах зубного ряду, особливо I - II класи за Кеннеді (відносне протипоказання).

Порядок виконання:

- препарування уступу (виняток - клиноподібний дефект, коли уступ зробити неможливо);
- з жувальної поверхні або ріжучого краю знімають шар тканин зуба завтовшки приблизно до 1,5 мм**;**
- нахил бічних стінок 3-5^{o};
- згладжування гострих кутів і перевірка ступеня роз'єднання підготовленого зуба з антагоністами як при центральній оклюзії, так і при бічних рухах нижньої щелепи.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Створення межі уступу на препарованому зубі.	Проводиться кулястим або колесоподібним алмазним бором на рівні ясенного прикріплення з вестибулярного і орального боку на глибину під кутом 90^{o}. Інструмент орієнтують вздовж головної осі зуба.
2.	Вкорочування зуба на 1,5 мм.	Проводиться фасонною алмазною головкою або диском. Інструмент орієнтують перпендикулярно до осі зуба.
3.	Препарування вестибулярної поверхні.	Проводиться циліндричною або конічною алмазною голівкою з довжиною робочої частини, більшою від довжини зуба. Інструмент орієнтують вздовж осі зуба або під невеликим кутом до неї для створення конусності поверхні у 3-5^{o}. Глибина препарування задається створеним на першому етапі уступом.
4.	Препарування апроксимальних поверхонь.	Проводиться тонкою алмазною голівкою циліндричної або конічної форми на рівні ясенного

		прикріплення так, щоб не пошкодити апроксимальну поверхню сусіднього зуба. Інструмент орієнтують по осі зуба, після проходження контактного пункту нахиляють у бік ріжучого краю чи оклюзійної поверхні для створення конусності.
5.	Препарування оральної поверхні.	Проводиться аналогічно до препарування вестибулярної поверхні.
6.	Формування уступу.	Уступ доцільно розташовувати на рівні ясенного краю.
7.	Згладжування гострих кутів і переходів між гранями зуба.	Проводиться циліндричною голівкою без покриття на торцевій частині.

Студент вказує на основні особливості препарування під пластмасові коронки:

- формування кругового уступу на рівні ясенного прикріплення під кутом 90^{o};
- комбінування препарування на турбіні (для зняття великої кількості тканин) із препаруванням на швидкісній електробормашині (для кінцевого формування уступу);
- постійне водяне охолодження;
- урахування топографії порожнини зуба та зон безпеки, оскільки зішліфовується значний об’єм твердих тканин.

Алгоритм виконання практичної навички

4.6.Одонтопрепарування під комбіновану суцільнолиту коронку

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, артикуляційний папір.

2. Показання та протипоказання до протезування:

1. Показання:

- дефекти коронкової частини зуба;
- аномалії форми, величини, положення зубів;
- неможливість реставрації зубів пломбами і вкладками;
- підвищені естетичні вимоги;
- патологічна рухомість зубів (створення шинуючої конструкції);
- невеликі включені дефекти зубних рядів (створення опорних елементів мостоподібного протеза);
- алергічні реакції на пластмасу і метал.

2. Протипоказання:
абсолютні:
- протезування недепульпованих зубів у дітей та підлітків;
- низькі або плоскі клінічні коронки зубів з тонкими стінками, коли неможливо зішліфувати тверді тканини на товщину металокерамічної коронки без розкриття порожнини;
- великі дефекти зубних рядів (за відсутності більше 3-4 зубів), коли виражені пружні деформації проміжної частини мостоподібного протеза можуть призвести до відколювання фарфору);
- захворювання тканин пародонта III ступеня тяжкості.
відносні:
- різці нижньої щелепи з живою пульпою і невисокою клінічною коронкою;
- аномалії прикусу з глибоким різцевим перекриттям;
- патологічне стирання твердих тканин зубів;
- парафункція жувальних м'язів.
Порядок виконання:
- створення межі уступу на препарованому зубі;
- вкорочування зуба на 1,5 мм;
- препарування вестибулярної поверхні;
- препарування апроксимальних поверхонь;
- препарування оральної поверхні;
- формування уступу;
- згладжування гострих кутів і переходів між гранями зуба.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Створення межі уступу на препарованому зубі.	Проводиться кулястим або колесоподібним алмазним бором на відстані 0,2 - 0,5 мм від рівня ясенного прикріплення з вестибулярного і орального боку на глибину 0,8 - 1,3 мм. Інструмент орієнтують вздовж головної осі зуба.
2.	Вкорочування зуба на 1,5 мм.	Проводиться фасонною алмазною голівкою або диском. Інструмент орієнтують перпендикулярно до осі зуба.
3.	Препарування вестибулярної поверхні.	Проводиться циліндричною або конічною алмазною голівкою з довжиною робочої частини, більшою від довжини зуба. Інструмент орієнтують вздовж осі зуба або під невеликим кутом до неї для створення конусності поверхні у 5-

		7°. Глибина препарування задається створеним на першому етапі уступом.
4.	Препарування апроксимальних поверхонь.	Проводиться тонкою алмазною голівкою циліндричної або конічної форми на рівні ясенного прикріплення так, щоб не пошкодити апроксимальну поверхню сусіднього зуба. Інструмент орієнтують по осі зуба, після проходження контактного пункту - нахиляють у бік ріжучого краю чи оклюзійної поверхні для створення конусності.
5.	Препарування оральної поверхні.	Спочатку проводиться коротким циліндричним бором у пришийковій ділянці, потім - кулястою голівкою, із створенням простору у 1,5-2,0 мм щодо до зубів-антагоністів під контролем артикуляційного паперу.
6.	Формування уступу.	Проводиться торцевими головками різної форми, що мають алмазне покриття лише на кінчику інструмента, після встановлення ретракційної нитки. Препарування полягає у зішліфовуванні твердих тканин зуба на глибину 0,3-0,5 мм в напрямку зубоясенного прикріплення.
7.	Згладжування гострих кутів і переходів між гранями зуба.	Проводиться циліндричною голівкою без покриття на торцевій частині.

Помилки при ортопедичному лікуванні металокерамічними коронками:
Клінічні:
- травматичний пульпіт;
- вторинний карієс;
- порушення фіксації;
- сколювання облицювання, якщо зуб відпрепарований без уступу;
- косметичний дефект у пришийковій ділянці;
- травма маргінального пародонта.

При знятті відбитка**:**
- неякісна відбиткова маса;
- неправильне приготування компонентів маси;
- неякісне відображення пришийкової ділянки.

Студент вказує на основні особливості препарування під естетичні коронки:
- формування кругового уступу прямокутної, напівкруглої або скошеної форми, залежно від конструктивних особливостей штучної коронки;
- комбінування препарування на турбіні (для зняття великої кількості тканин) із препаруванням на швидкісній електробормашині (для кінцевого формування уступу);
- постійне водяне охолодження;
- врахування топографії порожнини зуба та зон безпеки, оскільки зішліфовується значний об'єм твердих тканин;
- запобігання ускладнень.

Алгоритм виконання практичної навички

4.7. Одонтопрепарування під куксову штифтову вкладку та моделювання її із воску.

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з твердих сортів гіпсу або пластмаси, зафіксовані в оклюдаторі у положенні центральної оклюзії, стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), комплект дисків з дискотримачами та фасонних головок з алмазним покриттям, глибиномір з ендоскопом.
Порядок виконання:
- підготовка каналу кореня;
- розширення кореневого каналу;
- препарування над'ясенної частини кукси зуба.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підготовка каналу кореня.	Проводиться за допомогою кулястих та конусоподібних фісурних алмазних головок строго вздовж осі зуба (контроль - пломбувальний матеріал у кореневому каналі). Глибина препарування контролюється глибиноміром з ендоскопом відповідно до даних рентгенографії.
2.	Розширення кореневого каналу, проходження кореневого каналу на $^2/_3$ за допомогою К та Н-файлів, гейтс-дрільборів.	Стінки кореневого каналу повинні бути ретельно механічно оброблені, гладкими в межах здорових тканин.
3.	Препарування над'ясенної частини кукси зуба.	Зішліфовують стоншені краї емалі, устю канала надається овальна

		форма або препаруються додаткові бічні заглиблення для запобігання ротації (провертання) вкладки в кореневому каналі.
4.	Підбір штифта та моделювання куксової вкладки. Розігрівають воскову репродукцію та вводять у кореневий канал. Надкореневу частину воскової репродукції моделюють за формою кукси зуба, що препарується. Виводять штифт та охолоджують у воді. Віддають воскову репродукцію в ливарню для заміни воску на метал. Кореневий канал закривають тимчасовим цементом.	Штифт повинен відповідати формі та розміру кореневого каналу і щільно прилягати до стінок. На нього наносять віск. Розм'якшений віск має повністю заповнювати простір між штифтом та стінкою кореня. Надкоренева частина кукси повинна відповідати за формою та оклюзійними відносинами зуба, що протезується. Воскова репродукція має бути твердою. Воскова репродукція має бути з чіткими краями, без напливів воску. Кореневий канал має бути герметично закритий турундою з антисептиком.

Студент повинен вказати на основні принципи препарування коренового каналу та моделювання куксової вкладки :

- напрямок руху ріжучого інструменту строго паралельно осі кореневого каналу;
- бережливе препарування твердих тканин над'ясенної частини кукси зуба;
- моделювання розігрітим воском з поступовим охолодженням;

герметичне закриття кореневого каналу тимчасовою пломбою.

Алгоритм виконання практичної навички

4.8. Вибіркове пришліфовування зубів

Усунення деформації зубних рядів, котрі є перепоною для правильної оцінки артикуляційних рухів нижньої щелепи; виявлення супраконтактів повинно передувати вибірковому пришліфовуванню зубів.

Найбільш зручною та практичною є класифікація супраконтактів за Jankelson (1955). Згідно з цією класифікацією поверхня схилу горбків позначається цифрами I, II, III, а відповідні поверхні антагоністів I а, II а, III а.

Клас I - вестибулярні схили щічних горбків нижніх молярів, премолярів та вестибулярна поверхня нижніх передніх зубів. Клас I а - оральні схили

щічних горбків нижніх молярів, премолярів та вестибулярна поверхня нижніх передніх зубів.

Клас II - оральні схили піднебінних горбків верхніх молярів та премолярів. Клас II а - вестибулярні схили язикових горбків нижніх молярів та премолярів.

Клас III - вестибулярні схили піднебінних горбків верхніх молярів та премолярів. Клас III а - оральні схили щічних горбків нижніх молярів та премолярів.

При наявності рухомих зубів II ст. перед зішліфовуванням їх тимчасово шинують.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- анатомо-фізіологічну характеристику жувального апарату при захворюваннях тканин пародонта;
- класифікацію захворювань тканин пародонта (1998 р.);
- особливості обстеження хворого на пародонтит та пародонтоз;
- значення рентгенологічного обстеження при встановленні остаточного діагнозу;
- аналіз функціонального стану зубощелепного апарату при пародонтиті та пародонтозі;
- одонтопародонтограму Курляндського: поняття про функціональну патологію, резервна залишкова потужність пародонта;
- види стабілізації зубних рядів;
- біомеханічні основи шинування зубів;
- травматичну оклюзію, діагностику, клінічні ознаки, морфологічні та функціональні зміни в зубощелепному апараті за наявності травматичної оклюзії;
- етіологію, клініку прямого та відображеного травматичного вузла.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- травматична оклюзія при комплексному лікуванні захворювань тканин пародонта;
- вторинна деформація зубних рядів(феномен Попова-Годона);
- наявність аномалій зубощелепної системи (порушення функціональної оклюзії);
- наявність нестабільної центричної оклюзії;
- патологічна активність жувальних м’язів при порушенні оклюзії;
- при комплексному лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглоба;
- корекція функціональної оклюзії на імплантатах;
- корекція функціональної оклюзії при терапевтичних реставраціях;
- корекція функціональної оклюзії на етапах ортодонтичного лікування;
- корекція функціональної оклюзії після хірургічного лікування аномалій зубощелепного апарату.

2. Протипоказання:
- наявність кардіальної патології, епілепсії або будь-якої некомпенсованої соматичної патології;
- будь-які больові прояви у зубощелепному апараті;
- гіперестезія твердих тканин зубів;
- різко виражене стирання зубів;
- нестабільний психо-емоційний статус пацієнта;
- значні аномалії зубощелепного апарату.

Послідовність методики вибіркового пришліфовування зубів.

У перше відвідування хворого проводиться клінічне обстеження, аналіз рентгенограм щелеп, визначають показання до вибіркового пришліфовування зубів. У важких випадках можна отримати діагностичні моделі щелеп і оглядові оклюдограми.

Маркування супраконтактів. Для виявлення передчасних контактів застосовується артикуляційний папір або пластинка бюгельного воску, вирізана відповідно до величини та форми зубного ряду. Таку пластинку накладають на нижній зубний ряд і просять хворого спокійно закрити рота до першого відчуття змикання зубів у положенні центральної оклюзії, після чого пластинку обережно виймають з ротової порожнини, промивають в холодній проточній воді, далі аналізують при хорошому освітленні. Супраконтакти виявляються як ділянки стоншеного і перфорованого воску. Далі оклюдограму можна накласти на зубний ряд діагностичних моделей і «розмалювати».

Після вивчення діагностичних моделей і оклюдограм проводиться *попереднє пришліфовування* зубів.

У *перше відвідування* необхідно виявити передчасні контакти (III класу) в дистальній оклюзії.

В *друге відвідування* перевіряють і коректують результати першого етапу.

В *третє відвідування* необхідно перевірити результати вибіркового пришліфовування попереднього етапу - передчасні контакти I класу.

В *четверте відвідування* перевіряють оклюзійні контакти II класу в звичній оклюзії.

П'яте відвідування - контрольне, проводиться не раніше, ніж через 10-14 днів після 4-го відвідування.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	У *перше відвідування* необхідно виявити передчасні контакти (III класу) в дистальній оклюзії.	Для цього пацієнта просять декілька разів зімкнути і розімкнути щелепи для зняття напруження в м'язах. Потім артикуляційний папір розміщують на верхній щелепі і просять пацієнта зімкнути зуби. Передчасні оклюзійні

		контакти виявляються у вигляді зафарбованих щічних скатів піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів. Пришліфовування здійснюють за допомогою алмазного бора конусоподібної форми на турбінній установці. Корекцію проводять декілька разів з повторним накушуванням артикуляційного паперу до повної ліквідації передчасних контактів. По закінченні кожного сеансу оброблені зуби покривають препаратами, які містять фтор. Наступний етап провести через 3-5 днів.
2.	В *друге відвідування* перевіряють і коректують результати першого етапу.	Копіювальний папір накладають на нижній зубний ряд, попередньо висушивши його струменем повітря або ватним тампоном. Пацієнт змикає зубні ряди в звичній для нього оклюзії. На цьому етапі вибіркового пришліфовування усувають передчасні контакти I класу. Спочатку на бічній групі зубів, а потім на різцях і іклах. Корекцію їх починають з вирівнювання оклюзійної кривої, укорочення коронок зубів, які виступають із зубної дуги. На вестибулярній поверхні коронок передчасні контакти згладжують в медіодистальному напрямку.
3.	В *третє відвідування* необхідно перевірити результати вибіркового пришліфовування попереднього етапу, передчасні контакти II класу.	Після цього оклюзійний папір переносять на верхній зубний ряд і виявляють передчасні оклюзійні контакти II класу, які локалізуються на піднебінній поверхні піднебінних горбків верхніх молярів і премолярів. Пришліфовування проводиться легкими згладжуючими рухами під кутом 45^{o} до екватора коронки в напрямку від екватора до верхівки горбка, висота якого залишається незмінною. Контакти II класу виявляються в звичній оклюзії. Після пришліфовування зуби покривають фторвмісним лаком. Період адаптації пацієнта закінчується на 3-5 день.
4.	В *четверте відвідування*	Потім проводять перевірку щічної

	перевіряють оклюзійні контакти III класу у звичній оклюзії.	поверхні піднебінних горбків, де локалізуються передчасні контакти III класу у звичній (центральній) оклюзії.
5.	*П'яте відвідування* - контрольне, проводиться не раніше, ніж через 10-14 днів після 4-го відвідування.	За цей період проходить повна адаптація до нових оклюзійних співвідношень. Під час останнього відвідування згладжують і полірують шорсткі поверхні на горбках премолярів, молярів, на вестибулярній поверхні і ріжучих краях різців та іклів.

АЛГОРИТМ V
ПЛАНУВАННЯ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА

5.1. Планування конструкції протеза при III класі за Кеннеді

5.1.1. При III класі за Кеннеді на верхній щелепі

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з дефектами зубних рядів III класу за Кеннеді.

Модель верхньої щелепи - відсутні 18, 16, 15, 14, 25, 26, 28 зуби, 13, 12, 11, 21, 22, 23 мають каріозні ураження, 24 зруйнований на $^{2}/_{3}$.

***Діагноз*:** Дефект твердих тканин 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 зубів, часткова втрата зубів, III клас I підклас за Кеннеді.

Показано виготовлення естетичних коронок (фарфорових, композитних, металокерамічних або металопластмасових) на 13, 12, 11, 21, 22 зуби, відновлення 24 куксовою литою або комбінованою вкладкою (анкерні штифти з надбудовою з матеріалу для відновлення кукси зуба) та виготовлення суцільнолитих комбінованих (металокерамічних або металопластмасових) мостоподібних протезів з опорою на 17, 13 та 23, 24, 27 зуби.

Обґрунтування конструкції. Естетичні коронки на зуби фронтальної групи показані для заміщення дефекту твердих тканин і створення хорошого естетичного вигляду; перед протезуванням значний дефект 24 зуба підлягає відновленню штифтовою конструкцією. Включені дефекти у бічних відділах заміщують мостоподібними протезами (дефекти середнього розміру, обмежені з обох боків стійкими зубами). Кількість опорних зубів студент розраховує статичним методом за Агаповим, втрачені 18 та 28 зуби не відновлюються.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- показання та протипоказання до заміщення дефектів зубних рядів незнімними (мостоподібними) конструкціями;
- біомеханіку мостоподібних протезів;
- вимоги до опорних зубів під незнімні мостоподібні конструкції;
- топографо-анатомічні особливості опорних зубів;
- особливості підготовки опорних зубів для виготовлення мостоподібних протезів;
- показання та клініко-лабораторні етапи виготовлення тимчасових протезів;

- конструкції мостоподібних протезів;
- показання та клініко-лабораторні етапи виготовлення штамповано-паяних мостоподібних протезів;
- показання та клініко-лабораторні етапи виготовлення суцільнолитих мостоподібних протезів;
- показання та клініко-лабораторні етапи виготовлення металокерамічних мостоподібних протезів;
- показання та клініко-лабораторні етапи виготовлення адгезивних мостоподібних протезів;
- показання та клініко-лабораторні етапи виготовлення безметалевих мостоподібних протезів;
- можливі помилки та ускладнення незнімного протезування.

3. Показання і протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання**:**
- часткові дефекти зубних рядів (відсутність 1-3 зубів у бічних ділянках та 1-4 зубів у фронтальній ділянці);
- патологічне стирання зубів;
- наявність незнімних конструкцій, що не відповідають естетичним та функціональним вимогам;
- виготовлення функціонально та естетично правильної конструкції мостоподібного протеза.

2. Протипоказання:

абсолютні.
- пародонтит III ступеня;
- вітальні зуби у підлітків (відсутність можливості глибокого препарування до 2-х мм);
- дистально необмежені дефекти зубних рядів.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в крісло, підготувати стоматологічну установку. Накрити пацієнта серветкою.	Пацієнта потрібно розмістити так, щоб його тіло розташовувалось відносно сидіння під кутом 30^{o}; голова спирається на підголівник крісла і розміщується на рівні грудей лікаря.
2.	Лікар зобов'язаний провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом, надіти рукавички, обробити дезрозчином.
3.	Взяти набір інструментів для огляду.	Дзеркало, пінцет, зонд.
4.	Вибрати конструкцію мостоподібного протеза, враховуючи: - стан тканин пародонта	Суцільнолитий мостоподібний протез: Показаний при включених дефектах зубних рядів у випадку відсутності 1-3 зубів. Опірні зуби повинні бути стійкі з

	всіх наявних зубів; - клас та протяжність дефекту; - тонус жувальних м’язів; - вид прикусу.	достатньою висотою клінічної коронки, щоб після їх препарування можливо було створити міжоклюзійний простір в 0,4± 0,1 мм. ***Показання до виготовлення***: патологічне стирання зубів, бруксизм, пародонтит I-II ступеня. ***Протипоказання***: пародонтит III ступеня. Металокерамічні протези. Виготовляють: - при дефектах зубних рядів з втратою 2-3 зубів (при великих дефектах можливе перевантаження пародонта опорних зубів); - висота клінічної коронки опорних зубів повинна бути такою, щоб після препарування міжоклюзійний простір був у 1,5-2,0 мм; ***Показання***: підвищена стертість тканин зубів, алергія на пластмасове облицювання. ***Протипоказання:*** - вітальні зуби у підлітків через значне препарування (до 2 мм), що може викликати ушкодження або загибель пульпи; - низькі або плоскі клінічні коронки опорних зубів, при яких неможливо обробити тверді тканини зуба на товщину металокерамічної коронки без ушкодження пульпової камери; - пацієнтам з парафункцією жувальних м’язів металокерамічні протези протипоказані через небезпеку розколювання порцеляни. Безметалеві мостоподібні конструкції. Застосовують: - при дефектах зубних рядів з малою і середньою довжиною (у передньому відділі до 3-х зубів; у бічному - до 2-х); - при явищах гальваноза чи алергійних явищах на облицювальні матеріали (пластмаса). Мостоподібні протези з опорою на вкладки.

		Застосовують: - при низьких клінічних коронках опорних зубів; - при конвергенції чи дивергенції опорних зубів; - при малих дефектах зубних рядів (дефект не повинен перевищувати довжину 1,5 мм). <u>Штамповано-паяні мостоподібні протези:</u> - при дистально-обмежених дефектах зубного ряду середньої довжини (2-3 зуба); - зі стійкими опорними зубами, що мають живу пульпу; - при низьких клінічних коронках опорних зубів. <u>Пластмасові мостоподібні протези:</u> Використовують: - при малих і середніх дефектах зубних рядів; - як тимчасові при протезуванні вітальних зубів.

Алгоритм виконання практичної навички

5.2.Планування конструкції протеза при I класі за Кеннеді

5.2.1. При I класі за Кеннеді на верхній щелепі

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з дефектами зубних рядів I клас за Кеннеді.

Модель верхньої щелепи - відсутні всі зуби бічної групи до рівня іклів з обох боків, склепіння піднебіння добре виражене, верхньощелепні горби помірно атрофовані, 13 та 23 зуби стійкі, нормальної висоти.

***Діагноз*:** часткова втрата зубів, I клас за Кеннеді.

Показано виготовлення часткового знімного пластинкового протеза на верхню щелепу з кламерною фіксацією. При застосуванні гнутих дротяних кламерів 13 та 23 зуби необхідно покрити металевими штампованими коронками. Альтернативний варіант - бюгельний протез або пластинковий з металевим базисом. Можлива замкова фіксація на 13 та 23 зубах, які в цьому випадку покривають комбінованими коронками.

Обґрунтування конструкції. Для заміщення дистально необмежених дефектів основними є знімні конструкції (пластинкові та бюгельні протези), які передають частину жувального тиску на альвеолярний відросток і тверде піднебіння; незнімні конструкції при обширних кінцевих дефектах не показані. Коронки на 13 та 23 зуби служать допоміжними елементами фіксації або захищають опорні зуби від абразивної дії кламерів.

Студент на моделі окреслює межі знімного протеза: з вестибулярного боку - на рівні перехідної складки, огинаючи щічно-альвеолярні складки слизової оболонки в ділянці премолярів, з перекриттям верхньощелепних горбів. З піднебінного боку дистальна межа пластинкового протеза може бути зменшена - не доходити до лінії «А» на 0,5-1,0 см (залежно від вираженості склепіння піднебіння і верхньощелепних горбів), у фронтальному відділі - проходить на рівні шийок зубів. При виготовленні бюгельного протеза дуга моделюється у вигляді широкої пластинки завтовшки 1,0-1,5 мм, розміщеної у задній третині твердого піднебіння. Виготовлення пластинкового протеза з металевим базисом показано при частих переломах базису, синдромі неприйняття акрилового базису.

Алгоритм виконання практичної навички

5.2.2. Планування конструкції протезів при I класі за Кеннеді на нижній щелепі

1. Матеріальне забезпечення: моделі з дефектами зубних рядів, хімічний олівець.

Модель нижньої щелепи - часткова втрата зубів (відсутні всі зуби, за винятком іклів). Ікла стійкі, нормальної висоти. Альвеолярна частина нижньої щелепи в ділянках дефектів помірно атрофована, трикутної форми.

***Діагноз*:** часткова втрата зубів, I клас, I підклас за Кеннеді.

Показано виготовлення часткового знімного пластинкового протеза з кламерною фіксацією на іклах, які треба покрити металевими штампованими коронками. Альтернативні варіанти: пластинковий протез з фіксацією на телескопічних коронках, штанзі Румпеля або вкладках з кулястими атачменами.

Обґрунтування конструкції. Кламерна фіксація найбільш проста у виготовленні, проте найменш естетична. Усі вказані альтернативні варіанти здатні забезпечити більш надійну фіксацію, а об'єднання зубів штангою показане при необхідності їх шинування (рухомості I ступеня). Застосування вкладок з кулястими атачменами зменшує вивихувальний момент сил на опорний зуб і таким чином подовжує термін його функціонування.

На моделі студент окреслює межі протеза: з вестибулярного боку - по перехідній складці, огинаючи вуздечку нижньої губи і щічно-альвеолярні складки в ділянках премолярів, у дистальному відділі - до ретромолярних горбків, з орального боку - по дну ротової порожнини, огинаючи вуздечку язика. При кламерній фіксації базис у ділянці іклів з вестибулярного боку відсутній. При застосуванні кулястих атачменів протез виготовляється за типом покривного з межами базису, як у повного знімного протеза.

Алгоритм виконання практичної навички

5.3. Планування конструкції протезів при II класі за Кеннеді

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з дефектами зубних рядів, хімічний олівець.

Модель верхньої щелепи - відсутні 18, 16, 15, 14, 25, 26, 27, 28 зуби, 13, 12, 11, 21, 22, 23 мають рухомість I ст., 17, 24 - інтактні, стійкі, альвеолярні відростки в ділянках дефектів помірно атрофовані, верхньощелепні горби і склепіння піднебіння добре виражені.

Діагноз: часткова втрата зубів, II клас за Кеннеді.

Показано виготовлення бюгельного протеза з шинуючими пристосуваннями. У конструкції потрібно передбачити заднє положення дуги у вигляді широкої плоскої пластини, яка не торкатиметься піднебіння у ділянці кінцевого дефекту на 0,5-1,0 мм; багатоланковий кламер Кеннеді у передній ділянці, кламер Роуча на 13 та кламер зворотної дії на 24 зуби для шинування фронтальної групи зубів; кламер Аккера на 17 зуб для забезпечення фіксації протеза.

Обґрунтування конструкції. Бюгельний протез є найбільш оптимальною конструкцією в даному випадку, оскільки одночасно із заміщенням обох дефектів здатний забезпечити шинування рухомих зубів і раціональний розподіл жувального тиску. Віддалення дуги від піднебіння в ділянці кінцевого дефекту повинно компенсувати занурення кінцевого сідла у слизову оболонку під час навантаження.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- конструкції бюгельних протезів та кламерів;
- показання та протипоказання до виготовлення бюгельних протезів з різними елементами фіксації (кламери, телескопічні фіксатори, замкові фіксатори);
- мету та завдання паралелометрії;
- 3 способи проведення паралелометрії та показання до кожного з них;
- стани проведення паралелометрії при кожному способі;
- доцільність і необхідність пошуку шляху уведення протеза;
- знати доцільність та необхідність пошуку і визначення загальної межової лінії;
- доцільність та необхідність проведення калібрування піднутрень;
- загальну класифікацію литих кламерів, телескопічних фіксаторів, замкових фіксаторів;
- класифікацію кламерів системи Нея;
- показання, правила розміщення та використання литих кламерів, кламерів системи Нея, телескопічних та замкових фіксаторів;
- загальні правила розподілу навантаження та планування конструкції за допомогою кламерів, телескопічних фіксаторів, замкових фіксаторів при різних клінічних ситуаціях;

- правила розміщення дуги та сідел бюгельного протеза на верхній чи нижній щелепах, при використанні різних фіксуючих та опорних елементів, при різних клінічних ситуаціях та групах за Кеннеді;
- етапи виготовлення бюгельних протезів та матеріали, що застосовуються на клінічних та лабораторних етапах;
- помилки та ускладнення при протезуванні бюгельними протезами;
- показання та протипоказання до виготовлення бюгельних протезів.

Основні поняття та дії:

- попередню оцінку діагностичних моделей у паралелометрі проводять для визначення та планування конструкції майбутнього бюгельного протеза. При цьому звертають увагу на можливість розміщення (при даній клінічній ситуації) всіх необхідних фіксуючих, ретенційних та оклюзійних елементів;
- паралелометр використовують для визначення напрямку шляху уведення чи виведення протеза;
- визначення загальної межової лінії необхідне при плануванні розміщення на опорних зубах опорних чи утримуючих частин та елементів майбутніх кламерів і поділу зуба на оклюзійну та ретенційну поверхні;
- калібрування проводиться для визначення глибини піднутрень (утримуючої, ретенційної зони), за допомогою нього визначається, де буде розміщуватись ретенційна частина майбутнього кламера, а також визначається необхідність заливки піднутрень;
- визначення залежно від положення опорних зубів та локалізації дефектів зубного ряду, форми, розміру та положення майбутньої дуги щодо альвеолярного відростка;
- визначення меж базису бюгельного протеза;
- при виготовленні суцільнолитих конструкцій;
- при виготовленні бюгельних протезів на замкових фіксаторах;
- при виготовленні протезів на телескопічних фіксаторах.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Взяти діагностичну модель і встановити в паралелометр.	Модель добре зафіксована в паралелометрі всіма гвинтами, її протетична площина паралельна поверхні предметного столика паралелометра.
2.	Оцінити модель щодо виготовлення бюгельного протеза.	Визначити клас дефекту зубного ряду за Кеннеді. Знати показання та протипоказання до виготовлення бюгельних протезів при різних клінічних ситуаціях.
3.	Визначити опорні зуби.	Залежно від класифікації дефектів за Кеннеді визначаються опорні зуби (які мають бути опорними при різних класах дефектів за Кеннеді, залежно від їх функціонального стану). Знати вимоги до опорних зубів.

4.	Визначити види кламерів, які доцільні при даній клінічній ситуації.	Знати всі 5 видів кламерів за системою Нея, їх різновиди, показання до застосування та привила розміщення на зубі. Знати, як той чи інший кламер розподіляє навантаження на опорний зуб чи альвеолярний відросток. Знати вимоги до кожного кламера.
5.	Визначити спосіб проведення паралелометрії.	Знати 3 способи проведення паралелометрії. Залежно від класу дефекту за Кеннеді та нахилу опорних зубів знати показання до кожного із 3-х способів паралелометрії. Довільний - опорні зуби паралельні між собою та перпендикулярні протетичній площині чи цоколю моделі. Логічний - опорні зуби паралельні між собою, але мають виражений нахил в один бік. Метод визначення середнього нахилу повздовжніх осей опорних зубів - опорні зуби мають нахил у різні напрямки і не паралельні між собою. Знати мету паралелометрії - визначення шляху уведення та виведення протеза. Знати завдання паралелометрії - визначення загальної межової лінії, глибини піднутрення та ін.
6.	На встановленій у паралелометр моделі почати проводити паралелометрію. Визначити напрямок шляху уведення та виведення протеза.	За допомогою пошукового стержня визначити нахил опорних зубів на зафіксованій моделі на предметному столику паралелометра. При логічному - по одному із 4-х положень моделі визначити домінуючий нахил опорних зубів, переднє положення чи нахил, задній нахил, лівий, правий. Після визначення нахилу та шляху уведення визначити оптимальне співвідношення і розміщення ретенційної та оклюзійної поверхонь по опорних зубах. Зафіксувати модель у даному нахилі. В середині моделі за необхідності покласти орієнтир, що зафіксує нахил моделі в паралелометрі. При різних нахилах зубів - правильно перенести їх нахил на бічну поверхню цоколя, вибравши зуби, що належать до однієї функціональної групи. Визначити бісектриси цих кутів. Узявши дві такі бісектриси в паралелометрі, встановити модель так, щоб, дивлячись зі сторони кожної

		з бісектрис, вона була паралельна пошуковому стержню. Зафіксувати це положення моделі на предметному столику.
7.	Провести визначення загальної межової лінії. У випадку невигідного положення межової лінії рекомендувати допрепарувати опорні зуби або виготовити коронки з відповідним екватором.	Не змінюючи положення моделі на столику паралелометра, замінити пошуковий стержень на стержень із грифелем. Обережно, щільно, але не сильно притискаючи модель до грифеля (чи навпаки), провести загальну межову лінію навколо кожного опорного зуба. Знати види нахилу чи розміщення межової лінії на опорних зубах (високе розміщення, низьке, по діагоналі, по екватору зуба). Після того, як поділили зуб на оклюзійну та ретенційну поверхні, визначити для кожного опорного зуба та вибраного до нього кламера, де буде розміщуватись ретенційна та опорна його частини.
8.	Провести калібровку моделі за допомогою 0,25; 0,5; 0,75 мм калібрів.	Не змінюючи положення моделі на предметному столику паралелометра, замінити стержень з грифелем на стержень з калібром 0,25; 0,5; 0,75 мм, залежно від вираженості піднутрень. Калібр повинен одномоментно торкатись зуба стержнем у точці екватора, а калібром у піднутренні. Точка, де калібр торкається зуба, маркується олівцем. Потрібно знати, що при одній і тій самій товщині кламера його жорсткість буде більш виражена при більшій глибині піднутрень. Вибрана та зафіксована точка піднутрення вказуватиме на місце, де буде закінчуватись ретенційна чи утримуюча частина кламера. Глибина піднутрень вказує також на необхідність майбутної ізоляції піднутрень воском на етапі дублювання моделі.
9.	Нанести малюнок майбутнього кламера на діагностичну модель.	Маючи загальну екваторну лінію та проведену калібровку моделі з урахуванням глибини піднутрень, виду майбутнього кламера на кожному опорному зубі та його жорсткості, нанести маркером малюнок кламерів на кожний опорний зуб. Правильно накреслити, розмістити оклюзійні та ретенційні елементи кожного типу кламера за системою Нея на поверхні зуба.

10.	Нанести малюнок сідел протеза та дуги бюгельного протеза.	Маючи на моделі місця розміщень кламерів,нанести малюнок сідел у місці дефектів зубних рядів. Враховуючи щелепу (верхня чи нижня), локалізацію дефектів, розміщення кламерів чи інших конструкційних елементів, вибрати форму та розмір (ширину) дуги (на нижній щелепі), враховуючи положення рухомої слизової оболонки на верхній - лінію «А». Малюнок нанести маркерами на гіпсову модель чи встановити (якщо артикулятор магнітний).
11.	Перевірити оклюзійні співвідношення та наявність місця під майбутні елементи конструкції бюгельного протеза.	Загіпсувати модель у положенні центральної оклюзії (за допомогою блоків) в артикуляторі. У положенні центральної оклюзії перевірити наявність простору та місця для майбутніх оклюзійних накладок і опорних елементів конструкції. При відсутності простору для елементів кламерів зі сторони зубів-антагоністів запланувати його створення, помітити червоним маркером місця допрепарування зуба.
12.	Підбити підсумок аналізу діагностичної моделі та надати рекомендації, якщо в тому є необхідність.	Визначитися та затвердити положення кожного елемента конструкції. Узгодити з пацієнтом необхідність покращення ретенційних та опорних умов на опорних зубах. При необхідності рекомендувати створення фісур для опорних елементів чи виготовлення коронок з необхідним кутом нахилу для оптимізації положення загальної межової лінії на опорних зубах. Малюнок з моделі перенести на наряд. Рекомендації записати в наряд на роботу. Моделі з прикусними валиками чи гіпсоблоками зняти з артикулятора та покласти на наряд роботи.
13.	Закінчити роботу.	На моделях із змодельованою конструкцією встановити литникову систему і передати в литво.

Алгоритм виконання практичної навички

5.4. Планування конструкції протеза при повній втраті зубів

5.4.1. При повній відсутності зубів на верхній щелепі

1. Матеріальне забезпечення: моделі щелеп з різними типами атрофії щелеп, хімічний олівець.

Модель верхньої щелепи - повна втрата зубів, виражені кісткові виступи в ділянці іклів альвеолярний відросток у фронтальній ділянці мало

атрофований, грушоподібної форми, торус різко виражений, склепіння піднебіння високе, верхньощелепні горби виражені.

Діагноз: беззуба верхня щелепа, I тип атрофії за Шредером.

Показано виготовлення знімного пластинкового протеза з пелотами, фронтальна група зубів - без моделювання штучних ясен («на дотику»), в ділянці торуса - м'яка підкладка. Для виготовлення протеза потрібно зняти диференційований робочий відбиток.

Обґрунтування конструкції. Відсутність базису у фронтальній ділянці з вестибулярного боку покращує естетику протеза, а пелоти забезпечують надійну фіксацію. Підкладка повинна зменшувати тиск на торус під час жувального навантаження.

На моделі студент окреслює межі базису протеза: з вестибулярного боку на рівні перехідної складки, огинаючи вуздечку верхньої губи, вздовж щічно-альвеолярної складки в ділянці премолярів, далі - по перехідній складці, з перекриттям верхньощелепних горбів, з піднебінного боку - по лінії «А» (перекриття на 0,5 мм, орієнтир - сліпі ямки).

Алгоритм виконання практичної навички

5.4.2. Планування конструкції протеза при повній відсутності зубів на нижній щелепі

1. Матеріальне забезпечення: моделі беззубих щелеп, хімічний олівець.

Модель нижньої щелепи - повна відсутність зубів, альвеолярна частина помірно атрофована у фронтальній ділянці і різко атрофована - у бічній, виражені поздовжні складки слизової оболонки. Внутрішня коса лінія різко виражена.

***Діагноз*:** беззуба нижня щелепа, III тип атрофії за Келлером.

Показано виготовлення повного знімного пластинкового протеза з м'якою підкладкою в ділянці внутрішньої косої лінії.

Обґрунтування конструкції. Даний тип атрофії сприятливий для виготовлення пластинкового протеза, а застосування м'якої підкладки запобігає травмуванню слизової оболонки і покращує фіксацію протеза.

Студент на моделі окреслює межі знімного протеза: з вестибулярного боку - на рівні перехідної складки, огинаючи вуздечку нижньої губи і щічно-альвеолярні складки в ділянці премолярів; у дистальному відділі - з перекриттям ретромолярних горбків на 0,5-1,0 мм; з орального боку - по дну ротової порожнини, огинаючи вуздечку язика. Окремо відмічає межі м'якої підкладки - на 0,5 см по обидва боки від внутрішньої косої лінії.

АЛГОРИТМ VI
ВИГОТОВЛЕННЯ ВКЛАДКИ ПРЯМИМ МЕТОДОМ

6.1. Виготовлення вкладки прямим методом на гіпсовій моделі

1. Матеріальне забезпечення: Фантом із щелепами загіпсованими в артикулятор, віск – «Лавакс», спиртівка або сухе пальне, відрізки кламерного дроту, металеві матриці, золота харчова фольга, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, гладилка, шпатель, крампонні щипці, лоток), ватні тампони, спирт, перекис водню, склянка з водою..

Порядок виконання:

- підготовка порожнини від вкладку її оцінка;
- приготування моделювального матеріалу;
- моделювання вкладки, оформлення її поверхні;.
- виведення вкладки із порожнини зуба та її оцінка;
- передача вкладки у зуботехнічну лабораторію.
-

6.1.1. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при I класі за Блеком

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Порожнини I класу за Блеком знаходяться в природних фісурах молярів, премолярів або ямках різців та ікол.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнина повинна мати паралельні стінки і пласке дно з чітко вираженими кутами. По краю порожнини роблять емалевий скіс (при виготовленні металевої вкладки).
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву вкладку типу onlay.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум’ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.

7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами і поруч розміщеними зубами. Змикають щелепи у положенні центральної оклюзії. При цьому зайвий віск видаляється зубами-антагоністами, а поверхня вкладки набуває форми, характерної для функціональної оклюзії.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти зміщенням. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.2. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при II класі за Блеком

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Порожнини II класу за Блеком розташовані на контактних поверхнях премолярів та молярів.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.

3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнину в молярах переводять на жувальну поверхню, а на премолярах її слід розширити шляхом створення додаткової порожнини на протилежній половині жувальної поверхні зуба у вигляді хвоста ластівки. Порожнина повинна мати паралельні стінки і пласке дно з чітко вираженими кутами. По краю порожнини роблять емалевий скіс (при виготовленні металевої вкладки).
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву вкладку типу overlay.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою. Відсутню стінку створюють за допомогою металевої матриці, яку уводять між зубами за допомогою пінцета і фіксують клином.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум'ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами і поруч розміщеними зубами. Змикають щелепи у положенні центральної оклюзії. При цьому зайвий віск видаляється зубами-антагоністами, а поверхня вкладки набуває форми, характерної для функціональної оклюзії.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку

		фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти коливанням. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.3. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при III класі за Блеком

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Порожнини III класу за Блеком розташовані на контактних поверхнях різців та ікол без порушення цілісності ріжучого краю.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнині надають форму трикутника, зверненого основою до шийки зуба. Створюють додаткову порожнину на піднебінній поверхні у вигляді хвоста ластівки. Порожнина повинна мати пласке дно з чітко вираженими кутами.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву вкладку.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою. Відсутню стінку створюють за допомогою металевої матриці, яку уводять між зубами за допомогою пінцета і фіксують клином.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум’ям газової горілки

		(або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами і поруч розміщеними зубами за допомогою розігрітої гладилки.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти коливанням. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.4. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при IV класі за Блеком

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Порожнини IV класу за Блеком розташовані на контактних поверхнях різців та ікол з порушенням цілісності ріжучого краю.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для

		попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнину формують коробкоподібної форми з урахуванням топографії пульпової камери. До неї додають паз, що йде по ріжучому краю до протилежного кута. Тонким бором створюють вертикальні канали для парапульпарних штифтів.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву вкладку типу pinlay.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою. Відсутню стінку створюють за допомогою металевої матриці, яку уводять між зубами за допомогою пінцета і фіксують клином. Підбирають парапульпарні штифти.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум'ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами і поруч розміщеними зубами за допомогою розігрітої гладилки.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти зміщенню. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко

	лабораторію.	виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.5. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при V класі за Блеком

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Порожнини V класу за Блеком розташовані у пришийковій ділянці зубів.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнину формують у вигляді еліпсу, овалу с опуклим дном. Права і ліва стінки можуть дивергувати, дві інших – суворо паралельні.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити керамічну вкладку.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. У порожнину вводять золоту фольгу, яку ретельно притискають до дна і стінок порожнини.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум’ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами і поруч розміщеними зубами за допомогою розігрітої гладилки.
8.	Вивести вкладку з	Для виведення готової воскової

	порожнини зуба.	репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти зміщенню. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.6. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,5 за В.Ю. Мілікевичем

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Дефект твердих тканин зуба – порожнина I класу за Блеком. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба 0,5 за Мілікевичем.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнина повинна мати паралельні стінки і пласке дно з чітко вираженими кутами. По краю порожнини роблять емалевий скіс.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву вкладку типу onlay.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум'ям газової горілки

		(або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами. При цьому зайвий віск видаляється зубами-антагоністами, а поверхня вкладки набуває форми, характерної для функціональної оклюзії.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти зміщенню. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.7. Алгоритм виконання практичної навички
Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба
ІРОПЗ 0,6 за В.Ю. Мілікевичем

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Дефект твердих тканин зуба – порожнина І класу за Блеком. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба 0,6 за Мілікевичем.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнина повинна мати паралельні стінки і пласке дно з чітко вираженими кутами. По краю порожнини роблять емалевий скіс.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву вкладку типу onlay.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум’ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Утворюють невеликий восковий конус, зайвий віск зрізають.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами. При цьому зайвий віск видаляється зубами-антагоністами, а поверхня вкладки набуває форми, характерної для функціональної оклюзії.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум’ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку

		фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти зміщенню. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.8. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,8 за В.Ю. Мілікевичем

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Дефект твердих тканин зуба – порожнина II класу за Блеком. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба 0,8 за Мілікевичем.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Кореневий канал проходять на 2/3 його довжини, розширюють, надають конусної форми. Устя кореневого каналу роблять овальної форми, щоб попередити обертальний момент.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву куксово-кореневу вкладку.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум’ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Надають форми списка.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або

		шпателем у підготовлений кореневий канал. У товщу воску до упору вводять розігрітий дріт завтовшки 0,2 – 0,3 мм для максимального проходження воску по каналу та уникнення деформації під час виведення. Моделювання коронкової частини куксової вкладки проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами, а також відповідно до виду покривної конструкції.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, відповідність форми сформованої кукси майбутній конструкції. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.9. Алгоритм виконання практичної навички Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,9 за В.Ю. Мілікевичем

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Дефект твердих тканин зуба – порожнина II класу за Блеком. Індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба 0,8 за Мілікевичем.
2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Кореневий канал проходять на 2/3 його довжини, розширюють, надають конусної форми. Устя кореневого каналу роблять овальної форми, щоб попередити обертальний момент.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити литу металеву куксово-кореневу вкладку.

5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум'ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Надають форми списа.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлений кореневий канал. У товщу воску до упору вводять розігрітий дріт завтовшки 0,2 – 0,3 мм для максимального проходження воску по каналу та уникнення деформації під час виведення. Моделювання коронкової частини куксової вкладки проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами, а також відповідно до виду покривної конструкції.
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється точність прилягання вкладки, відповідність форми сформованої кукси майбутній конструкції. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

6.1.10. Алгоритм виконання практичної навички
Виготовлення керамічної вкладки прямим методом

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити клінічну ситуацію.	Порожнини I класу за Блеком знаходяться в природних фісурах молярів, премолярів або ямках різців та ікол.

2.	Профілактичне розширення порожнини.	Після видалення ураженої емалі та дентину в межах здорових тканин слід провести профілактичне розширення порожнини для попередження поширення карієсу.
3.	Оцінити правильність формування порожнини для виготовлення вкладки.	Порожнина повинна мати паралельні стінки і пласке дно з чітко вираженими кутами.
4.	Конструкційні особливості вкладки.	Планується виготовити керамічну вкладку типу onlay.
5.	Підготувати зуб до моделювання вкладки.	Зуб з підготовленою порожниною слід обкласти ватними валиками. Дно та стінки зволожують змоченою у воді ватною кулькою.
6.	Підготувати моделювальний віск.	Беруть паличку моделювального воску «Лавакс», розігрівають її кінець над полум'ям газової горілки (або спиртівки) до набуття воском пластичної консистенції. Надають форми списа.
7.	Моделювання вкладки.	Поки віск зберігає пластичність втискують його руками або шпателем у підготовлену порожнину. Моделювання проводять з урахуванням анатомічної форми даного зуба та його співвідношень з антагоністами і поруч розміщеними зубами. Змикають щелепи у положенні центральної оклюзії. При цьому зайвий віск видаляється зубами-антагоністами, а поверхня вкладки набуває форми, характерної для функціональної оклюзії
8.	Вивести вкладку з порожнини зуба.	Для виведення готової воскової репродукції вкладки беруть металевий дріт товщиною 0,8-1,0 мм і виготовляють з нього штифти. Штифт міцно фіксують за допомогою пінцета, його кінець підігрівають над полум'ям горілки і вводять у модель вкладки. Руку фіксують на сусідніх зубах, щоб запобігти зміщенню. Після затвердіння воску штифт разом із вкладкою виводять з ротової порожнини.
9.	Оцінити вкладку і передати її в зуботехнічну лабораторію.	Воскову модель вкладки ретельно оглядають. Вона повинна легко виводитися з порожнини не деформуючись. Оцінюється

		точність прилягання вкладки, правильність анатомічної форми. Виготовлену модель вкладки передають в зуботехнічну лабораторію в посудині з холодною водою.

АЛГОРИТМ VII
ВИЗНАЧЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ

7.1.Визначення центральної оклюзії при I групі дефектів зубних рядів за Бетельманом

У клініці

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічне крісло, набір медичних стоматологічних інструментів, віск для базисів протезів або силіконовий відбитковий матеріал для реєстрації оклюзії, зуботехнічний шпатель.

Порядок дій:

- посадити хворого в крісло;
- визначити, до якої групи для визначення центральної оклюзії належать зубні ряди;
- визначити центральну оклюзію.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити хворого в крісло.	Голова хворого ледь відхилена назад, м'язи обличчя і шиї розслаблені, губи злегка зімкнуті. Руки лікаря зігнуті в ліктьових суглобах, на рівні ротової порожнини пацієнта.
2.	Визначити, до якої групи для визначення центральної оклюзії належать зубні ряди.	При I групі дефектів зубних рядів антагоністи збережені і розташовані так, що є 3 пари контактів (у кожному з бічних та передньому відділах).
3.	Провести визначення центральної оклюзії.	Просять хворого відкрити рот і доторкнутись кінчиком язика до заду твердого піднебіння, закрити рот і проковтнути слину. Розвівши губи пацієнта, аналізують змикання зубних рядів у положенні центральної оклюзії (ЦО). ЦО характеризується змиканням зубів при максимальній кількості контактуючих точок, середня лінія обличчя при цьому співпадає з лінією, що проходить між центральними різцями. Головки суглобового відростка нижньої щелепи розташовуються біля основи схилу суглобового горбика. Фіксація знайденого положення центральної оклюзії

		здійснюється смужкою розігрітого базисного воску або силіконовим відбитковим матеріалом.

На фантомі

1. Матеріальне забезпечення: Моделі верхньої і нижньої щелеп з I, II, III групами зубних рядів для визначення центральної оклюзії (ЦО) і центрального співвідношення (ЦС).

Порядок дії:

- серед моделей з I, II, III групами зубних рядів вибрати моделі, що характеризують I групу для визначення ЦО;
- зіставити моделі у положенні центральної оклюзії:

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Серед моделей з I, II, III групами зубних рядів вибрати моделі, що характеризують I групу для визначення ЦО.	При I групі зубних рядів антагоністи збережені і розташовані так, що є 3 пари контактів (у кожному з бічних та передньому відділах або 4 у бічному відділі).
2.	Зіставити моделі у положенні центральної оклюзії	Моделі в ЦО зіставляють без допоміжних пристосувань за фасетками стирання. При цьому спостерігається максимальна кількість контактуючих точок між антагоністами. Середня лінія обличчя при цьому співпадає з лінією, що проходить між центральними різцями. Кожен зуб змикається з двома антагоністами - головним і побічним, за винятком зуба мудрості верхньої і першого різця нижньої щелеп, що мають по одному антагоністу. Кожен верхній зуб змикається з однойменним нижнім і розташованим позаду, кожен нижній - з однойменним верхнім і розташованим попереду. Верхні передні зуби перекривають нижні на $^1/_3$ висоти коронки, між ними наявний ріжучо-горбковий контакт. Щічні горбки верхніх премолярів і молярів розташовані назовні від однойменних горбків нижніх премолярів і молярів.

		Піднебінні горбки верхніх зубів потрапляють у поздовжні боріздки верхніх зубів. Передній щічний горбик першого верхнього моляра розташовується на щічній стороні нижнього першого моляра в поперечній боріздці між щічними горбками. Задній щічний горбик першого верхнього моляра розташовується між задньощічним горбком однойменного нижнього моляра і передньощічним горбком другого нижнього моляра.

Алгоритм виконання практичної навички

7.2.Визначення центральної оклюзії при II групі дефектів зубних рядів за Бетельманом

У клініці

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічне крісло, набір медичних стоматологічних інструментів, шпатель зуботехнічний, спиртівка, склянка з водою для полоскання, склянка з холодною водою, спирт, вата, моделі щелеп, восковий базис з оклюзійними валиками, базисний віск, розколірка для гарнітура штучних зубів.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Мати знання:

- з нормальної анатомії;
- з нормальної фізіології;
- з патологічної фізіології;

Знати:

- клінічні ознаки II групи дефектів;
- особливості фіксування центральної оклюзії при II групі дефектів зубних рядів;
- вимоги щодо виготовлення прикусних валиків;
- технологічні етапи виготовлення різних видів часткових знімних протезів.

Порядок дій:

- перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей;
- посадити хворого в крісло для визначення центральної оклюзії;
- продезінфікувати та охолодити базис з оклюзійними валиками і ввести в ротову порожнину;
- запропонувати хворому обережно зімкнути зуби і приступити до припасування воскового базису з оклюзійними валиками;

підготувати базис з оклюзійними валиками для фіксації центральної оклюзії;

- провести фіксацію центральної оклюзії;
- перевірити правильність фіксації центральної оклюзії;
- нанести орієнтири для встановлення штучних зубів.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої та допоміжної моделей.	Восковий базис з оклюзійними валиками повинен щільно прилягати до моделі, ширина валиків у передньому і бічному відділах відповідно близько 0,6 та 1 см, висота - на 1-2 мм вище природних зубів на моделі. Валики повинні розташовуватись на базисі посередині альвеолярного відростка. Робоча модель - без дефектів та пошкоджень протезного ложа, допоміжна - без пошкоджень зубів від оклюзійної поверхні до екватора.
2.	Посадити хворого в крісло для визначення центральної оклюзії.	Голова хворого злегка відкинута назад, м'язи обличчя і шиї розслаблені, губи ледь зімкнуті. Руки лікаря зігнуті в ліктьових суглобах, на рівні ротової порожнини пацієнта.
3.	Продезінфікувати та охолодити базис з оклюзійними валиками і ввести в ротову порожнину.	Щільне прилягання воскового базису до тканин протезного ложа, а воскові оклюзійні валики виступають на 1-2 мм над рівнем зубів.
4.	Запропонувати хворому обережно зімкнути зуби і приступити до припасування воскового базису з оклюзійними валиками.	При закриванні рота спостерігається контакт оклюзійної поверхні воскового валика із зубами-антагоністами, розмежування прикусу (на природних зубах). Відмічають місця корекції, необхідної для змикання зубів у центральній оклюзії, охолоджують базис з валиками у воді, встановлюють на модель, зрізають надлишки воску. Припасований базис з оклюзійним валиком при закритому в центральній оклюзії роті повинен щільно і рівномірно прилягати до зубів-антагоністів. Рівномірність прилягання перевіряється візуально, щільність - уведенням шпателя між валиком і зубами при закритому роті (шпатель не повинен входити між зубами і валиками).
5.	Підготувати базис з оклюзійними валиками для фіксації центральної оклюзії.	Всі маніпуляції проводять на моделі. З оклюзійної поверхні припасованого валика зрізають віск завтовшки близько 1 мм, наносять розм'якшену смужку базисного воску товщиною близько

		2 мм, приклеюють їх гарячим шпателем і ним же розм'якшують їх.
6.	Провести фіксацію центральної оклюзії.	Базис із розм'якшеним оклюзійним валиком вводять у ротову порожнину і, притримуючи його вказівними пальцями, пропонують хворому торкнутись кінчиком язика до твердого піднебіння та, закриваючи рот, ковтнути слину. При цьому пальці забирають ковзними рухами до кутів рота. Вивести базис із валиком із ротової порожнини, охолодити у воді. На поверхні валика наявні відбитки зубів-антагоністів.
7.	Перевірити правильність фіксації центральної оклюзії.	Охолоджений базис з валиком повторно ввести в ротову порожнину і попросити хворого без зусилля зімкнути зуби та проковтнути слину. Контролювати відповідність змикання валика з антагоністами. Пропонувати хворому зробити невеликі (до 1 см) відкривання і закривання рота та перевірити контакт зубів з їх відбитками на валику.
8.	Нанести орієнтири для встановлення штучних зубів.	Орієнтирами для встановлення бічних зубів є зуби, що залишились. При відсутності передніх зубів шпателем нанести на вестибулярну поверхню орієнтуючі лінії: серединну лінію обличчя, лінію іклів за рівнем зовнішніх країв крил носа, лінію усмішки за рівнем нижнього краю верхньої губи при усмішці.

На фантомі

1. Матеріальне забезпечення: моделі верхньої і нижньої щелеп з I, II, III групами зубних рядів для визначення центральної оклюзії і центрального співвідношення, базис з оклюзійними валиками, шпатель зуботехнічний, спиртівка, віск базисний, склянка з холодною водою.

Порядок дій:

- серед моделей з I, II, III групами зубних рядів вибрати ті, що характеризують II групу для визначення ЦО;
- перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей;
- охолодити базис з оклюзійними валиками і накласти на фантомну щелепу з дефектом зубного ряду;
- зімкнути фантомні щелепи і приступити до припасування воскового базису з оклюзійними валиками;

- підготувати базис з оклюзійними валиками для фіксації центральної оклюзії;
- провести фіксацію центральної оклюзії на фантомі;
- перевірити зіставлення моделей у положенні центральної оклюзії.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Серед моделей з I, II, III групами зубних рядів вибрати ті, що характеризують II групу для визначення ЦО.	При II групі зубних рядів антагоністи розташовані так, що моделі неможливо зіставити в центральній оклюзії без допоміжних пристосувань.
2.	Перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей.	Восковий базис з оклюзійними валиками повинен щільно прилягати до моделі, ширина валиків у передньому і бічному відділах відповідно близько 0,6 та 1 см, висота - на 1-2 мм вище природних зубів на моделі. Валики повинні розташовуватись на базисі посередині альвеолярного відростка. Робоча модель без дефектів та пошкоджень протезного ложа, допоміжна - без пошкоджень зубів від оклюзійної поверхні до екватора.
3.	Охолодити базис з оклюзійними валиками і накласти на фантомну щелепу з дефектом зубного ряду.	Щільне прилягання воскового базису до фантомного протезного ложа, а воскові оклюзійні валики виступають на 1-2 мм над рівнем зубів.
4.	Запропонувати умовному хворому обережно зімкнути зуби і приступити до припасування воскового базису з оклюзійними валиками.	При змиканні фантомних щелеп спостерігається контакт воскового валика із зубами-антагоністами та розмежування прикусу. Відмічають місця корекції валика, переносять його на модель і зрізають надлишки воску. Припасований базис з оклюзійним валиком при змиканні фантомних моделей щільно і рівномірно прилягає до зубів-антагоністів.
5.	Підготувати базис з оклюзійними валиками для фіксації центральної оклюзії.	Всі маніпуляції проводять на моделі. З оклюзійної поверхні припасованого валика зрізають віск на товщину близько 1 мм, наносять розм’якшену смужку базисного воску завтовшки близько 2 мм, приклеюють їх гарячим шпателем і ним же їх розм’якшують.

6.	Провести фіксацію центральної оклюзії на фантомі.	Базис із розм'якшеним валиком накладають на фантомну щелепу і змикають до контакту зубів - антагоністів. Після застигання воску виводять базис із валиком і охолоджують у воді.
7.	Перевірити правильність фіксації центральної оклюзії.	Охолоджений базис з валиком повторно ввести в ротову порожнину фантома і без зусилля зімкнути зуби. Контролювати відповідність змикання валика з антагоністами. Імітувати невеликі (до 1 см) відкривання і закривання рота та перевірити контакт зубів з їх відбитками на валику.
8.	Перевірити зіставлення моделей у положенні центральної оклюзії.	Робоча і допоміжна моделі чітко фіксуються у положенні центральної оклюзії за допомогою воскового базису з оклюзійним валиком. Орієнтирами для встановлення бічних зубів є зуби, що залишилися.

Алгоритм виконання практичної навички

7.3. Визначення центрального співвідношення при III групі дефектів зубних рядів за Бетельманом

У клініці

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічне крісло, набір медичних стоматологічних інструментів, шпатель зуботехнічний, спиртівка, склянка з водою для полоскання, склянка з холодною водою, спирт, вата, моделі щелеп, восковий базис з оклюзійними валиками, базисний віск, розколірка для гарнітурів штучних зубів, лінійка, олівець, ручка.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- клінічні ознаки III групи дефектів зубних рядів;
- особливості фіксації центральної оклюзії при III групі дефектів зубних рядів;
- вимоги до прикусних валиків;
- ознаки дефектів зубних рядів при III групі;
- технологічні етапи виготовлення часткових знімних протезів.

Порядок дій:

- перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей;
- посадити хворого в крісло для визначення центрального співвідношення;
- визначити висоту нижнього відділу обличчя у положенні центрального співвідношення щелеп анатомо-функціональним методом;

- продезінфікувати та охолодити базис з оклюзійними валиками і визначити порядок їх уведення в ротову порожнину;
- накласти восковий базис з оклюзійними валиками на відповідну щелепу і приступити до його припасування;
- підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками для фіксації центрального співвідношення щелеп;
- провести фіксацію центрального співвідношення;
- перевірити правильність фіксації центрального співвідношення щелеп;
- нанести орієнтири для встановлення штучних зубів.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей.	Восковий базис з оклюзійними валиками повинен щільно прилягати до моделі, ширина валиків у передньому і бічному відділах відповідно близько 0,6 і 1 см, висота - на 1-2 мм вище природних зубів на моделі. Валики повинні розташовуватись на базисі посередині альвеолярного відростка. Робоча модель без дефектів та пошкоджень протезного ложа, допоміжна - без пошкоджень зубів від оклюзійної поверхні до екватора.
2.	Посадити хворого в крісло для визначення ЦО.	Голова хворого злегка відкинута назад, м’язи обличчя і шиї розслаблені, губи ледь зімкнуті. Положення рук лікаря при згинанні в ліктях передбачає розташування їх на рівні рота пацієнта.
3.	Визначити висоту нижнього відділу обличчя у положенні центрального співвідношення щелеп анатомо-функціональним методом.	Вимірюють висоту нижнього відділу обличчя у положенні функціонального спокою і фіксують для пам’яті. Для зменшення помилки проводять вимірювання кілька разів. З цією метою використовують спеціальну лінійку з повзунком (штангель) або наносять олівцем точки на найопукліших частинах носа і підборіддя. Дослідженнями встановлено, що різниця між висотою нижнього відділу обличчя у функціональному спокої і центральному співвідношенні

		становить в середньому 2-3 мм. Взявши за основу ці параметри, визначають висоту нижнього відділу обличчя в центральному співвідношенні.
4.	Продезінфікувати та охолодити базис з оклюзійними валиками і визначити порядок їх уведення у ротову порожнину	Припасування починають з верхнього базису з оклюзійними валиками. В інших випадках припасування починають з того базису, оклюзійна поверхня валиків якого контактує з більшою кількістю природних зубів-антагоністів.
5.	Запропонувати хворому обережно зімкнути зуби і приступити до припасування воскового базису з оклюзійними валиками.	Пропонувати хворому повільно закривати рот до контакту валиків із зубами. Відмічають місця валиків, що підлягають корекції, і на моделях розігрітим шпателем поступово зрізають надлишки воску до рівня, що відповідає центральному співвідношенню щелеп, встановлюючи рівномірний і щільний контакт між валиками і зубами-антагоністами. В тій же послідовності припасовують базис з валиком на протилежній щелепі. Рівномірність контактів між зімкнутими валиками перевіряють візуально, а щільність - спробою ввести між ними зуботехнічний шпатель (не повинен вводитись). Зрізуванням чи нашаровуванням воску на вестибулярну поверхню валиків досягають оптимальної опори для м’яких тканин губ і щік з метою покращення естетичного вигляду.
6.	Підготувати базис з оклюзійними валиками для фіксації центральної оклюзії.	На бічній оклюзійній поверхні валика верхньої щелепи шпателем роблять хрестоподібні насічки, а навпроти антагоністів зрізають віск на товщину 1 мм. На 1мм також зрізають оклюзійну поверхню валиків нижньої щелепи. На зрізані ділянки наклеюють підігріту смужку базисного воску завтовшки близько 2 мм і розм’якшують її гарячим шпателем. Усі маніпуляції проводять на моделі.

7.	Провести фіксацію центрального співвідношення.	Базиси з розм'якшеними валиками вводять у ротову порожнину і, притримуючи вказівними пальцями, просять хворого, торкнутися кінчиком язика твердого піднебіння, закрити рот і проковтнути слину. При цьому пальці ковзають до кутів рота. Лінійкою контролюють відповідність висоти нижнього відділу обличчя центральному співвідношенню щелеп. Вивести зімкнуті воскові базиси з ротової порожнини, охолодити у воді і роз'єднати.
8.	Перевірити правильність фіксації центрального співвідношення щелеп.	Охолоджені базиси з валиками повторно накладають на щелепи і, повторюючи прийоми визначення центрального співвідношення, перевіряють правильність змикання валиків.
9.	Нанести орієнтири для встановлення штучних зубів.	Орієнтирами для встановлення бічних зубів служать природні зуби. При відсутності передніх зубів верхньої щелепи скальпелем наносять на вестибулярній поверхні верхнього валика орієнтуючі лінії: серединну лінію обличчя, лінію іклів за рівнем зовнішніх країв крил носа, лінію усмішки за рівнем оголення верхнього валика при усмішці. Підбирають колір штучних зубів відповідно до шкали кольорів при природному освітленні, а також тип зубів залежно від конституції хворого.

На фантомі

(за умовною міжальвеолярною висотою в стані функціонального спокою).

1. Матеріальне забезпечення*:* моделі верхньої і нижньої щелеп з I, II, III групами зубних рядів для визначення центральної оклюзії і центрального співвідношення, базис з оклюзійними валиками, шпатель зуботехнічний, спиртівка, віск базисний, склянка з холодною водою, лінійка, олівець, ручка.

Порядок дій:

- серед моделей з I II, III групами зубних рядів вибрати ті, що характеризують III групу для визначення центрального співвідношення;

- перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей;
- визначити міжальвеолярну висоту у положенні центрального співвідношення за умовною міжальвеолярною висотою в стані функціонального спокою;
- охолодити базиси з оклюзійними валиками і визначити порядок їх уведення у ротову порожнину;
- накласти восковий базис з оклюзійними валиками на відповідну щелепу і приступити до його припасування;
- підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками для фіксації центрального співвідношення щелеп;
- провести фіксацію центрального співвідношення;
- нанести умовні орієнтири для встановлення штучних зубів та пояснити їх значення.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Серед моделей з I, II, III групами зубних рядів вибрати ті, що характеризують III групу для визначення центрального співвідношення.	При III групі зубних рядів немає жодної пари антагоністів (нефіксована міжальвеолярна висота).
2.	Перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей.	Восковий базис з оклюзійними валиками повинен щільно прилягати до моделі, ширина валиків у передньому і бічному відділах відповідно близько 0,6 та 1 см, висота - на 1-2 мм вище природних зубів на моделі. Валики повинні розташовуватись на базисі посередині альвеолярного відростка. Робоча модель без дефектів та пошкоджень протезного ложа, допоміжна - без пошкоджень зубів (від оклюзійної поверхні до екватора).
3.	Визначити міжальвеолярну висоту у положенні центрального співвідношення за умовною міжальвеолярною висотою в стані фізіологічного спокою.	Міжальвеолярна висота центрального співвідношення менша від умовної міжальвеолярної висоти фізіологічного спокою на 2-3 мм.
4.	Охолодити базиси з оклюзійними валиками і визначити порядок їх уведення	Припасування починають з верхнього базису з оклюзійними валиками. В інших випадках припасування

	у ротову порожнину.	починають з того базису, оклюзійна поверхня валиків якого контактує з більшою кількістю природних зубів-антагоністів.
5.	Накласти восковий базис з оклюзійними валиками на відповідну щелепу і приступити до його припасування.	Змикаючи фантомні щелепи, відмічають місця валиків, що підлягають корекції, і на гіпсових моделях розігрітим шпателем зрізають надлишки воску до рівня, що відповідає центральному співвідношенню щелеп, установлюючи рівномірний і щільний контакт між валиками і зубами-антагоністами. В такій же послідовності припасовують базис з валиками на протилежній фантомній щелепі. При змиканні фантомних щелеп спостерігається контакт воскового валика із зубами-антагоністами та розмежування прикусу. Відмічають місця корекції валика, переносять його на модель і зрізають надлишки воску. Припасований базис з оклюзійним валиком при змиканні фантомних моделей щільно і рівномірно прилягає до зубів-антагоністів.
6.	Підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками для фіксації центрального співвідношення щелеп.	Базиси з валиками на моделях. На бічній оклюзійній поверхні валика верхньої щелепи шпателем роблять хрестоподібні насічки, а навпроти на нижньому валику зрізають віск на товщину 1 мм. На зрізані ділянки наклеюють підігріту смужку базисного воску завтовшки близько 2 мм і розм’якшують їх гарячим шпателем.
7.	Провести фіксацію центрального співвідношення.	Базиси з розм’якшеними валиками накладають на фантомні моделі щелеп і змикають до рівня міжальвеолярної висоти умовного центрального співвідношення. Охолоджують зімкнуті воскові базиси.
8.	Нанести умовні орієнтири для встановлення штучних зубів та	Середня лінія відповідає серединній лінії обличчя і є орієнтиром для

	пояснити їх значення.	встановлення центральних різців. Лінія іклів визначає ширину шести передніх зубів. Лінія усмішки задає розмір висоти передніх зубів верхньої щелепи.

Алгоритм виконання практичної навички

7.4. Визначення центрального співвідношення при IV групі (беззубі щелепи)

У клініці

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічне крісло, набір медичних стоматологічних інструментів, шпатель зуботехнічний, спиртівка, склянка з водою для полоскання, склянка з холодною водою, спирт, вата, моделі щелеп, восковий базис з оклюзійними валиками, базисний віск, розколірка для гарнітурів штучних зубів, лінійка, олівець, ручка.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- ознаки IV групи дефектів зубних рядів;
- особливості визначення та фіксації центрального співвідношення при IV групі дефектів;
- правила виготовлення прикусних валиків;
- вивчення центрального співвідношення щелеп при повній відсутності зубів;
- вимоги до моделей та воскових базисів з оклюзійними валиками;
- побудову протетичної площини у осіб з повною втратою зубів;
- анатомічні та антропометричні методи визначення меж альвеолярної висоти;
- анатомо-функціональний метод визначення міжальвеолярної висоти;
- фіксацію нижньої щелепи в нейтральному положенні;
- орієнтири для постановки штучних зубів;
- застосування лицевих дуг для просторової орієнтації моделей щелеп в артикуляторі.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

- виготовлення повних знімних протезів.

Порядок дій:

- перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей;
- посадити хворого в крісло для визначення центрального співвідношення;
- підготувати верхній валик;
- визначити висоту нижнього відділу обличчя у положенні центрального - співвідношення щелеп анатомо-функціональним методом;
- припасувати нижній восковий базис з оклюзійним валиком;
- підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками до фіксації центрального співвідношення щелеп;
- фіксація центрального співвідношення;

- перевірити правильність фіксації центрального співвідношення щелеп;
- нанести орієнтири для встановлення штучних зубів.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей.	Воскові базиси з оклюзійними валиками повинні щільно прилягати до моделі, висота валиків у передньому відділі близько 1,5 см, бічних - 0,5-0,8 см, ширина - відповідно 3-4 мм та 8-10 мм. Валики повинні розташовуватися на базисі посередині альвеолярного відростка. Робочі моделі без дефектів та пошкоджень протезного ложа.
2.	Посадити хворого в крісло для визначення центрального співвідношення.	Голова хворого злегка відкинута назад, м’язи обличчя і шиї розслаблені, губи ледь зімкнуті. Положення рук лікаря при згинанні в ліктях передбачає розташування їх на рівні рота пацієнта.
3.	Підготовка верхнього валика.	Продезінфікувати базиси з валиками. Висота верхнього валика повинна відповідати лінії змикання губ, при розмовній пробі нижній край валика на 1-2 мм виступає з-під верхньої губи. У передньому відділі оклюзійна поверхня валика паралельна лінії зіниць, а у бічних - носовушній лінії (камперовській горизонталі)
3.	Визначити висоту нижнього відділу обличчя у положенні центрального співвідношення щелеп анатомо-функціональним методом.	Вимірюють висоту нижнього відділу обличчя у положенні функціонального спокою при накладеному верхньому базисі з валиком і віднімають від неї 2-3 мм.
4.	Припасування нижнього воскового базису з оклюзійним валиком.	Накладають нижній базис з валиком і просять пацієнта повільно закривати рот до контакту валиків. Відмічають місця корекції нижнього валика. Зрізуючи або нашаровуючи віск, коригують нижній валик до отримання знайденої в центральному співвідношенні висоти нижнього відділу обличчя. При цьому між валиками установлюють щільний і

		рівномірний контакт по всій довжині. Рівномірність контактів між зімкнутими валиками перевіряють візуально, а щільність - спробою ввести між ними зуботехнічний шпатель (не повинен вводитись). Зрізуванням чи нашаровуванням воску на вестибулярну поверхню валиків досягають оптимальної опори для м'яких тканин губ і щік з метою покращення естетичного вигляду. Контроль оформлення вестибулярної поверхні валиків здійснюють візуально за конфігурацією обличчя в бічній проекції.
5.	Підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками до фіксації центрального співвідношення щелеп.	Базиси з валиками на моделях. На бічній оклюзійній поверхні верхнього валика роблять хрестоподібні насічки, а на оклюзійній поверхні нижнього валика навпроти цих насічок зрізають віск і приклеюють розм'якшений віск, який виступає за оклюзійну поверхню.
6.	Фіксація центрального співвідношення.	Базиси з розм'якшеними валиками вводять у ротову порожнину і, притримуючи вказівними пальцями, просять хворого торкнутись кінчиком язика твердого піднебіння, закрити рот і проковтнути слину. При цьому пальці ковзають до кутів рота. Лінійкою контролюють відповідність висоти нижнього відділу обличчя центральному співвідношенню щелеп. Виводять зімкнуті воскові базиси з ротової порожнини, охолоджують у воді і роз'єднують.
7.	Перевірити правильність фіксації центрального співвідношення щелеп.	Охолоджені базиси з валиками повторно накладають на щелепи і, повторюючи прийоми визначення центрального співвідношення, перевіряють правильність змикання валиків.
8.	Нанесення орієнтирів для встановлення штучних зубів.	Нанесення орієнтовних ліній: серединна лінія обличчя; лінія іклів за рівнем зовнішніх країв крил носа; лінія усмішки за рівнем оголення верхнього

		валика при усмішці. Тип зубів (трикутний, квадратний, овальний) відповідає конституційному типу пацієнта.

На фантомі

(за умовною міжальвеолярною висотою в стані функціонального спокою).

1. Матеріальне забезпечення: моделі верхньої і нижньої беззубих щелеп для визначення центрального співвідношення, базис з оклюзійними валиками, шпатель зуботехнічний, спиртівка, віск базисний, склянка з холодною водою, лінійка, олівець, ручка.

Порядок дій:

- перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей;
- визначити міжальвеолярну висоту у положенні центрального співвідношення за умовною міжальвеолярною висотою в стані функціонального спокою;
- охолодити базиси з оклюзійними валиками і визначити порядок їх накладання на фантомах;
- припасування нижнього базису з валиками;
- підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками для фіксації центрального співвідношення щелеп;
- перевірити зіставлення моделей у положенні центрального співвідношення;
- нанести умовні орієнтири для постановки штучних зубів та пояснити їх значення.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Перевірити правильність виготовлення воскових базисів з оклюзійними валиками, стан робочої і допоміжної моделей.	Воскові базиси з оклюзійними валиками повинні щільно прилягати до моделі, висота валиків у передньому відділі близько 1,5 см, бічних - 0,5-0,8 см, ширина - відповідно 3-4 мм та 8-10 мм. Валики повинні розташовуватись на базисі посередині альвеолярного відростка. Робочі моделі без дефектів та пошкоджень протезного ложа.
2.	Визначити міжальвеолярну висоту у положенні центрального співвідношення за умовною міжальвеолярною висотою в стані функціонального спокою.	Міжальвеолярна висота центрального співвідношення менша від умовної міжальвеолярної висоти функціонального спокою на 2-3 мм.

3.	Охолодити базиси з оклюзійними валиками і визначити порядок їх накладання на фантомах.	Накладають верхній базис з валиком на фантом.
4.	Припасування нижнього базису з валиками.	Накладають нижній базис на фантом і, змикаючи фантомні щелепи, відмічають місця нижнього валика, що підлягають корекції, і на гіпсових моделях розігрітим шпателем зрізають надлишки воску до рівня, що відповідає центральному співвідношенню щелеп, установлюючи рівномірний і щільний контакт між валиками.
5.	Підготувати воскові базиси з оклюзійними валиками для фіксації центрального співвідношення щелеп.	Базиси з розм'якшеним валиком на нижній щелепі накладають на фантомні моделі щелеп і змикають до умовного рівня міжальвеолярної висоти центрального співвідношення. Охолодити і роз'єднати зімкнуті воскові базиси.
6.	Перевірити зіставлення моделей у положенні центрального співвідношення.	Моделі чітко фіксуються у центральному співвідношенні за допомогою воскових базисів.
7.	Нанести умовні орієнтири для постановки штучних зубів та пояснити їх значення.	Середня лінія відповідає серединній лінії обличчя і є орієнтиром для постановки центральних різців. Лінія іклів визначає ширину шести передніх зубів. Лінія усмішки задає розмір висоти передніх зубів.

АЛГОРИТМ VIII
ПЕРЕВІРКА І ФІКСАЦІЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА

8.1. Перевірка і фіксація куксової вкладки

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), набір карборундових головок та вулканітових дисків, каналонаповнювач, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, скляна пластинка для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, куксова вкладка на гіпсовій моделі, спирт, перекис водню 3%, вата.

Порядок дій:

- огляд куксової вкладки на гіпсовій моделі;
- дезінфекція вкладки ватною кулькою, змоченою спиртом;

- очистка кукси препарованого зуба, накладання вкладки;
- оцінка якості крайового прилягання, положення вкладки в зубній дузі, перевірка оклюзійних та артикуляційних контактів;
- зішліфовування країв та поверхонь вкладки (за необхідності);
- дезінфекція і знежирення вкладки спиртом;
- обробка кореневого каналу і кукси зуба;
- приготування фіксуючого цементу;
- уведення цементу в кореневий канал, накладання цементу на штифтову частину вкладки, фіксація вкладки на зубі;
- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очистка вкладки від залишків цементу після його структуризації.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Огляд куксової вкладки на гіпсовій моделі.	Перевіряється точність прилягання, правильність анатомічної форми, положення вкладки у зубній дузі з урахуванням коронки, якість обробки.
2.	Дезінфекція вкладки.	Ватною кулькою, змоченою спиртом.
3.	Очистка кукси препарованого зуба, накладання вкладки.	Знімають тимчасову пломбу припасовують металеву куксову конструкцію. Не має бути залишків тимчасової пломби на стінках кореня. Корінь має бути запломбований до верхівки. Куксова конструкція має безперешкодно вводитися у кореневий канал і щільно прилягати до твердих тканин кореня.
4.	Оцінка якості крайового прилягання, положення вкладки в зубній дузі, перевірка оклюзійних та артикуляційних контактів.	Поверхня кукси має бути гладкою, без шорхості. Оклюзійна поверхня має бути віддалена від антагоністів на товщину постійної конструкції.
5.	Зішліфовування країв та поверхонь вкладки (за необхідності).	На мікромоторі карборундовим диском обробляють надкореневу частину куксової конструкції.
6.	Прокладають ватні валики. Обробляють кореневий канал спиртом, висушують, знежирюють кореневий канал ангідріном та знову висушують.	Поверхня внутрішніх стінок кореня та кукси має бути ретельно знежирена та висушена.

	Обробляють спиртом куксову конструкцію, висушують, знежирюють куксову конструкцію ангідріном та висушують.	
7.	Приготування фіксуючого цементу.	Згідно з інструкцією фірми-виробника. Цемент на склі повинен бути гомогенним та текучим.
8.	Уведення цементу у кореневий канал за допомогою каналонаповнювача, накладання цементу на штифтову частину вкладки, фіксація вкладки на зубі.	Цемент зафіксованої куксової конструкції має бути твердої консистенції.
9.	Очистка вкладки від залишків цементу після його структуризації.	Зондом та гладилкою.
10.	Після затвердіння цементу пацієнта відпускають додому.	Надаються рекомендації (2 години не вживати їжу і не пити).

Алгоритм виконання практичної навички

8.2. Перевірка і фіксація штучної коронки

8.2.1. Перевірка і фіксація металевої штампованої коронки

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, фантом щелепи із препарованим опорним зубом загіпсований в артикулятор, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів Adhesor Fine (Spofa Denta, Чехія) набір: 80 г порошку, 55 мл рідини, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, предметне скло для замішування цементу, блокнот, лоток), штучна коронка на гіпсовому стовпчику, спирт, перекис водню 3%.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- показання до застосування штучних коронок;
- анатомічну будову зуба, топографію пульпових зон;
- особливості препарування зубів під різні конструкції штучних коронок: штампованих, металевих та комбінованих, суцільнолитих пластмасових, композитних, порцелянових, металопластмасових, металокерамічних, безметалевих;
- методики проведення під'ясенного препарування, способи ретракції ясен;
- особливості припасування різних видів коронок залежно від препарування, наявності та відсутності уступів, типу препарування;
- розташування країв коронок залежно від виду штучної коронки;

- демонструвати отримання анатомічних відбитків різними відбитковими матеріалами;
- порівнювати різні види штучних коронок;
- засвоїти клініко-технологічні етапи виготовлення штучних коронок;
- передбачити наслідки препарування зубів;
- узагальнювати чинники, які забезпечують фіксацію штучної коронки;
- виконувати фіксацію штучної коронки.

1. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання**:**
- дефект твердих тканин зубів відповідно до індекса В.Ю. Мілікевича. більше, ніж 0,6;
- відновлення анатомічної форми зубів, які мають служити опорою знімних та незнімних конструкцій, тобто опорні коронки;
- патологічне стирання зубів;
- при аномалії кольору, форми, положення зуба у зубній дузі;
- при захворюваннях тканин пародонта;
- при переломах щелеп з метою шинування;
- для фіксації лікувальних апаратів та утримання ліків при віддаленому протезуванні.

2. Протипоказання:
- важкі системні захворювання (серцево-судинної системи, захворювання крові та ін.);
- психоемоційний стан;
- рухомість зубів III ступеня за Ентіним;
- гострі патологічні процеси в пародонті (гінгівіт, гострий періостит, остеомієліт);
- ускладнення карієсу (пульпіт, періодонтит).

Помилки та ускладнення:
- травма ясен, слизової оболонки щік, дна ротової порожнини, язика, губ;
- опіки пульпи, перфорація пульпової камери;
- відлам коронкової частини зуба;
- асфіксія.

Порядок дій:
- огляд коронки на гіпсовому стовпчику (межі шийки, правильність анатомічної форми, якість обробки);
- дезінфекція коронки ватною кулькою, змоченою спиртом;
- очистка кукси препарованого зуба, накладання коронки;
- оцінка якості крайового прилягання, перевірка щільності апроксимальних та оклюзійних контактів;
- вкорочування краю коронки (за необхідності) за допомогою бормашини;
- дезінфекція і знежирення коронки спиртом;
- , ізоляція від слини, обробка кукси зуба перекисом водню або спиртом (якщо зуб депульпований);
- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);
- накладання цементу у коронку, фіксація коронки на зубі;

- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очистка коронки від залишків цементу після його структуризації.

8.2.1. Алгоритм виконання практичної навички
Перевірка і фіксація металевої штампованої коронки

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в кріслі, щоб йому було зручно, зафіксувати підголівник, запропонувати серветку та освіжити порожнину рота антисептичним розчином (календули, лістерину).	Голова пацієнта має бути розташована на рівні ліктя лікаря.
2.	Звернути увагу на відповідність отриманої із лабораторії штучної коронки, що замовлена у наряді по виконанню робіт.	Встановлена відповідність. Коронка відповідає замовленню.
3.	Оцінка точності (якості) прилягання штучної коронки у пришийковій ділянці до стовпчика, отриманого із лабораторії.	Штампована коронка повинна щільно і рівномірно прилягати до гіпсового стовпчика, край коронки повинен відповідати рівню відміченої хімічним олівцем шийки зуба. На гіпсовому стовпчику має бути відмічений вестибулярний або піднебінний (язиковий) бік зуба.
4.	Накладання коронки на зуб: Зняти коронку зі стовпчика, обробити спиртом, вичистити залишки воску, на який коронка була зафіксована на гіпсовому стовпчику.	
	Обережно накладати коронку на зуб з метою збереження кругової зв'язки зуба.	Коронка рівномірно охоплює шийку зуба, закінчується на рівні маргінального краю ясен або занурюється під ясна на 0,1-0,3 мм.
	Треба запобігати зміні кольору ясенного краю (ішемія ясен).	Ясна не змінені у кольорі, коронка не заважає оклюзійному змиканню зубних рядів.
	Корекція можлива за допомогою дзьобоподібних щипців та ковадла із молоточком.	
	Перевірити прилягання в апроксимальних ділянках.	За допомогою металевої стрічки.
	Оклюзійну поверхню необхідно перевірити за допомогою	Коронка не має підвищувати висоту прикусу.

	копіювального паперу. Перевірити рівномірність прилягання коронки до зуба у пришийковій ділянці. Після припасування коронку повертають до лабораторії для відбілювання та полірування.	За допомогою зонда або тонкої гладилки.
	Фіксація коронки.	
5.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта, голова закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Зберегти одяг пацієнта чистим.
6.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму , вдягти гумові рукавички.
7.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд, гладилка, предметне скло, ватні валики, стоматологічний шпатель.
8.	Дезінфекція та знежирення коронок.	Ватними кульками, зволоженими 3% розчином перекису водню обробляють конструкцію (внутрішню та зовнішню поверхні), потім кулькою, зволоженою спиртом, обробляють конструкцію, висушують струменем повітря. Конструкція чиста та суха.
9.	Ізоляція робочої ділянки. .	Робочу ділянку ізолюють ватними валиками від ротової рідини Поверхня опорних зубів чиста та суха.
10.	Очищення опорних зубів та їх дезінфекція.	Опорні зуби обробити ватною кулькою, зволоженою 3% розчином перекису водню, висушити струменем повітря, після чого зуби протерти кулькою, зволоженою спиртом, висушити струменем повітря Поверхня опорних зубів чиста та суха.
11.	Замішування цементу. *Замішування цинк-фосфатного*	Вносити цемент потрібно мірною ложечкою, рідина для

	цементу «Адгезор файн». Взяти 5 крапель рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Робочий час матеріалу складає до 8 хвилин. Час твердіння цементу - 2 хвилини. *Замішування цинк-полікарбоксилатного цементу «Адгезор карбофайн».* Взяти матеріал із розрахунку: порошок до рідини 2 мірні ложки на 5 крапель. Замішувати протягом 30 секунд. Робочий проміжок часу складає 8 - 10 хв. Час твердіння цементу - 6-8 хв.	замішування цементу відмірюється краплями. Співвідношення порошку до рідини та правильне змішування цементу залежить від марки цементу та інструкції з використання даної марки цементу, що запропонована фірмою-виробником.
12.	Внесення цементу в коронки. Замішаний цемент внести в коронку клінічним шпателем, заповнюючи її на $^1/_3$ об'єму, рівномірно розподілити на внутрішніх стінках.	$^1/_3$ об'єму коронки заповнена цементом.
13.	Коронку з цементом накладають на зуби, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під краї коронок. Пацієнту пропонують міцно стиснути зуби у положенні центральної оклюзії, контролюючи правильність змикання за допомогою стоматологічного дзеркала.	Відсутність супраконтактів у положенні центральної оклюзії.
14.	Видалення залишків цементу. Через 5 хвилин пацієнту пропонують відкрити рот, виймають ватні валики, зондом або гладилкою обережними рухами від ясен до коронки забирають залишки цементу.	Відсутність залишків цементу.

На фантомі

8.2.1.Фіксація металевої штампованої коронки на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.

2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою двох ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою спиртом, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині пероксиду водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо цинк-фосфатний цемент «Adhesor Fine
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 5 крапель рідини на 2 мірні ложки порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Замішування цементу проводиться на предметному склі на його шорсткій поверхні, металевим шпателем, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції. Замішуємо протягом 30 с.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, стискуючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.

9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.2.2.Перевірка і фіксація металевої суцільнолитої коронки

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), набір карборундових головок та вулканітових дисків, коронкознімач, мікрометр, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, предметне скло для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, металева суцільнолита коронка на гіпсовій моделі, спирт, перекис водню 3%, вата.

Порядок дій:

- огляд коронки на гіпсовій моделі (межі шийки, правильність анатомічної форми, якість обробки);
- дезінфекція коронки ватною кулькою, змоченою в спирті;
- очистка кукси препарованого зуба, накладання коронки;
- оцінка якості крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевірка щільності апроксимальних та оклюзійних контактів;
- корекція країв коронки, оклюзійних та артикуляційних контактів (за необхідності) за допомогою бормашини під контролем мікрометра;
- дезінфекція та знежирення коронки спиртом;
- обробка кукси зуба розчином перекису водню, ізоляція від слини;
- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);
- накладання цементу у коронку, фіксація на зубі;
- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очистка коронки від залишків цементу після його структуризації.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в крісло, щоб йому було зручно, зафіксувати підголівник, запропонувати серветку та освіжити порожнину рота антисептичним розчином (календули, лістерину).	Голова пацієнта має бути розташована на рівні ліктя лікаря.
2.	Звернути увагу на відповідність отриманої із лабораторії штучної коронки замовленій у наряді до виконання робіт.	Встановлена відповідність. Коронка відповідає замовленню.

3.	Оцінка точності (якості) прилягання штучної коронки до уступу на моделі	Суцільнолита металева коронка має щільно прилягати по всьому периметру кукси відпрепарованого зуба , розташовуватися щільно, без ротації. Край коронки має доходити до відпрепарованого уступу.
4.	Накладання коронки на зуб: Зняти коронку з моделі, обробити спиртом, потім дистильованою водою – у	Коронка має чітко прилягати у пришийковій ділянці до відпрепарованих тканин зуба, розташовуватися щільно, без ротації.
	випадку вітального зуба, і накладати обережно коронку на зуб. Якщо коронка не доходить до лінії препарування зуба у пришийковій ділянці, потрібно використовувати коригуючу пасту силіконової відбиткової маси або копірку у вигляді спрею. Коригуюча маса або копірка вноситься у просушену повітрям коронку та накладається на просушений зуб у порожнині рота. Корекція проводиться по внутрішній поверхні коронки або по поверхні зуба у ділянці супраконтакту зуба та коронки. Перевірка за допомогою копірки або коригуючої маси може бути проведена декілька разів. Перевірити рівномірність прилягання коронки до зуба у пришийковій ділянці, оклюзійний контакт.	Не утворювати супраконтакту на апроксимальних та оклюзійній поверхнях. В результаті коронка має чітко прилягати у пришийковій ділянці відпрепарованих тканин зуба, не заважати оклюзійному змиканню зубних рядів. Оклюзія перевіряється теж за допомогою копіювального паперу. Коронка рівномірно охоплює шийку зуба, закінчується на рівні уступу, не підвищує прикус, не блокує рухи нижньої щелепи.
	Фіксація коронки.	
5.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта, голова закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Зберегти одяг пацієнта чистим.
6.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, вдягти гумові рукавички.
7.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд, гладилка, предметне скло, ватні валики, стоматологічний шпатель.

8.	Дезінфекція та знежирення коронок. Ватними кульками, зволоженими спочатку 3% розчином перекису водню, а потім спиртом, обробляють конструкцію (внутрішню та зовнішню поверхні), висушують струменем повітря	Конструкція чиста та суха. .
9.	Ізоляція робочої ділянки. Робочу ділянку ізолюють ватними валиками від ротової рідини.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
10.	Очищення опорних зубів та їх дезінфекція. Опорні зуби обробляють ватною кулькою, зволоженою 3% розчином перекису водню, висушують струменем повітря, далі протирають зуби ватною кулькою, зволоженою спиртом, висушують струменем повітря.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
11.	Замішування цементу. *Замішування полікарбоксилатного цементу «Adhesor CarboFine».* Взяти 1 краплю рідини на 1 мірну ложку порошку. Замішувати на крейдованому папері пластмасовим шпателем протягом 15 секунд.	Вносити цемент потрібно мірною ложечкою, рідина для замішування цементу відмірюється краплями. Співвідношення порошку до рідини та правильне змішування цементу залежить від марки цементу та інструкції з використання даної марки цементу, що запропонована фірмою-виробником.
12.	Внесення цементу в коронки. Змішаний цемент внести в коронку клінічним шпателем, заповнюючи її на $^1/_3$ об'єму, рівномірно розподілити на внутрішніх стінках.	$^1/_3$ об'єму коронки заповнена цементом.
13.	Коронку з цементом накладають на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Пацієнту пропонують міцно стиснути зуби у положенні центральної оклюзії, контролюючи правильність змикання за допомогою стоматологічного дзеркала.	Відсутність супраконтактів у положенні центральної оклюзії.

На фантомі

8.2.2.Фіксація металевої суцільнолитої коронки на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.
2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині перекису водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо цинк-полікарбоксилатний цемент «Adhesor CarboFine».
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 5 крапель рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Замішування цементу проводиться на крейдяному папері, пластмасовим шпателем, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.

8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, змикаючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.2.3.Перевірка і фіксація пластмасової коронки

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), коронкознімач, мікрометр, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, предметне скло для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, пластмасова коронка на гіпсовій моделі, спирт, перекис водню 3%, вата.

Порядок дій:

- огляд коронки на гіпсовій моделі (межі шийки, правильність анатомічної форми, якість обробки і керамічного покриття);
- дезінфекція коронки ватною кулькою, змоченою в спирті;
- очистка кукси препарованого зуба, накладання коронки;
- оцінка якості крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевірка щільності апроксимальних та оклюзійних контактів, положення зуба в зубній дузі, відповідності кольору облицювання;

корекція країв коронки, оклюзійних та артикуляційних контактів (за необхідності) за допомогою бормашини під контролем мікрометра;

- дезінфекція та знежирення коронки спиртом;
- обробка кукси зуба перекисом водню, спиртом, ізоляція від слини;
- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);
- накладання цементу у коронку, фіксація коронки на зубі;
- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очистка коронки від залишків цементу після його структуризації.

Алгоритм практичної навички

8.2.3.Фіксація пластмасової коронки на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.

2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині перекису водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо цинк-фосфатний цемент «Adhesor Fine».
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 5 крапель рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Замішування цементу проводиться на предметному склі на його шорсткій поверхні, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, змикаючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.2.4.Перевірка і фіксація комбінованої металокерамічної коронки

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), коронкознімач, мікрометр, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, предметне скло для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, комбінована металокерамічна коронка на гіпсовій моделі, спирт, перекис водню 3%, вата.

Порядок дій:

- огляд коронки на гіпсовій моделі (межі шийки, правильність анатомічної форми, якість обробки і керамічного покриття);
- дезінфекція коронки ватною кулькою, змоченою в спирті;
- очистка кукси препарованого зуба, накладання коронки;
- оцінка якості крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевірка щільності апроксимальних та оклюзійних контактів, положення зуба в зубній дузі, відповідності кольору облицювання;

корекція країв коронки, оклюзійних та артикуляційних контактів (за необхідності) за допомогою бормашини під контролем мікрометра;

- дезінфекція та знежирення коронки спиртом;
- обробка кукси зуба перекисом водню, спиртом, ізоляція від слини;
- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);
- накладання цементу у коронку, фіксація коронки на зубі;
- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очистка коронки від залишків цементу після його структуризації.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в кріслі, щоб йому було зручно, зафіксувати підголівник, запропонувати серветку та освіжити порожнину рота антисептичним розчином (календули, лістерину).	Голова пацієнта має бути розташована на рівні ліктя лікаря.
2.	Звернути увагу на відповідність отриманої із лабораторії штучної коронки, що замовлена у наряді по виконанню робіт.	Встановлена відповідність. Коронка відповідає замовленню.
3.	Оцінка точності (якості) прилягання штучної коронки до уступу на моделі.	Металокерамічна коронка має щільно прилягати по всій ділянці кукси препарованого зуба, розташовуватися щільно, без ротації. Край коронки має доходити до відпрепарованого уступу.

4.	Провести оцінку якості прилягання ковпачка майбутньої коронки до уступу кукси відпрепарованого зуба. Оцінку потрібно провести спочатку на моделі.	Металевий ковпачок щільно прилягає до уступу кукси зуба, балансування та ротація відсутні. На апроксимальних сторонах та оклюзійній поверхні має залишатися зайве місце для розташування керамічної маси. Перли на металевому ковпачку повинні бути однакового діаметра, розміщені рівномірно.
	Якщо виготовлений лабораторією ковпачок відповідає вимогам, щільно прилягає до гіпсового стовпчика кукси відпрепарованого зуба та розміщується на уступі по периметру - зняти коронку із стовпчика, обробити спиртом. Обережно накладати коронку на зуб.	
	Якщо ковпачок не доходить до рівня уступу, можливе використання коригуючої пасти силіконової маси.	Коригуюча маса має бути рівномірно розподілена у ковпачку.
	Для цього необхідно використовувати предметне скло та металевий (пластмасовий) шпатель. На предметне скло, розташоване гладкою поверхнею догори, накладається коригуюча паста із розрахунку об'єму 1 клітини мірної лінійки на 1 краплю активатора при використанні коригуючої пасти С-силіконового відбиткового матеріалу. У випадку використання вінілполісілоксанових мас коригуюча паста має бути виготовлена шляхом змішування коригуючої маси та активатора у вигляді пасти у пропорції один до одного.	Може бути застосована копірка у вигляді спрея, яка розпилюється по внутрішній поверхні ковпачка. При накладанні ковпачка на зуб важливо, щоб останній був просушений струменем повітря. Корекція ковпачка проводиться у ділянці супраконтакту по внутрішній поверхні: у ділянці відсутності коригуючого матеріалу або копірки. Для цього застосовується турбінний наконечник або мікромотор із прямим наконечником, твердосплавні бори або бори із алмазним напиленням. Допускається проведення корекції за допомогою коригуючої маси декілька разів.

	Можливе використання рідкої копірки, яка за допомогою пензлика наноситься на внутрішню поверхню ковпачка, просушується струменем повітря, ковпачок накладається у ротовій порожнині на попередньо висушений зуб.	Рівень уступу - маргінальний край ясен. Якщо під час препарування був отриманий уступ нижче маргінального краю, має бути виконана металева «гірлянда» таким чином, щоб запобігти зануренню облицювання із кераміки під ясенний край.
	Фіксація коронки.	
5.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта, голова закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Зберегти одяг пацієнта чистим.
6.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, вдягти гумові рукавички.
7.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд, гладилка, блокнот з крейдованого паперу, ватні валики,стоматологічний шпатель.
8.	Дезінфекція та знежирення коронки. Ватною кулькою, зволоженою 3% розчином перекису водню, обробляють конструкцію (внутрішню та зовнішню поверхні), потім кулькою, зволоженою спиртом, обробляють конструкцію, висушують струменем повітря.	Конструкція чиста та суха.
9.	Ізоляція робочої ділянки. Робочу ділянку ізолюють ватними валиками від ротової рідини.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
10.	Очищення опорного зуба та його дезінфекція. Опорний зуб обробляють ватною кулькою, зволоженою 3% розчином перекису водню, висушують струменем повітря, далі протирають зуб ватною кулькою, зволоженою спиртом, висушують струменем повітря	Поверхня опорного зуба чиста та суха. .

11.	Замішування цементу. *Замішування склоіномерного цементу «Фуджи І».* Взяти 1 краплю рідини на 1 мірну ложку порошку. Замішувати на крейдованому папері пластмасовим шпателем протягом 15 секунд.	Вносити цемент потрібно мірною ложечкою, рідина для замішування цементу відмірюється краплями. Співвідношення порошку до рідини та правильне змішування цементу залежить від марки цементу та інструкції з використання даної марки цементу, що запропонована фірмою-виробником.
12.	Внесення цементу в коронку. Замішаний цемент внести в коронку шпателем, заповнюючи її на $^1/_3$ об'єму, рівномірно розподілити на внутрішніх стінках.	$^1/_3$ об'єму коронки заповнена цементом.
13.	Коронку з цементом накласти на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Пацієнту запропонувати міцно стиснути зуби у положенні центральної оклюзії, контролюючи правильність змикання за допомогою стоматологічного дзеркала.	Відсутність супраконтактів у положенні центральної оклюзії.
14.	Видалення залишків цементу. Через 5 хвилин пацієнту запропонувати відкрити рот, виймають ватні валики, зондом або гладилкою обережними рухами від ясен до коронки забирають залишки цементу.	Відсутність залишків цементу.

На фантомі

8.2.4. Фіксація металокерамічної коронки на склоіономерний цемент на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.
2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.

3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині пероксиду водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо склоіономерний цемент «Fuji I».
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 2 краплі рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини увесь відразу. Замішування цементу проводиться на крейдованому папері з комплекту пластмасовим шпателем, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції. Замішуємо протягом 15-20 с.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні тампони не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, змикаючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.2.5.Перевірка і фіксація комбінованої металокерамічної на полікарбоксилатний цемент

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), коронкознімач, мікрометр, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, предметне скло для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, комбінована металокерамічна коронка на гіпсовій моделі, спирт, перекис водню 3%, вата.

Порядок дій:

- огляд коронки на гіпсовій моделі (межі шийки, правильність анатомічної форми, якість обробки і керамічного покриття);
- дезінфекція коронки ватною кулькою, змоченою в спирті
- очищення кукси препарованого зуба, накладання коронки;
- оцінка якості крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевірка щільності апроксимальних та оклюзійних контактів, положення зуба в зубній дузі, відповідності кольору облицювання;

корекція країв коронки, оклюзійних та артикуляційних контактів (за необхідності) за допомогою бормашини під контролем мікрометра;

- дезінфекція та знежирення коронки спиртом;
- обробка кукси зуба перекисом водню, спиртом, ізоляція від слини;
- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);
- накладання цементу у коронку, фіксація коронки на зубі;
- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очищення коронки від залишків цементу після його структуризації.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в кріслі, щоб йому було зручно, зафіксувати підголівник, запропонувати серветку та освіжити порожнину рота антисептичним розчином (календули, лістерину).	Голова пацієнта має бути розташована на рівні ліктя лікаря.
2.	Звернути увагу на відповідність отриманої із лабораторії штучної коронки, що замовлена у наряді по виконанню робіт.	Встановлена відповідність. Коронка відповідає замовленню.
3.	Оцінка точності (якості) прилягання ковпачка майбутньої коронки до уступу на моделі.	Металевий ковпачок має щільно прилягати по всій ділянці кукси препарованого зуба, розташовуватися щільно, без ротації. Край коронки має доходити до відпрепарованого уступу.

4.	Провести оцінку якості прилягання ковпачка майбутньої коронки до уступу кукси відпрепарованого зуба. Оцінку потрібно провести спочатку на моделі. Якщо виготовлений лабораторією ковпачок відповідає вимогам, щільно прилягає до гіпсового стовпчика кукси відпрепарованого зуба та розміщується на уступі по периметру - зняти коронку із стовпчика, обробити спиртом. Обережно накладати коронку на зуб. Якщо ковпачок не доходить до рівня уступу, можливе використання коригуючої пасти силіконової маси. Для цього необхідно використовувати предметне скло та металевий (пластмасовий) шпатель. На предметне скло, розташоване гладкою поверхнею догори, накладається коригуюча паста із розрахунку об'єму 1 клітини мірної лінійки на 1 краплю активатора при використанні коригуючої пасти С-силіконового відбиткового матеріалу. У випадку використання вінілполісілоксанових мас коригуюча паста має бути виготовлена шляхом змішування коригуючої маси та активатора у вигляді пасти у пропорції один до одного.	Металевий ковпачок щільно прилягає до уступу кукси зуба, балансування та ротація відсутні. На апроксимальних сторонах та оклюзійній поверхні має залишатися зайве місце для розташування керамічної маси. Перли на металевому ковпачку повинні бути однакового діаметра, розміщені рівномірно. Коригуюча маса має бути рівномірно розподілена у ковпачку. Може бути застосована копірка у вигляді спрея, яка розпилюється по внутрішній поверхні ковпачка. При накладанні ковпачка на зуб важливо, щоб останній був просушений струменем повітря. Корекція ковпачка проводиться у ділянці супраконтакту по внутрішній поверхні: у ділянці відсутності коригуючого матеріалу або копірки. Для цього застосовується турбінний наконечник або мікромотор із прямим наконечником, твердосплавні бори або бори із алмазним напиленням. Допускається проведення корекції за допомогою коригуючої маси декілька разів.

	Можливе використання рідкої копірки, яка за допомогою пензлика наноситься на внутрішню поверхню ковпачка, просушується струменем повітря, ковпачок накладається у ротовій порожнині на попередньо висушений зуб.	Рівень уступу - маргінальний край ясен. Якщо під час препарування був отриманий уступ нижче маргінального краю, має бути виконана металева «гірлянда» таким чином, щоб запобігти зануренню облицювання із пластмаси під ясенний край.
	Фіксація коронки.	
5.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта, голова закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Зберегти одяг пацієнта чистим.
6.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, вдягти гумові рукавички.
7.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд, гладилка, блокнот для замішування цементу, ватні валики, медичний шпатель.
8.	Дезінфекція та знежирення коронки. Ватною кулькою, зволоженою 3% розчином перекису водню, обробляють конструкцію (внутрішню та зовнішню поверхні), потім кулькою, зволоженою спиртом, обробляють конструкцію, висушують струменем повітря.	Конструкція чиста та суха.
9.	Ізоляція робочої ділянки. Робочу ділянку ізолюють ватними валиками від ротової рідини.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
10.	Очищення опорного зуба та його дезінфекція. Опорний зуб обробляють ватною кулькою, зволоженою 3% розчином перекису водню, висушують струменем повітря, далі протирають зуб ватною кулькою, зволоженою спиртом, висушують струменем повітря	Поверхня опорного зуба чиста та суха. .

11.	Замішування цементу. *Замішування цинк-полікарбоксилатного цементу «Adhesor Carbofine»* Взяти 1 краплю рідини на 1 мірну ложку порошку. Замішувати на крейдованому папері пластмасовим шпателем протягом 15 секунд.	Вносити цемент потрібно мірною ложечкою, рідина для замішування цементу відмірюється краплями. Співвідношення порошку до рідини та правильне змішування цементу залежить від марки цементу та інструкції з використання даної марки цементу, що запропонована фірмою-виробником.
12.	Внесення цементу в коронку. Замішаний цемент внести в коронку клінічним шпателем, заповнюючи її на $^1/_3$ об'єму, рівномірно розподілити на внутрішніх стінках.	$^1/_3$ об'єму коронки заповнена цементом.
13.	Коронку з цементом накласти на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Пацієнту запропонувати міцно стиснути зуби у положенні центральної оклюзії, контролюючи правильність змикання за допомогою стоматологічного дзеркала.	Відсутність супраконтактів у положенні центральної оклюзії.
14.	Видалення залишків цементу. Через 5 хвилин пацієнту запропонувати відкрити рот, виймають ватні валики, зондом або гладилкою обережними рухами від ясен до коронки забирають залишки цементу.	Відсутність залишків цементу.

На фантомі

8.2.5.Фіксація металокерамічної коронки на полікарбоксилатний цемент на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.
2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.

3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині пероксиду водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо цинк-полікарбоксилатний цемент «Adhesor Carbofine».
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 5 крапель рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Замішування цементу проводиться на паперовому блокноті пластмасовим шпателем, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, змикаючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

8.2.6. Алгоритм практичної навички
Фіксація металопластмасової коронки на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.

2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині пероксиду водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо цинк-полікарбоксилатний цемент «Adhesor Carbofine».
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 5 крапель рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Замішування цементу проводиться на паперовому блокноті пластмасовим шпателем, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, змикаючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

8.2.7. Алгоритм практичної навички
Фіксація фарфорової коронки на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.
2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою у 0,05 % розчині хлоргексидину, очищуємо куксу відпрепарованого зуба. Поверхня кукси протравлюється гелем 36 % ортофосфорної кислоти. Змиваємо гель водою та висушуємо струменем повітря із пустера. Наносимо адгезивну систему Optibond FL (спочатку праймер, потім адгезив), полімеризуємо фотополімерною лампою протягом 20 с. Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Протравлюємо внутрішню поверхню Porcelain Etch (9 % плавікова кислота), наносимо праймер для кераміки Silane, просушуємо його.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо композитний цемент Variolink Esthetic DC.
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Цемент Variolink Esthetic DC не потребує замішування, що робить його дуже зручним у використанні..

7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об'єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, притискаємо. Полімеризуємо фотополімерною лампою по 20 с. з щічної, оральної та оклюзійної поверхні.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

8.2.8. Алгоритм практичної навички
Фіксація фотополімерної коронки на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.
2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою у 0,05 % розчині хлоргексидину, очищуємо куксу відпрепарованого зуба. Поверхня кукси протравлюється гелем 36 % ортофосфорної кислоти. Змиваємо гель водою та висушуємо струменем повітря із пустера. Наносимо адгезивну систему Optibond FL (спочатку праймер, потім адгезив), полімеризуємо фотополімерною лампою протягом 20 с.

		Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Протравлюємо внутрішню поверхню Porcelain Etch (9 % плавікова кислота), наносимо праймер для кераміки Silane, просушуємо його.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо композитний цемент Variolink Esthetic DC.
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Цемент Variolink Esthetic DC не потребує замішування, що робить його дуже зручним у використанні.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об'єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, притискаємо. Полімеризуємо фотополімерною лампою по 20 с. з щічної, оральної та оклюзійної поверхні
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

8.2.9. Алгоритм практичної навички
Фіксація коронки із діоксиду цирконію на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.
2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.

4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою у 0,05 % розчині хлоргексидину, очищуємо куксу відпрепарованого зуба. Поверхня кукси протравлюється гелем 36 % ортофосфорної кислоти. Змиваємо гель водою та висушуємо струменем повітря із пустера. Наносимо адгезивну систему Optibond FL (спочатку праймер, потім адгезив), полімеризуємо фотополімерною лампою протягом 20 с. Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Протравлюємо внутрішню поверхню Porcelain Etch (9 % плавікова кислота), наносимо праймер для кераміки Silane, просушуємо його.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо композитний цемент Variolink Esthetic DC.
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Цемент Variolink Esthetic DC не потребує замішування, що робить його дуже зручним у використанні
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, притискаємо. Полімеризуємо фотополімерною лампою по 20 с. з щічної, оральної та оклюзійної поверхні.
9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

8.2.10. Алгоритм практичної навички
Фіксація коронки із ситалу на гіпсовій моделі

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Оцінити якість штучної коронки.	При огляді на коронці відсутні дефекти, якість обробки відповідає технологічним вимогам.

2.	Накласти коронку на опорний зуб.	Оцінюють якість крайового прилягання до уступу на препарованому зубі, перевіряють щільність охоплення шийки, відновлення апроксимальних та оклюзійних контактів, правильність анатомічної форми.
3.	Ізолювати робоче поле від ротової рідини.	За допомогою ватних валиків ізолюємо препарований зуб від ротової рідини.
4.	Підготувати опорний зуб та коронку до фіксації, провести дезінфекцію.	Ватною кулькою, змоченою в спирті, проводимо дезінфекцію та знежирення коронки. Ватною кулькою, змоченою у 3 % розчині пероксиду водню, очищуємо куксу відпрепарованого зуба та висушуємо її струменем повітря із пустера. Поверхня опорних зубів повинна бути чистою та сухою.
5.	Провести підбір фіксуючого цементу.	Цемент підбирається відповідно до клінічної ситуації, конструкції та матеріалу штучної коронки. Обираємо склоіономерний цемент «Fuji I».
6.	Приготувати фіксуючий цемент.	Беремо 2 краплі рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини увесь відразу. Замішування цементу проводиться на крейдованому папері з комплекту пластмасовим шпателем, роблячи 8-подібні рухи, до отримання однорідної консистенції. Замішуємо протягом 15-20 с.
7.	Внести фіксуючий цемент у штучну коронку.	Замішаний цемент вносимо в коронку шпателем, заповнюючи її на 1/3 об’єму, рівномірно розподіляючи на внутрішніх стінках.
8.	Накласти штучну коронку на опорний зуб і зімкнути зубні ряди.	Накладаємо коронку з цементом на зуб, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під край коронки. Закриваємо артикулятор, змикаючи зуби у положенні центральної оклюзії. У положенні центральної оклюзії не повинно бути супраконтактів.

9.	Залишки цементу видалити зондом.	Перевіряють затвердіння цементу. Залишки цементу видаляють зондом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.3.Перевірка та фіксація мостоподібного протеза

8.3.1.Перевірка та фіксація штамповано-паяного мостоподібного протеза

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), набір карборундових головок та вулканітових дисків, коронкознімач, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, скляна пластинка для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, штамповано-паяний мостоподібний протез, спирт, перекис водню 3%, вата.

2. Базовий рівень знань, необхідний для виконання навички:

Знати:

- класифікації мостоподібних протезів (за способом виготовлення, за матеріалом);
- оклюзійні контакти зубів;
- поняття про співвідношення проміжної частини мостоподібного протеза із альвеолярним відростком у різних ділянках зубного ряду;
- методики паяння штампованих мостоподібних протезів;
- трактувати поняття про опорні зуби та зубні ряди;
- пояснювати технологію виготовлення мостоподібних протезів;
- пояснювати методики припасування мостоподібних протезів на моделі та в ротовій порожнині;
- пояснювати способи компенсації усадки металів;
- пояснювати клініко-лабораторні етапи виготовлення мостоподібних протезів;
- пояснювати біомеханіку мостоподібного протеза;
- аналізувати помилки, виявлені на етапі припасування мостоподібного протеза.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- часткові дефекти зубних рядів, дистально обмежені;
- протяжність дефекту у бічних ділянках до 3-х зубів, у фронтальній - до 4-х зубів;
- наявність стійких опорних зубів.

2. Протипоказання:

- наявність гострої патології серцево-судинної системи;
- рухомість опорних зубів III ступеня;
- видалення опорного зуба;
- великі за протяжністю дефекти зубного ряду.
-
-
-
-

- Порядок дій:

- огляд мостоподібного протеза на моделі (межі шийок опорних коронок, правильність анатомічної форми, якість пластмасового покриття, паяних швів, якість обробки протеза в цілому);

дезінфекція протеза ватною кулькою, змоченою спиртом;

очистка кукс препарованих зубів, накладання мостоподібного протеза;

- оцінка якості крайового прилягання опорних коронок, перевірка щільності апроксимальних контактів, відношення тіла протеза до беззубої частини альвеолярного відростка, оклюзійних та артикуляційних співвідношень із зубами-антагоністами, відповідності кольору облицювання природним зубам пацієнта;

- корекція пластмасового облицювання (за необхідності) за допомогою бормашини;

- дезінфекція і знежирення опорних коронок спиртом;

- обробка кукс зубів розчином перекису водню, спиртом, ізоляція від слини;

- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);

- накладання цементу у коронки, фіксація мостоподібного протеза на опорних зубах;

- перевірка оклюзійних співвідношень;

- очистка коронок і тіла протеза від залишків цементу після його структуризації.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підготувати пацієнта до проведення маніпуляцій.	Комфортне положення пацієнта, голова трохи закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Накрити погруддя пацієнта серветкою.
2.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, надіти гумові рукавички.
3.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд.
4.	Оглянути і перевірити мостоподібний протез на моделі.	Місце з'єднання проміжної частини з опорними коронками безперервне, всередині коронок немає припою, відсутнє балансування на опорних зубах. При виявленні розривів, раковин у ділянці паяння - повторне паяння. При балансуванні на опорних зубах - розпаяти місце спаювання і заново провести паяння. Для безпаяного мостоподібного протеза з'єднання проміжної частини з опорними коронками безперервне, всередині коронок немає металу.

		При наявності металу всередині коронок зішліфувати надлишок металу.
5.	Ввести протез у ротову порожнину хворого та розташувати його на опорних зубах.	Перед перевіркою у ротовій порожнині протез дезінфікують 3% розчином перекису водню та 70% спирту. Протез вільно накладається на опорні зуби без тиску. Опорні коронки заглиблюються у зубоясенний жолобок мінімально, щільно охоплюючи зуби в ділянці клінічної шийки. Точність прилягання контролюють зондом. Якщо протез не накладається на опорні зуби або щільно не прилягає у ділянці клінічної шийки, або балансує на опорних зубах, або підвищує висоту прикусу, то його потрібно виготовити повторно, знявши повний відбиток. Між тілом мостоподібного протеза і альвеолярним відростком повинен зберігатися промивний простір, який контролюється зондом, що вільно проходить.
6.	Провести корекцію протеза по оклюзії.	Копіювальним папером проводиться перевірка оклюзійних контактів. Якщо супраконтакти виявлені на проміжній частині протеза, то їх зішліфовують фасонними головками. Якщо вони виявлені на штампованих опорних коронках, що будуть облицьовуватися, то такий мостоподібний протез потрібно переробити.
7.	Підібрати колір облицювання.	Колір підбирають за допомогою розколірки, орієнтуючись на природній колір зубів, які розташовані поряд.

	Фіксація.	
8.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта, голова закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Зберегти одяг пацієнта чистим.
9.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, надіти гумові рукавички.
10.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд, гладилка, предметна скляна пластинка, ватні валики, медичний шпатель.
11.	Дезінфекція та знежирення каркаса мостоподібного протеза. Ватними кульками, зволоженими 3% розчином перекису водню обробляють конструкцію (внутрішню та зовнішню поверхні), потім кулькою, зволоженою спиртом, обробляють конструкцію, висушують струменем повітря.	Конструкція чиста та суха.
12.	Ізоляція робочої ділянки. Робочу ділянку ізолюють ватними валиками від ротової рідини.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
13.	Очищення опорних зубів та їх дезінфекція. Опорні зуби обробляють ватними кульками, зволоженими 3% розчином перекису водню, висушують струменем повітря, далі протирають зуби ватною кулькою, зволоженою спиртом, висушують струменем повітря.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
14.	Замішування цементу. *Замішування цинк-фосфатного цементу «Адгезор файн».* Взяти 5 крапель рідини на 1 мірну ложку порошку. Порошок додається до рідини невеликими порціями. Робочий час матеріалу складає до 8 хвилин. Час твердіння цементу - 2 хвилини.	Вносять цемент мірною ложечкою, рідину для замішування цементу відміряють краплями. Співвідношення порошку до рідини та правильне замішування цементу залежить від марки цементу та інструкції з використання даної марки цементу, що запропонована фірмою-виробником.

	Замішування цинк-полікарбоксилатного цементу «Адгезор карбофайн». Взяти матеріал із розрахунку: 2 мірні ложки порошку на 5 крапель рідини. Замішувати протягом 30 сек. Робочий проміжок часу складає 8-10 хв. Час твердіння цементу - 6-8 хв.	
15.	Внесення цементу в коронки. Замішаний цемент внести в коронки клінічним шпателем, заповнюючи її на $^1/_3$ об'єму, рівномірно розподілити на внутрішніх стінках.	$^1/_3$ об'єму коронок заповнена цементом.
16.	Мостоподібний протез із цементом накласти на зуби, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під краї коронок. Пацієнту пропонують міцно стиснути зуби у положенні центральної оклюзії, контролюючи правильність змикання за допомогою стоматологічного дзеркала.	Відсутність супраконтактів у положенні центральної оклюзії.
17.	Видалення залишків цементу. Через 5 хвилин пацієнту пропонують відкрити рот, виймають ватні валики, зондом або гладилкою обережними рухами від ясен до коронок забирають залишки цементу. Під контролем дзеркала та зонда перевіряють наявність залишків цементу в ділянці промивної частини мостоподібних протезів.	Відсутність залишків цементу.

Алгоритм виконання практичної навички

8.3.2.Перевірка та фіксація незнімного металокерамічного мостоподібного протеза

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), набір карборундових головок та головок з алмазним покриттям, коронкознімач, артикуляційний папір, стоматологічний цемент для фіксації незнімних протезів, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, екскаватор, шпатель, скляна пластинка для замішування цементу, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, металокерамічний

мостоподібний протез, спирт, розчин перекису водню 3%, вата.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- методику припасування мостоподібних протезів на моделі та в порожнині рота;
- вимоги до незнімних конструкцій: коронок та мостоподібних протезів;
- властивості різних груп цементів для фіксації;
- чинники, що впливають на якість фіксації незнімної конструкції;
- технології фіксації незнімних конструкцій різними видами фіксувальних цементів (цинк-фосфатними, склоіономерними, полікарбоксилатними, композитними).

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- наявність дефекту коронкової частини зуба;
- наявність дефекту зубного ряду;
- протяжність дефекту зубного ряду;
- дистальне обмеження зубного ряду;
- наявність достатньої кількості стійких зубів.

1. Протипоказання:

Загальні:

- кардіальна патологія.

Місцеві:

- загострення хронічних запальних захворювань.

Порядок дій:

- огляд мостоподібного протеза на моделі (межі шийок опорних коронок, правильність анатомічної форми, якість керамічного покриття, якість обробки протеза в цілому);
- дезінфекція протеза ватною кулькою, змоченою спиртом;
- очистка кукс препарованих зубів, накладання мостоподібного протеза;
- оцінка якості крайового прилягання опорних коронок до уступів, перевірка щільності апроксимальних контактів, відношення тіла протеза до беззубої частини альвеолярного відростка, оклюзійних та артикуляційних співвідношень із зубами-антагоністами, відповідності кольору облицювання природним зубам пацієнта;
- корекція керамічного облицювання (за необхідності) за допомогою бормашини;
- повторне глазурування в зуботехнічній лабораторії (за умови корекції облицювання);
- дезінфекція і знежирення опорних коронок спиртом;
- обробка кукс зубів розчином перекису водню, спиртом, ізоляція від слини;
- приготування фіксуючого цементу (згідно з інструкцією фірми-виробника);
- накладання цементу у коронки, фіксація мостоподібного протеза на опорних зубах;
- перевірка оклюзійних співвідношень;
- очистка коронок і тіла протеза від залишків цементу після його структуризації.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в кріслі, щоб йому було зручно, зафіксувати підголівник, запропонувати серветку та освіжити порожнину рота антисептичним розчином (календули, лістерину).	Голова пацієнта має бути розташована на рівні ліктя лікаря.
2.	Звернути увагу на відповідність отриманого із лабораторії мостоподібного протеза, замовленому у наряді по виконанню робіт.	Встановлена відповідність.
3.	Перевірити протез на моделі. Перевірити шлях уведення та виведення протеза на моделі.	Якщо виготовлений в лабораторії ковпачок відповідає вимогам, він щільно прилягає до гіпсового стовпчика кукси відпрепарованого зуба та прилягає до уступу по всьому периметру коронки.
4.	Обробити протез спиртом, ввести в ротову порожнину, накласти на опорні зуби.	Коронки щільно прилягають до уступу кукси зуба, балансування та ротація відсутні. Проміжна частина протеза у фронтальній ділянці дотична, у бічній - висяча.
5.	Перевірити оклюзійні співвідношення.	На оклюзійній поверхні має залишатися місце (1,5 мм) для розташування пластмаси. Перли на металевому ковпачку мають бути розміщені рівномірно, однакового діаметра.
6.	Якщо ковпачок не доходить до рівня уступу, можливе використання коригуючої пасти силіконової маси. Для цього необхідно використовувати скляну пластинку та металевий (пластмасовий) шпатель. На скляну пластинку, розташовану гладкою поверхнею догори, накладається коригуюча паста із розрахунку об’єму 1 клітини мірної лінійки на 1 краплю активатора у разі використання коригуючої пасти С-силіконового відбиткового	Корекція ковпачка проводиться у ділянці супраконтакту по внутрішній поверхні: у ділянці відсутності коригуючого матеріалу або копірки.

	матеріалу.	
7.	Підібрати колір облицювання.	Колір підбирають за допомогою розколірки, орієнтуючись на природний колір зубів, що розташовані поряд.
	Фіксація.	
8.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло. Накрити пацієнта серветкою.	Комфортне положення пацієнта, голова закинута назад, середня частина обличчя на рівні згину ліктя лікаря. Зберегти одяг пацієнта чистим.
9.	Провести дезінфекцію рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, надіти гумові рукавички.
10.	Взяти набір стоматологічних інструментів.	Пінцет, стоматологічне дзеркало, зонд, гладилка, предметна скляна пластинка, ватні валики, медичний шпатель.
11.	Дезінфекція та знежирення мостоподібного протеза. Ватними кульками, зволоженими 3% розчином перекису водню, обробляють конструкцію (внутрішню та зовнішню поверхні), потім кулькою, зволоженою спиртом, обробляють конструкцію, висушують струменем повітря	Конструкція чиста та суха. .
12.	Ізоляція робочої ділянки. Робочу ділянку ізолювати ватними валиками від ротової рідини.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
13.	Очищення опорних зубів та їх дезінфекція. Опорні зуби обробляють ватним тампоном, зволоженим 3% розчином перекису водню, висушують струменем повітря, далі протирають зуби тампоном, зволоженим спиртом, висушують струменем повітря.	Поверхня опорних зубів чиста та суха.
14.	Замішування цементу. *Замішування цинк-полікарбоксилатного цементу «Адгезор карбофайн».* Взяти матеріал із розрахунку 2 мірні ложки порошку на 5 крапель рідини. Замішувати протягом 30 сек. Робочий проміжок часу складає 8-10 хв. Час твердіння	Вносити цемент потрібно мірною ложечкою, рідина для замішування цементу відмірюється краплями. Співвідношення порошку до рідини та правильне змішування цементу залежать від марки цементу та інструкції з використання даної марки

	цементу - 6-8 хв. *Замішування склоіномерного цементу «Фуджи І».* Взяти 1 краплю рідини на 1 мірну ложку порошку. Замішувати на крейдованому папері пластмасовим шпателем протягом 15 сек.	цементу, що запропонована фірмою-виробником.
15.	Внесення цементу в коронки. Замішаний цемент внести в коронки клінічним шпателем, заповнюючи її на $^1/_3$ об'єму, рівномірно розподілити на внутрішніх стінках.	$^1/_3$ об'єму коронок заповнена цементом.
16.	Мостоподібний протез із цементом накласти на зуби, спостерігаючи, щоб ватні валики не потрапили під краї коронок. Пацієнту запропонувати міцно стиснути зуби у положенні центральної оклюзії, контролюючи правильність змикання за допомогою стоматологічного дзеркала.	Відсутність супраконтактів у положенні центральної оклюзії.
17.	Видалення залишків цементу. Через 5 хвилин пацієнту пропонують відкрити рот, виймають ватні валики, зондом або гладилкою обережними рухами від ясен до коронок забирають залишки цементу. Під контролем дзеркала та зонда перевірити наявність залишків цементу в ділянці промивної частини мостоподібних протезів.	Відсутність залишків цементу.

Алгоритм виконання практичної навички

8.4. Перевірка та накладання часткового знімного протеза

8.4.1. Пластинкового з кламерною фіксацією

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10000 об/хв), набір карборундових та гумових абразивних головок, артикуляційний папір, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, частковий знімний пластинковий протез, спирт, вата.

2. Базовий рівень знань:

Знати:

- топографо-анатомічні особливості зубів, альвеолярних відростків, слизової

оболонки;
- методи фіксації знімних протезів;
- поняття адгезії, функціональної присмоктуваності, анатомічної ретенції;
- стабілізації, рівноваги протезів;
- оклюзійно-артикуляційні співвідношення;
- шляхи усунення можливих помилок (при визначенні міжальвеолярної висоти, при фіксації центрального співвідношення);
- пояснити біомеханіку часткового знімного протеза;
- пояснити клініко-технологічні етапи виготовлення різних видів часткових знімних протезів;
- аналізувати помилки та ускладнення знімного протезування.

3. Показання та протипоказання до застосування:

1. Показання:
- при дистально обмежених дефектах зубного ряду з однієї сторони;
- при дистально необмежених дефектах з обох сторін;
- при наявності одного зуба на нижній щелепі чи одного кореня;
- при добре виражених альвеолярних відростках на верхній та нижній щелепах;
- при різко і рівномірно атрофованих альвеолярних відростках на верхній та нижній щелепах;
- при різко і нерівномірно атрофованих альвеолярних відростках на верхній та нижній щелепах;
- коли інші конструкції неможливі;
- як провізорні при імплантації та ін.

2. Протипоказання:
- загострення захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Порядок дій:
- огляд пластинкового протеза (якість обробки базису протеза, кламерів);
- дезінфекція протеза ватною кулькою, змоченою в спирті;
- уведення протеза у ротову порожнину (визначити шлях уведення-виведення), накладання на опорні зуби елементів фіксації (кламерів); за необхідності - корекція базису у місцях прилягання до природних зубів пацієнта;
- перевірка щільності прилягання плечей кламерів до опорних зубів, а базису протеза - до беззубих ділянок альвеолярного відростка;
- визначення співвідношення базису і рухомих ділянок слизової оболонки протезного ложа;
- перевірка оклюзійних та артикуляційних співвідношень штучних зубів та зубів-антагоністів, їх положення в зубній дузі;
- перевірка ефективності фіксації та стабілізації протеза, фонетичні проби;
- корекція (за необхідності) країв базису, оклюзійної поверхні штучних зубів;
- накладання протеза відповідно до вибраного шляху уведення протеза;
- навчання пацієнта навичкам накладання і догляду за протезом.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерій контролю виконання
1.	Посадити пацієнта у крісло.	Голова пацієнта на рівні ліктів лікаря, лікар стоїть перед пацієнтом справа.
2.	Дезінфекція рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму, надіти гумові рукавички.
3.	Підібрати необхідні інструменти для виконання втручання.	Пінцет, зонд, стоматологічне дзеркало, зуботехнічний шпатель, гіпсові моделі з восковою репродукцією протезів в оклюдаторі, велике дзеркало.
4.	а) провести перевірку конструкції: - межі протезів на моделях; - прилягання базисів до моделі; - постановка штучних зубів на верхньому та нижньому восковому базисі; - рівень змикання зубів; - стан моделей б) провести перевірку в ротовій порожнині: - спочатку накласти воскову репродукцію протеза на верхню щелепу, а потім на нижню щелепу. Оцінити: - прилягання протезів; - межі протезів; - прилягання його до слизової оболонки протезного ложа; - положення верхньої губи по відношенню до фронтальних зубів.	Відповідність воскової репродукції протезів в оклюдаторі до поставлених вимог. Відповідність воскових репродукцій протезів у ротовій порожнині до поставлених вимог Краї фронтальних зубів при розмові повинні на 1-2 мм виступати з-під верхньої губи.

4	Перевірити правильність визначення міжальвеолярної висоти; в) при виявленні помилок - потрібно заново визначити міжальвеолярну висоту; - якщо міжальвеолярна висота завищена, потрібно взяти нижній шаблон (якщо на верхньому був правильно визначений рівень оклюзійної площини), зняти зуби, заново виготовити оклюзійний валик і на ньому визначити та зафіксувати висоту прикусу; - якщо міжальвеолярна висота занижена, штучні зуби не знімати, а згори покрити пластинкою воску і заново зафіксувати центральну оклюзію; г) провести багаторазове відкривання і закривання рота з метою перевірки визначення стану центрального співвідношення. Визначення інших помилок: передня, бічні оклюзії, заднє положення нижньої щелепи; У випадку передньої оклюзії необхідно з нижнього воскового базису видалити зуби, виготовити новий прикусний валик, знову визначити центральну оклюзію. У випадку бічної оклюзії требя на нижні зуби накласти розм'якшену воскову пластинку і зафіксувати у стані центральної оклюзії. Одну із моделей відбити з оклюдатора, встановити зафіксовані шаблони і віддати до лабораторії для повторної перестановки зубів. Після цього воскові базиси протеза передати до лабораторії для наступного етапу - остаточного виготовлення зубних протезів.	. При завищенні міжальвеолярної висоти - напружене змикання губ, згладженість носогубних складок, подовження нижньої третини обличчя. При заниженні міжальвеолярної висоти - загостреність усіх рис обличчя, нижня губа може бути вивернута, або губи стають у тонку лінію та кути рота опущені. Передня оклюзія - при змиканні зубних рядів відмічається сагітальна щілина між фронтальними зубами, в контакті тільки бічні зуби. Бічна оклюзія - при змиканні зубних рядів у положенні центральної оклюзії виникає перехресний прикус.
	Накладання протезів.	
5.	Оцінити якість виготовлення часткового знімного протеза.	Оцінити стан часткового знімного протеза:

		- на наявність можливих дефектів та деформацій; - розміщення кламерів і відповідність плану конструкції; - якість полімеризації базисної пластмаси (необхідно пересвідчитися у відсутності пористості: газової, гранулярної, від недостатнього стиснення); - відповідність обробки та полірування протеза.
6.	Накладання протеза на протезне ложе. Перевірити прилягання базису протеза до слизової оболонки. Перевірити межі протеза по відношенню до перехідної складки. Розміщення кламерів. Перевірка співвідношення штучних зубів та природного зубного ряду пацієнта. Перевірка та корекція оклюзійних контактів здійснюється після накладання протеза на протезне ложе.	Обробити протез спиртом і прополоскати водою. Має бути щільний контакт. Край протеза повинен розміщуватися в нейтральній зоні - місце переходу нерухомої слизової оболонки в рухому. По відношенню до лінії «А» - частковий знімний протез не повинен її перекривати. Утримуюче плече кламера повинно щільно прилягати до опорного зуба і забезпечувати утримування часткового знімного протеза. Крім того, перевіряють естетичні властивості кламера та його співвідношення з ясенним краєм. При накладанні протеза має відновитися анатомо-функціональна цілісність зубного ряду. За допомогою артикуляційного паперу визначають точки передчасних контактів у центральній, передній та бічній оклюзіях; після чого їх зішліфовують за допомогою абразивних обертових інструментів. Після остаточного полірування та антисептичної обробки протез накладається в ротову порожнину пацієнта.

7.	<u>Можливі помилки та ускладнення при накладанні часткового знімного протеза:</u> 1) протез не відповідає плану ортопедичного лікування - неправильно відтворені межі протезного ложа, неправильно виготовлені або деформовані кламери; 2) протез відповідає плану ортопедичного лікування, але базис виготовлено занадто потовщеним або стоншеним чи з одним із видів пористості (газовою, гранулярною, від недостатнього стиснення), має дефекти штучних зубів; 3) протез не займає своє положення на протезному ложі; 4) протез займає своє положення на протезному ложі, але порушені оклюзійні контакти; 5) протез займає своє положення на протезному ложі, але відмічаються больові відчуття в ділянці перехідної складки.	Необхідно виготовити новий частковий знімний протез. Необхідно виготовити новий частковий знімний протез. Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту базису часткового знімного протеза з природними зубами пацієнта і відкоригувати базис у цих місцях до повного його розміщення на протезному ложі. Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту штучних зубів протеза із зубами-антагоністами пацієнта і відкоригувати оклюзійні контакти. Необхідно відкоригувати межі базису часткового знімного протеза в ділянці перехідної складки.
8.	Ознайомлення пацієнта з особливостями користування частковим знімним протезом, а саме: 1) навчити пацієнта надівати та знімати частковий знімний протез; 2) ознайомити з правилами догляду за протезом;	Пояснити пацієнту шлях уведення та виведення протеза. Для кращого звикання користуватися протезом цілодобово, знімаючи після вживання їжі для чищення. У випадку больових відчуттів звернутися до лікаря на корекцію

	3) ознайомити з періодом користування частковим знімним протезом.	протеза. Після звикання протез необхідно знімати на період сну. Доглядати за частковим знімним протезом необхідно щоденно - чистити зубною щіткою з пастою або туалетним милом. Зберігати протез треба чистим, загорнутим у тканину, що добре поглинає вологу, в чистому щільно закритому контейнері. Через 3-4 роки, незалежно від стану протеза, необхідно виготовити новий.
9.	Заключний етап - заповнення історії хвороби.	В історію хвороби вносять інформацію про етап допомоги, що надається, а саме: - епікриз лікування хворого, де вказується діагноз, дані клінічного та лабораторних досліджень, обґрунтування вибору конструкції, відомості про етапи ортопедичного лікування; - відомості про етап накладання часткового знімного протеза; - рекомендації щодо користування та догляду за частковим знімним протезом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.4.2. Перевірка та накладання бюгельного протеза

8.4.2.1. Перевірка каркаса бюгельного протеза

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10 000 об/хв), набір карборундових головок та вулканітових дисків, артикуляційний папір, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, бюгельний протез, спирт, вата.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- анатомо-фізіологічні особливості порожнини рота у пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів;
- класифікацію дефектів зубних рядів за Кеннеді та Бетельманом;
- показання та протипоказання до виготовлення бюгельних протезів;
- біомеханіку функціонування бюгельного протеза;
- розподіл жувального навантаження при ортопедичному лікуванні бюгельними протезами із різними системами фіксації;
- особливості конструювання бюгельних протезів залежно від топографії дефектів зубних рядів (розміщення дуги, вибір елементів механічної фіксації:

кламери, типи замкових кріплень, непрямі фіксатори);
- отримання відбитків та виготовлення моделей для каркаса бюгельного протеза;
- способи проведення паралелометрії;
- застосування фрезерування при виготовленні каркаса бюгельного протеза;
- лабораторні етапи виготовлення каркаса бюгельного протеза на вогнетривкій моделі;
- сплави металів і запобігання лінійній та об'ємній усадці при литві каркаса бюгельного протеза;
- обробку та полірування каркасів бюгельних протезів.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій.

1. Показання:
- задовільний загальний стан пацієнта;
- відсутність патологічних процесів з боку тканин ротової порожнини і опорних зубів.
- клінічні та топографічні показання для виготовлення бюгельного протеза;
- правильно спланований та якісно виготовлений каркас бюгельного протеза.

2. Протипоказання:
- невідкладні стани;
- загострення хронічних захворювань серцево-судинної та дихальної систем, алергічні стани і т. ін.;
- патологія опорних зубів (гострий біль, пошкодження твердих тканин різної етіології);
- патологія слизової оболонки ротової порожнини;
- патологія тканин пародонта;
- невідповідні клінічні умови для виготовлення бюгельного протеза;
- каркас бюгельного протеза, що не відповідає вимогам клінічного випадку та неякісно виготовлений.

Порядок дій:
- огляд бюгельного протеза (якість обробки елементів каркаса - дуги, кламерів, оклюзійних накладок);
- дезінфекція каркаса ватною кулькою, змоченою в спирті;
- уведення каркаса в ротову порожнину (визначити шлях уведення-виведення), накладання на опорні зуби елементів фіксації;
- перевірка щільності прилягання плечей кламерів та оклюзійних накладок до опорних зубів, сідлоподібних частин - до беззубих ділянок альвеолярного відростка, дуги.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Початковий етап. Підготовка пацієнта до проведення стоматологічної маніпуляції. Посадити пацієнта в крісло. Накрити серветкою. Запропонувати прополоскати ротову порожнину водою.	 Пацієнт зручно розміщується в стоматологічному кріслі; голова фіксується на підголівнику, що запобігає невимушеним рухам під час стоматологічної маніпуляції; висоту підняття крісла визначають розміщенням ротової порожнини хворого на одному рівні з ліктем лікаря. Для запобігання забрудненню одягу. Пропонують прополоскати ротову порожнину водою.
2.	Оцінити якість виготовлення каркаса бюгельного протеза на контрольних моделях в артикуляторі. Розміщення елементів фіксації протеза. Для замкових елементів. Якість оклюзійних контактів	Оцінити: - стан каркаса бюгельного протеза (наявність можливих дефектів та деформацій); - відповідність розмірів та розміщення дуги (наявність відповідної відстані між дугою та альвеолярною частиною, а також по відношенню до твердого піднебіння, згідно з клінічною ситуацією); - прилягання елементів опорно-утримуючого кламера до тканин зуба і відповідність плану конструкції; - чітке прилягання до елементів незнімної конструкції; - відсутність супра- та інфраконтактів зубних рядів.
3.	Накладання каркаса бюгельного протеза в ротовій порожнині пацієнта. Шлях уведення каркаса протеза. Розміри та розміщення дуги каркаса бюгельного протеза на нижній щелепі. Розміри та розміщення дуги каркаса бюгельного протеза на верхній щелепі.	Обробити каркас бюгельного протеза спиртом і прополоскати водою. Повинен відповідати визначеному на етапі проведення паралелометрії. Ширина дуги - 4-6 мм, товщина 2- 2,5 мм. При пологому схилі альвеолярної частини між дугою та слизовою оболонкою має бути проміжок 1,5-2 мм; при відвісному - 0,5 - 1 мм; при грушеподібному - 0,5 мм від найбільш виступаючої частини. Ширина дуги - 8-10 мм, товщина 1.5-2 мм. Найбільш оптимально розмістити її на межі середньої та задньої третини твердого

	Розміщення кламерів.	піднебіння на 10-12 мм попереду лінії «А» чи на рівні перших постійних молярів. Дуга повинна розміщуватися на відстані 0,5 мм від слизової оболонки. Оклюзійна накладка повинна щільно контактувати з жувальною поверхнею опорного зуба, не заважаючи при цьому оклюзійним контактам зубних рядів. Плече кламера має щільно прилягати до твердих тканин і закінчуватися в ретенційній зоні утримуючої частини опорного зуба. У випадку застосування замкових систем фіксації необхідно пересвідчитися у щільному контакті каркаса бюгельного протеза із елементами незнімної частини загальної конструкції.
	Перевірка та корекція оклюзійних контактів здійснюється після накладання каркаса бюгельного протеза на зубний ряд пацієнта.	За допомогою артикуляційного паперу визначають точки передчасних контактів опорних елементів каркаса у центральній, передній та бічній оклюзіях, після чого їх зішліфовують за допомогою абразивних обертових інструментів
4.	<u>Можливі помилки та ускладнення на етапі припасування каркаса бюгельного протеза :</u>	
	- каркас протеза не займає своє положення на моделі;	Необхідно виготовити новий каркас бюгельного протеза.
	- каркас протеза займає своє положення на моделі, але його конструкція не відповідає вимогам клінічної ситуації (розміщення дуги, кількість, положення і характеристика елементів фіксації і т.ін.);	Необхідно виготовити новий каркас бюгельного протеза.
	- каркас протеза не займає своє положення на протезному ложі;	Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту каркаса протеза з природними зубами пацієнта і відкоригувати його в цих місцях до повного його розміщення на протезному ложі. Якщо відкоригувати каркас не вдається, то виготовляють новий.
	- каркас протеза займає своє положення на протезному ложі, але опорні елементи	Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту опорних елементів каркаса протеза із зубами- антагоністами пацієнта і

	порушують оклюзійні контакти.	відкоригувати оклюзійні контакти.
5.	Виведення каркаса із ротової порожнини.	Виведення каркаса бюгельного протеза із ротової порожнини. Антисептична обробка каркаса. Встановлення каркаса на модель. Передача в зуботехнічну лабораторію для проведення постановки штучних зубів, згідно з кольором та фасоном природних зубів пацієнта.
6.	Заключний етап - заповнення історії хвороби.	В історію хвороби вноситься інформація про етап допомоги, що надається, а саме відомості про перевірку каркаса бюгельного протеза.

Алгоритм виконання практичної навички

8.4.2.2. Перевірка і накладання бюгельного протеза

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10 000 об/хв), набір карборундових головок та вулканітових дисків, артикуляційний папір, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, бюгельний протез, спирт, вата.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- анатомо-фізіологічні особливості порожнини рота у пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів;
- класифікація дефектів зубних рядів за Кеннеді та Бетельманом;
- показання та протипоказання до виготовлення бюгельних протезів;
- біомеханіка функціонування бюгельного протеза;
- розподіл жувального навантаження при ортопедичному лікуванні бюгельними протезами із різними системами фіксації;
- особливості конструювання бюгельних протезів залежно від топографії дефектів зубних рядів (розміщення дуги, вибір елементів механічної фіксації: кламери, типи замкових кріплень, непрямі фіксатори);
-особливості конструювання бюгельних протезів залежно від топографії дефектів зубних рядів (розміщення дуги, вибір елементів механічної фіксації);
- клінічні етапи виготовлення бюгельного протеза - клінічний огляд пацієнта; отримання відбитків; визначення та фіксація центральної оклюзії;
- припасування каркаса, перевірка конструкції та накладання бюгельного протеза;
- лабораторні етапи виготовлення бюгельного протеза - отримання робочих і допоміжних моделей та їх фіксація в оклюдатор чи артикулятор; проведення паралелометрії та планування конструкції; дублювання та виготовлення вогнетривких моделей; литво каркаса та запобігання усадці металу; постановка зубів та полімеризація базисної пластмаси; обробка та полірування протеза;
- матеріали та технології, що застосовуються для виготовлення бюгельного протеза;

- припасування та накладання бюгельних протезів;
- вплив бюгельних протезів на слизову оболонку порожнини рота;
- особливості адаптації пацієнтів до бюгельних протезів;
- можливі помилки та ускладнення ортопедичного лікування бюгельними протезами;
- правила корекції бюгельного протеза.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій.

3. Показання:
- задовільний загальний стан пацієнта;
- відсутність патологічних процесів з боку тканин порожнини рота і опорних зубів (запальні процеси, виразкові ураження, специфічні інфекції).
- клінічні та топографічні умови для застосування бюгельного протеза;
- правільно спланований та якісно виготовлений бюгельний протез.

4. Протипоказання:
- невідкладні стани;
- загострення хронічних захворювань серцево-судинної та дихальної систем, алергічні стани і т. ін.;
- патологія опорних зубів (гострий біль, пошкодження твердих тканин різної етіології);
- патологія слизової оболонки ротової порожнини;
- патологія тканин пародонта;
- відсутність клінічних та топографічних умов для застосування бюгельного протеза;
- бюгельний протез, що не відповідає вимогам клінічного випадку та неякісно виготовлений.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Підготовка пацієнта до проведення стоматологічної маніпуляції.	Пацієнт зручно розміщується в стоматологічному кріслі; голова фіксується на підголівнику, що запобігає невимушеним рухам під час стоматологічної маніпуляції; висоту підняття крісла визначають розміщенням ротової порожнини хворого на одному рівні з ліктем лікаря.
	Посадити пацієнта в крісло, накрити серветкою.	Для запобігання забруднення одягу.
	Запропонувати прополоскати ротову порожнину антисептичним розчином.	Пропонують прополоскати ротову порожнину антисептичним розчином.

2.	Оцінити якість виготовлення бюгельного протеза на контрольних моделях в артикуляторі	Оцінити: - стан бюгельного протеза на наявність можливих деформацій; - відповідність базису протеза межам протезного ложа; - відповідність розміщення дуги (наявність відповідної відстані між дугою та альвеолярною частиною, а також по відношенню до твердого піднебіння, згідно з клінічною ситуацією); - прилягання елементів опорно-утримуючого кламера до зуба на моделі і відповідність плану конструкції. Для замкових елементів - чітке прилягання до елементів незнімної конструкції.
3.	.Оцінка конструкції та накладання в порожні рота Якість полімеризації базисної пластмаси. Якість оклюзійних контактів	 Необхідно пересвідчитися у відсутності пористості (газової, гранулярної, від недостатнього стиснення), а також у відповідності обробки та полірування бюгельного протеза. Відсутність супра- та інфраконтактів Після остаточного полірування та антисептичної обробки протез накладається в ротову порожнину.
4.	Можливі помилки та ускладнення при накладанні бюгельного протеза: - протез не відповідає плану ортопедичного лікування - не відтворені деякі елементи, що забезпечують перерозподіл жувального тиску, шинування зубів, що залишилися, і т. ін.; - протез відповідає плану ортопедичного лікування, але його виготовлено із порушенням технології - деформовано дугу, оклюзійні накладки та деякі окремі елементи опорно-утримуючих кламерів, наявні дефекти штучних	 Необхідно виготовити новий протез. Необхідно виготовити новий протез.

	зубів, а базис має один із видів пористості (газову, гранулярну, від недостатнього стиснення); - протез не займає своє положення на протезному ложі; - протез займає своє положення на протезному ложі, але порушені оклюзійні контакти; - протез займає своє положення на протезному ложі, але відмічаються больові відчуття в ділянці перехідної складки.	 Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту базису протеза з природними зубами пацієнта і відкоригувати базис у цих місцях до повного його розміщення на протезному ложі. Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту штучних зубів протеза із зубами-антагоністами пацієнта і відкоригувати оклюзійні контакти. Необхідно відкоригувати межі базису бюгельного протеза в ділянці перехідної складки.
5.	Ознайомлення пацієнта з особливостями користування бюгельним протезом. Необхідно навчити пацієнта одягати та знімати бюгельний протез. Ознайомити з правилами догляду за протезом. Ознайомити з періодом користування бюгельним протезом.	Пояснити пацієнту шлях уведення та виведення протеза, орієнтуючись на дані, отримані при проведенні паралелометрії. Для кращого звикання користуватися протезом цілодобово, знімаючи після вживання їжі для чищення. При больових відчуттях звернутися до лікаря на корекцію протеза. Після звикання протез необхідно знімати на період сну. Бюгельний протез необхідно щоденно чистити зубною щіткою з пастою або туалетним милом. Зберігати протез потрібно чистим, загорнутим у тканину, що добре поглинає вологу, в чистому щільно закритому контейнері. Через кожні 6 міс. користування протезом приходити до лікаря для перебазування сідел або заміни матриць. Через 5 років, незалежно від стану бюгельного протеза, необхідно виготовити новий.

6.	Заключний етап - заповнення історії хвороби.	В історію хвороби вноситься інформація про етап допомоги, що надається, а саме: - епікриз, де вказується діагноз хворого, дані проведених клінічних та лабораторних досліджень, вибір бюгельного протеза як оптимального варіанту ортопедичного лікування, клінічні етапи виготовлення даної конструкції; - відомості про накладання бюгельного протеза; - рекомендації щодо користування та догляду за бюгельним протезом.

Алгоритм виконання практичної навички

8.5. Перевірка та накладання повного знімного пластинкового протеза

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка або фантомна бормашина, прямий наконечник (10 000 об/хв), набір карборундових та гумових абразивних головок, артикуляційний папір, набір стоматологічних інструментів (пінцет, дзеркало, зонд, лоток), фантом з моделями щелеп, зіставленими у положенні центральної оклюзії, повний знімний пластинковий протез, спирт, вата.

2. Базовий рівень знань:

Знати:

- анатомо-фізіологічні особливості порожнини рота у пацієнтів із повною втратою зубів;
- планування та проведення обстеження хворого із повною відсутністю зубів;
- характеристику беззубих верхньої та нижньої щелеп за Шредером, Келлером, Оксманом;
- зони піддатливості слизової оболонки за Люндом;
- характеристику слизової оболонки за Суппле;
- спеціальну хірургічну підготовку порожнини рота перед протезуванням беззубих щелеп: виправлення форми та пластику альвеолярного відростка, застосування імплантатів, видалення рубців і тяжів слизової оболонки, поглиблення переддвер'я ротової порожнини;
- методи фіксації повних протезів (механічні, біомеханічні, фізичні, біофізичні),функціональна присмоктуваність, фіксація, стабілізація та рівновага повних протезів;
- межі повних знімних протезів, особливості отримання функціональних відбитків з беззубих щелеп, історичні аспекти отримання відбитків: Srot (1864), Момме (1872), ЦІТО (Г.Б. Брахман,1940), А.І. Бетельман (1965), З.С Василенко. (1966), індивідуальні ложки, методи їх виготовлення, методика отримання функціонального відбитка за Гербстом, функціональні проби та їх клінічне обґрунтування;
- компресійні та декомпресійні відбитки, обґрунтування їх отримання, методи отримання диференційованих відбитків, відбиткові матеріали для отримання відбитків із беззубих щелеп;

- особливості конструювання повного знімного протеза залежно від клінічних особливостей пацієнта із повною відсутністю зубів;
- визначення та фіксація центрального співвідношення щелеп при повній відсутності зубів, вимоги до моделей та воскових базисів з оклюзійними валиками, побудова протетичної площини у пацієнтів з повною відсутністю зубів, методи визначення міжальвеолярної висоти: анатомічний, антропометричний і анатомо-функціональний, фіксації нижньої щелепи у нейтральному положенні, орієнтири для постановки штучних зубів, застосування лицевих дуг для просторової орієнтації моделей щелеп в артикуляторі;
- біомеханіку рухів нижньої щелепи, методи реєстрації, феномен Христенсена;
- апарати, що відтворюють рухи нижньої щелепи (оклюдатори та артикулятори), постулати Бонвіля і Ганау, основні положення теорії артикуляції (суглобова, сферична);
- лабораторні етапи виготовлення повного знімного протеза: виготовлення гіпсових моделей та індивідуальних ложок, фіксацію моделей у положенні центрального співвідношення у оклюдаторі або артикуляторі, правила і методики постановки зубів (за індивідуальними оклюзійними кривими, за Васильєвим), виготовлення елементів механічної фіксації, правила загіпсування моделей у кювету, технологію полімеризації базисної пластмаси (приготування і режими полімеризації, обробки і полірування протезів, можливі дефекти (тріщини, різні види пористості);
- перевірку конструкції та накладання повних знімних протезів;
- вплив протеза на слизову оболонку протезного ложа;
- особливості адаптації пацієнтів до повних знімних протезів;
- правила догляду за повними знімними протезами.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій.

1. Показання:

- задовільний загальний стан пацієнта;
- відсутність патологічних процесів з боку тканин слизової оболонки порожнини рота (запальні процеси, виразкові ураження, специфічні інфекції);
- правильно спланований та якісно виготовлений повний знімний протез.

2. Протипоказання:

- невідкладні стани;
- загострення хронічних захворювань серцево-судинної та дихальної систем, алергічні стани і т.ін.;
- патологія слизової оболонки ротової порожнини;
- повний знімний протез, що не відповідає вимогам клінічного випадку та неякісно виготовлений.

Порядок дій:

- огляд пластинкового протеза (якість обробки базисної пластмаси, межі базису, внутрішня поверхня протеза);
- дезінфекція протеза кулькою вати, змоченою в спирті;
- уведення протеза в ротову порожнину (визначити шлях уведення-виведення;
- перевірка щільності прилягання базису протеза (попередньо необхідно витіснити з-під протеза повітря і надлишок рідини для створення кругового

замикаючого клапана);
- перевірка оклюзійних та артикуляційних співвідношень штучних зубів до зубів-антагоністів, їх положення в зубній дузі;
- перевірка ефективності фіксації та стабілізації протеза, фонетичні проби; корекція (за необхідності) країв базису сідлоподібних частин, оклюзійної поверхні штучних зубів;
- накладання протеза відповідно до вибраного шляху уведення протеза;
- навчання пацієнта навичкам накладання і догляду за протезом.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерій контролю виконання
1.	Посадити пацієнта у крісло.	Голова пацієнта на рівня плеча лікаря. Лікар розташовується перед пацієнтом справа, інструменти в правій руці, дзеркало в лівій.
2.	Дезінфекція рук.	Вимити руки з милом і обробити розчином стериліуму , надіти гумові рукавички.
3.	Підібрати необхідні інструменти для виконання втручання.	Пінцет, зонд, стоматологічне дзеркало, зуботехнічний шпатель, гіпсові моделі з восковою репродукцією протезів в оклюдаторі, велике дзеркало.
4.	Перевірка конструкції: а) на моделі: - межі протезів на моделях; - прилягання базисів до моделі; - постановка штучних зубів на верхньому та нижньому восковому базисі; - рівень змикання зубів; - стан моделей. б) у ротовій порожнині: спочатку вводиться воскова репродукція протеза на верхню щелепу, а потім - на нижню; Перевірити: - межі протезів; - прилягання їх до слизової оболонки протезного ложа; - положення верхньої губи по відношенню до фронтальних зубів (1-2 мм); - правильність визначення міжальвеолярної висоти. При наявності помилок потрібно заново визначити	Відповідність протезів в оклюдаторі поставленим до них вимогам. Відповідність воскових репродукцій протезів у ротовій порожнині вимогам, що висуваються. Краї фронтальних зубів при розмові повинні на 1-2 мм виступати з-під верхньої губи.

	міжальвеолярну висоту: - при завищенні міжальвеолярної висоти необхідно взяти нижній шаблон (якщо на верхньому був правильно визначений рівень оклюзійної площини), зняти зуби, заново виготовити оклюзійний валик і на ньому визначити та зафіксувати висоту прикусу; - при заниженні - штучні зуби не знімають, а смужку розм'якшеного воску накладають на нижній зубний ряд і хворого просять зімкнути зуби до встановлення потрібної висоти. З метою перевірки визначення стану центрального співвідношення провести багаторазове відкривання і закривання рота. Визначення інших помилок: передня, бічні оклюзії, заднє положення нижньої щелепи. Виправлення цих помилок: У випадку передньої оклюзії необхідно з нижнього воскового базису видалити зуби, виготовити новий прикусний валик, знову визначити центральне співвідношення щелеп. У випадку бічної оклюзії на нижні зуби накладають розм’якшену воскову пластинку і фіксують у стані центральної оклюзії.	Завищення міжальвеолярної висоти - напружене змикання губ, згладженість носогубних складок, подовження нижньої третини обличчя. Заниження міжальвеолярної висоти - загостреність усіх рис обличчя, нижня губа може бути вивернута, або губи стати в тонку лінію та кути рота опущені. Передня оклюзія: при змиканні зубних рядів відзначається сагітальна щілина між фронтальними зубами, в контакті тільки бічні зуби. Бічна оклюзія - при змиканні зубних рядів у положенні центральної оклюзії виникає перехресний прикус, зміщення центру нижнього зубного ряду в протилежний бік, горбковий контакт на протилежному зміщенню боці, проміжок між бічними зубами на стороні зміщення, підвищення прикусу.

	У випадку заднього положення нижньої щелепи перевизначити центральне співвідношення щелеп виготовленням нового прикусного валика на нижню щелепу. Фіксація центрального співвідношення з одночасним роздавлюванням базису або оклюзійного валика - перевизначити центральне співвідношення щелеп виготовленням нового прикусного валика на нижню щелепу. Центральне співвідношення фіксоване із значною компресією у фронтальній ділянці - одну із моделей відбивають із оклюдатора, встановлюють зафіксовані шаблони і віддають в лабораторію для повторної перестановки зубів. Після цього етапу воскові базиси протеза передають до зуботехнічної лабораторії для наступного етапу - остаточного виготовлення зубних протезів.	Зсув нижньої щелепи назад - при змиканні зубних рядів - прогенічне співвідношення зубних рядів, горбкове зімкнення бічних зубів, підвищення прикусу на висоту горбків. Підвищення прикусу з нерівномірним і невизначеним горбковим контактом бічних зубів, проміжок між фронтальними або жувальними зубами. При цьому контактують тільки фронтальні зуби, між бічними зубами - проміжок.
	Накладання.	
5.	Оцінити якість виготовлення повного знімного протеза поза ротовою порожниною: - якість полімеризації базисної пластмаси; - на наявність можливих дефектів і деформацій;	Базис протеза повинен мати рівномірну товщину. Колір і прозорість пластмаси повинні відповідати стандартним вимогам. Штучні зуби однакового кольору, розміщені симетрично з відповідним нахилом до дуги. Базис із зовнішнього боку відполірований до блиску, включаючи і міжзубні проміжки, без сторонніх включень. Пересвідчитися у відсутності пористості (газової, гранулярної, від недостатнього стиснення), а також у відповідності обробки та полірування протеза.

6.	Накладання протеза на протезне ложе. Розмістити протез на протезному ложі. Перевірити прилягання базису протеза до слизової оболонки. Перевірити межі протеза: - відносно перехідної складки; - відносно лінії «А» Перевірка та корекція оклюзійних контактів здійснюється після накладання протеза на протезне ложе.	Обробити протез спиртом і прополоскати водою. При введенні протеза на протезне ложе протез повинен накладатися вільно, без застосування сили, рівномірно охоплювати альвеолярні відростки. Край протеза повинен розміщуватися в місці переходу пасивно рухомої слизової оболонки в рухому. Повний знімний протез повинен її перекривати на 2-3 мм. За допомогою артикуляційного паперу визначають точки передчасних контактів у центральній, передній та бічній оклюзіях, після чого їх зішліфовують за допомогою абразивних обертових інструментів. Проводять до тих пір, доки не будуть отримані множинні контакти. Після остаточного полірування та антисептичної обробки протез накладають в ротову порожнину пацієнта.
7.	<u>Можливі помилки та ускладнення при накладанні повного знімного протеза:</u> - - протез не відповідає плану ортопедичного лікування, неправильно відтворені межі протезного ложа, відсутнє армування базису (якщо передбачалося), відсутнє об’ємне моделювання базису (якщо передбачалося); - протез відповідає плану ортопедичного лікування, але базис виготовлено з одним із видів пористості (газовою, гранулярною, від недостатнього стиснення), наявні дефекти штучних зубів;	Необхідно виготовити новий знімний протез. Необхідно виготовити новий знімний протез.

	- протез не займає своє положення на протезному ложі;	Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту базису знімного протеза з тканинами протезного ложа і відкоригувати базис у цих місцях до повного його розміщення на протезному ложі.
	- протез займає своє положення на протезному ложі, але порушені оклюзійні контакти;	Необхідно за допомогою артикуляційного паперу виявити місця передчасного контакту штучних зубів і відкоригувати оклюзійні контакти.
	- протез займає своє положення на протезному ложі, але відмічаються больові відчуття в ділянці перехідної складки.	Необхідно відкоригувати межі базису повного знімного протеза в ділянці перехідної складки.
8.	Ознайомлення пацієнта з особливостями користування повним знімним протезом: - навчити пацієнта накладати та знімати повний знімний протез;	Пояснити пацієнту шлях уведення та виведення протеза.
	- ознайомити з правилами догляду за протезом;	Повний знімний протез необхідно щоденно чистити зубною щіткою з пастою або туалетним милом. Зберігати протез треба чистим, загорнутим у тканину, що добре поглинає вологу, в чистому щільно закритому контейнері. У випадку больових відчуттів під час користування протезом звернутися до лікаря на корекцію.
	- ознайомити з періодом користування повним знімним протезом.	Для кращого звикання користуватися протезом цілодобово, знімаючи після прийому їжі для чищення. Після звикання протез необхідно знімати на період сну. Через 3 роки, незалежно від стану протеза, необхідно виготовити новий.

9.	Заключний етап - заповнення історії хвороби.	В історію хвороби вноситься інформація про етапи допомоги, що надається, а саме: - епікриз лікування хворого, де вказують діагноз, дані клінічного та лабораторних досліджень, обґрунтування вибору конструкції, відомості про етапи ортопедичного лікування; - відомості про етап накладання повного знімного протеза; рекомендації щодо користування та догляду за повним знімним протезом.

АЛГОРИТМ IX
КОРЕКЦІЯ ТА ЗНЯТТЯ ПРОТЕЗІВ

9.1. Зняття коронок та мостоподібних протезів

1. Матеріальне забезпечення: набір стоматологічних інструментів (пінцет, зонд, дзеркало), коронкознімач Копа, ножиці для розрізання коронок, прямий та турбінний наконечники, карборундові диски, колесоподібні, циліндричні бори, коронкові пилки, дискотримачі, розчин перманганату калію, 3% розчин перекису водню.

2. Базовий рівень знань:

Знати:

- вимоги до повних штучних коронок та мостоподібних протезів;
- показання і протипоказання до виготовлення штучних коронокта мостоподібних протезів;
- технології виготовлення штучних коронок та мостоподібних протезів;
- топографо-анатомічні особливості зубів;
- характеристики ріжучого інструменту;
- навички користування коронкознімачем Копа та ножицями для розрізання металу.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- невідповідність вимогам, що висуваються до штучних коронок та мостоподібних протезів (дефекти коронок, невідповідність анатомічній формі коронки, незадовільне відновлення оклюзійних контактів, незадовільний колір коронки, нещільне охоплення шийки зуба, короткий або довгий край коронки та ін.);
- патологічні процеси твердих тканин зуба, пульпи і пародонта (карієс, пульпіт, періодонтит, гінгівіт, локалізований пародонтит);
- під час підготовки ротової порожнини до протезування (заміна конструкції протеза).

2. Протипоказання:

- тяжкі системні захворювання (серцево-судинної системи, крові та ін.);
- психоемоційний стан;

- рухомість зубів III ступеня;
- гострі патологічні процеси в пародонті (гострий періостит, остеомієліт).

Помилки та ускладнення:

- травма ясен, слизової оболонки щік, дна ротової порожнини, язика, губ;
- опіки пульпи, перфорація пульпової камери;
- вивих або відлам коронки зуба;
- відлам проміжної частини;
- сколювання облицювання;
- асфіксія.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло.	Розташування голови пацієнта і лікаря біля крісла повинно забезпечити хороший огляд операційного поля, а рука лікаря - надійно фіксована.
2.	Перевірити стан бормашини та наконечників.	Наконечник і бормашина повинні бути в робочому стані, надійно фіксувати інструменти.
3.	Перевірити наявність і стан дрібного інструментарію (борів, дисків).	Дрібний інструментарій повинен бути стерильним.
4.	Знеболення необхідно проводити в кожному конкретному випадку (за наявності гострих запальних процесів у пульпі зуба і пародонті).	Відсутність больової чутливості.
5.	*Зняття штампованої коронки* Розрізати жувальну і щічну (губну) поверхні коронки колесоподібним бором або карборундовим диском.	Колесоподібним бором (коронковою пилкою) або диском встановленим вертикально до середини жувальної поверхні або ріжучого краю, обережно розрізають коронку, переходячи на щічну (губну) поверхню. Рука лікаря надійно фіксована, вільні пальці правої руки спираються на розташовані поблизу зуби, альвеолярний відросток, підборіддя.
6.	Розвести краї коронки шпателем.	Краї розрізаної коронки легко піднімаються і розводяться шпателем.
7.	Закінчити зняття коронкознімачем Копа.	Підготовлений інструмент коронковим кінцем підведений під край коронки з оральної сторони, після чого можна натискати на спусковий гачок.

8.	*Коронку, виготовлену із золота,* можна розрізати спеціальними щипцями з ножем.	Щипці розкривають, опорний кінець щипців встановлюють на ріжучий край або жувальну поверхню коронки, ніж підводять під край коронки. Бранші щипців стискають поступово.
9.	*Зняття суцільнолитих, комбінованих, фарфорових та пластмасових коронок* Коронкознімач встановити на будь - який уступ і в напрямку, протилежному введенню коронки, вилучити штучну коронку.	Підготовлений коронкознімач коронковим кінцем підводять під край коронки з оральної сторони, після чого натискають на спусковий гачок. Якщо немає виступаючої ділянки, на яку можна поставити гачок коронкознімача, бором роблять уступ між краєм коронки і пришийковою частиною зуба для захвату краю коронки.
10.	*Зняття мостоподібних протезів*	Розрізають усі коронки конструкції, розводять розрізані краї коронок гладилкою, використовують коронкознімач, встановлюючи гачок на край проміжної частини з орального або вестибулярного боку і натискають на спусковий гачок.

Алгоритм виконання практичної навички

9.2. Корекція часткових пластинкових та повних знімних протезів

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічна установка, медичні рукавички, маска, захисні окуляри, силіконова коригуюча маса, набір інструментів, скло, шпатель, копіювальний папір, наконечник, фрези, серветка, склянка з водою.

2. Базовий рівень знань, необхідних для виконання навички:

Знати:

- анатомо-фізіологічні особливості ротової порожнини у пацієнтів з частковою та повною відсутністю зубних рядів;
- зони слизової за Люндом, Суппле;
- типи атрофії альвеолярної частини за Шредером, Келлером, Оксманом;
- проби Гербста;
- реакцію слизової оболонки на пластмасу.

3. Показання та протипоказання до проведення стоматологічних маніпуляцій:

1. Показання:

- незадовільна фіксація;
- натертості та екскоріації (ерозії) на слизовій оболонці;

- корекція міжоклюзійних співвідношень.

2. Протипоказання:

- запальні процеси слизової оболонки.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в крісло. Поправити підголівник. Накрити серветкою.	Пацієнт зручно розміщується в стоматологічному кріслі, голова фіксується на підголівнику, що запобігає невимушеним рухам під час стоматологічної маніпуляції; висоту підняття крісла визначають розміщенням порожнини рота хворого на одному рівні з ліктем лікаря.
2.	Відмітити в історії хвороби день відвідування. Вислухати скарги.	Історія хвороби повинна бути повністю заповненою.
3.	Оцінити якість виготовлення протеза.	Звернути увагу на якість пластмаси, наявність пор, розміщення кламерів, якість полірування, наявність тріщин.
4.	Ввести протез у ротову порожнину та накласти його на протезне ложе.	Присутнє чи відсутнє балансування протеза.
5.	Перевірити оклюзійні контакти за допомогою артикуляційного паперу.	На супраконтактух (якщо такі є) відмічаються поодинокі крапки фарби, в інших випадках - повний багатокрапковий контакт. При наявності супраконтакту його забирають фрезами.
6.	Оцінити стан слизової оболонки протезного ложа.	Звернути увагу на наявність натертостей, ерозій, декубітальних виразок.
7.	Провести корекцію протеза по межах протезного ложа. Визначити больові місця гіпсовим, зубним порошком або порошком дентину для пов’язок. Намічені місця переносять на протез із наступною корекцією фрезою і поліруванням.	Припинення больових симптомів при накладанні на протезне ложе.
8.	Взяти скло, шпатель, замішати коригуючу масу.	Коригуюча маса має однорідну консистенцію.

9.	Нанести коригуючу масу на внутрішню поверхню базису протеза.	Маса рівномірно розподіляється по нутрішній поверхні базису.
10.	Ввести протез у порожнину рота.	Повне прилягання.
11.	Провести проби Гербста *<u>на нижній щелепі</u>:* - ковтання; - широке відкривання рота; - провести язиком по нижній губі; - доторкуватися кінчиком язика до щоки при напівзакритому роті; - висунути язик вперед; - губи скласти в трубочку; *<u>на верхній щелепі</u>*: - широке відкривання рота; - засмоктування щік; - витягування губ у трубочку; - ковтання	 Якщо протез змістився, потрібно вкоротити його край позаду ретромолярного слизового горбка до щелепно-під'язичної лінії. Якщо протез піднімається ззаду, його вкорочують на ділянці від ретромолярних слизових горбків до місця розташування другого моляра. Якщо протез піднімається, зішліфовують його край, який іде вздовж щелепно-під'язичної лінії. Місце корекції -1 см від середньої лінії по під'язичному краю протеза; Проводять корекцію в ділянці язичної вуздечки; Якщо протез зміщується, проводять корекцію з вестибулярного боку від ікла до ікла. Якщо є зміщення, вкоротити край протеза від крилощелепної зв'язки до другого моляра. При зміщенні провести корекцію протеза в ділянці щічних складок. Якщо протез зміщується, проводять корекцію у передньому відділі між іклами; Якщо протез зміщується, проводять корекцію по лінії «А».
12.	Вивести протез після полімеризації коригуючої маси.	Маса гумоподібної консистенції, фіксована на протезі.
13.	Оцінити рельєф тканин протезного ложа на коригуючій масі.	В місцях підвищеного тиску, де коригуюча маса продавлена, фрезами забирають пластмасу.
14.	Промити протез проточною водою. Оцінити рельєф внутрішньої поверхні базису протеза.	На протезному ложі не повинно бути ніяких гострих виступів, краї загладжені.

15.	Перевірити протез у ротовій порожнині. Якщо потрібно, проводити додаткову корекцію.	Після корекції пацієнт не повинен висувати ніяких скарг.
16.	При наявності ерозій, декубітальних виразок, натертостей дають вказівки щодо обробки ротової порожнини до повного загоєння. Бажано запропонувати відвар ромашки, шавлії, «Ротокан». У випадку незагоєння декубітальної виразки протягом двох тижнів користування протезом.	Повне загоєння через 4-5 днів. Направити пацієнта на консультацію до онколога.
17.	Заповнити історію хвороби.	Перевірити заповнення історії хвороби. Заповнити щоденник відвідувань.
18.	Дати рекомендації: - як зберігати протез; - як обробляти протез; - які розчини оптимально використовувати для обробки слизової оболонки.	 На ніч протези знімати і зберігати в закритому контейнері, що легко піддається обробці і дезінфекції. Перед накладанням протез змочувати водою або дезрозчином. Протез ретельно чистити зубною щіткою з милом або зубною пастою. Використовувати відвари ромашки, календули або «Ротокан».

АЛГОРИТМ Х
ПРОТЕЗУВАННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ІМПЛАНТАТІВ

1. Матеріальне забезпечення: стоматологічне обладнання (стоматологічна установка, крісло), набір стоматологічних інструментів (пінцет, зонд, дзеркало, шпатель, лоток, ключ-тріскачка), серветка, дезрозчини, історія хвороби (картка пацієнта).

2. Базовий рівень знань:

Мати знання:

- з анатомії,фізіології, біохімії, гістології, патологічної анатомії, патологічної фізіології, фармакології, рентгенології, психології, терапії, пропедевтики ортопедичної стоматології, ортодонтії, терапевтичної стоматології, хірургічної стоматології;

Знати:

- класифікації Блека, Куриленко, Бетельмана, Кеннеді, Гаврилова, Суппле, Люнда та ін.;
- основні синдроми та симптоми в клініці ортопедичної стоматології;

- інтерпретувати результати клінічних та спеціальних (лабораторних) методів обстеження.

3. Показання та протипоказання до протезування із використанням імплантатів:

- показання до проведення загальносанаційної та спеціальної підготовки ротової порожнини до протезування із застосуванням імплантатів;
- загальні протипоказання до проведення імплантації;
- місцеві протипоказання до проведення імплантації;
- показання та протипоказання до виготовлення конструкцій протезів та апаратів з опорою на імплантати.

4. Алгоритм виконання практичної навички

№ з/п	Послідовність дій	Критерії контролю виконання
1.	Посадити пацієнта в крісло. Відрегулювати підголівник, робоче положення стоматологічної установки (положення крісла, світильник, плювальниця).	Комфортне положення пацієнта. Доступ для виконання обстеження.
	Відрегулювати робоче місце лікаря, асистента (блок лікаря, асистента, стільці, встановити столик для інструментів).	Легкий доступ до робочої поверхні (до столика з інструментами, до блоків інструментів, до ротової порожнини).
	Пацієнта накрити серветкою.	Захищення одягу пацієнта.
2.	Підібрати інструменти для проведення протезування на імплантатах та скласти в лоток.	Наявність необхідних інструментів (дзеркало, пінцет, зонд, шпатель, ключ-тріскачка, трансфери, аналоги імплантатів, гвинти) для проведення протезування на імплантатах.
3.	Ознайомитися з історією хвороби пацієнта.	Лікар ознайомлений з термінами протезування на імплантатах.
4.	Провести об’єктивне клінічне обстеження : - фізичне (огляд, пальпація). Візуально оцінити зовнішньо-лицеві орієнтири, контури губ, стан шкіри, слизової оболонки.	Виявлення патологічних змін у м’яких тканинах, альвеолярному відростка, патології прикусу, пошкодження зубів та зубних протезів.
	Обстеження органів ротової порожнини (зубів та зубних дуг,	Визначення патологічних змін у функціонуванні жувального

	дефектів у них, визначення стану оклюзії, рухів нижньої щелепи, оцінка слизової оболонки ротової порожнини та щелепних кісток). Визначити відповідні синдроми та симптоми, провести диференційну діагностику.	апарату. Визначається ступінь пошкодження зуба, стирання поверхні, рухомість. Визначається топографія та розмір дефекту зубного ряду, характер прикусу. Діагностуються аномалії та деформації. Пальпація лімфатичних вузлів, жувальних м'язів виявляє патологію в них. Диференційна діагностика симптомів та синдромів.
5.	Провести інструментальне обстеження (перкусію, зондування, денситометрію, термометрію, контрольну рентгенографію (томографію, пантомографію).	Перкусія визначає стабільність імплантата. Денситометрія дозволяє виявити щільність кісткової тканини навколо імплантата. Рентгенологічне обстеження виявляє процеси остеоінтеграціїі.
6.	За допомогою шестигранної викрутки видалити формувач та впевнитись у тому, що ортопедична платформа імплантат вільна від м'яких тканин та кістки. Встановити вибраний абатмент на імплантат та закрутити вручну гвинт абатмента шестигранною викруткою. Перевірити міжоклюзійну відстань та кут нахилу. Зробити відмітку там, де необхідно провести препарування для створення достатнього простору по вертикалі та контуру відповідно до форми м'яких тканин. Зняти абатмент та невідкладно встановити формувач для запобігання наповзанню м'яких тканин на ортопедичну платформу імплантат. Встановити абатмент на відповідну ручку-аналог. За допомогою твердосплавного	

	бора або диска відпрепарувати абатмент. Алмазний бор використовують для корекції країв. На вестибулярній поверхні абатмента нанести вертикальну боріздку для полегшення орієнтації абатмента в порожнині рота. При зішліфовуванні плоскої поверхності абатмента під час його препарування необхідно створити новий антиротаційний виступ. За допомогою шестигранної викрутки видалити формувач та впевнитись у тому, що ортопедична платформа імплантат вільна від м'яких тканин та кістки. Промити та висушити внутрішнє з'єднання імплантанта. Замість формувача встановити відпрепарований абатмент. Зафіксувати гвинт абатмента із зусиллям 30 Н-см. Заблокувати отвір для гвинта в абатменті.	Зробити контрольну рентгенограму, щоб упевнитись у щільному припасуванні абатмента до імплантата.
6. 6.	За допомогою шприца нанести відбитковий матеріал високої або середньої текучості навколо абатмента. В ложку помістити відбитковий матеріал середньої або низької текучості. Отримати стандартний відбиток всієї дуги. Для отримання чіткого відбитка країв модифікованого абатмента може знадобитись ретракційна нитка. Передати до лабораторії: - відбиток; - прикусний відбиток; - модель або відбиток протилежної щелепи.	Якість відбитків.
7.	<u>Лабораторний етап.</u> Виготовити гіпсові моделі та встановити їх в артикулятор. За	

	стандартною методикою зробити восковий ковпачок для виготовлення каркаса коронки. Встановити литники, нанести вогнестійку суміш та відлити ковпачок (каркас) за стандартною методикою. Рекомендується використовувати дорогоцінні сплави. Розпакувати готовий каркас, перевірити припасування та завершити виготовлення литого каркаса за стандартними методиками. Встановити готовий каркас на робочу модель та досягти необхідного припасування. Після цього каркас відправляють у клініку для перевірки в ротовій порожнині.	Якість посадки каркаса на моделі.
8.	Клінічний етап. Продезінфікувати ковпачок. Зняти з модифікованого абатмента тимчасову реставрацію. За допомогою динамометричного ключа та шестигранної викрутки зафіксувати гвинт абатмента із зусиллям 30 Н-см. Провести перевірку металевого каркаса. За необхідності провести корекцію. Відправити в лабораторію. Встановити на місце тимчасову ортопедичну конструкцію.	Упевнитися у відсутності тимчасового цементу на абатменті. Упевнитись у точності припасування та точному приляганні країв каркаса.
9.	Лабораторний етап. Підготувати каркас до нанесення опакового шару за стандартною методикою. Нанести облицювальний матеріал та завершити роботу. Відполірувати металеві краї. Повернути до клініки для кінцевого протезування.	

10.	<u>Клінічний етап.</u> Продезінфікувати постійну коронку. Зняти тимчасову ортопедичну конструкцію. Встановити коронку або мостоподібний протез на препарований абатмент. Перевірити та за необхідності відкоректувати оклюзію. Нанести невелику кількість цементу на внутрішню поверхню краю коронки або мостоподібного протеза. Встановити коронку або мостоподібний протез та видалити залишки цементу з борозни. Зробити контрольну рентгенограму Дати необхідний інструктаж щодо гігієни ротової порожнини.	Упевнитись у відсутності на абатменті залишків цементу. Упевнитись у точності припасування. Рівномірний, множинний контакт. Рекомендується використовувати спеціальний тимчасовий цемент для забезпечення здатності зняття конструкції в майбутньому. Контрольна рентгенограма для оцінки припасування кінцевої реставрації.

АЛГОРИТМ XI
НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Стоматологічні маніпуляції виконуються в потужній рефлексогенній зоні, тому у пацієнтів, які мали досвід лікування в умовах неадекватної анестезії, спостерігається страх перед стоматологічним втручанням, що створює психоемоційне напруження і визначає посилені або спотворені реакції навіть на підпорогові подразники. Страх перед лікуванням зубів, очікування майбутнього болю супроводжуються емоційними реакціями різного ступеня вираженості. У пацієнта з’являється тремтіння, посилене потовиділення, рухове збудження, зміни серцевого ритму, підвищення кров’яного тиску, в результаті чого зростає небезпека ішемії міокарда, порушення мозкового кровообігу і т. ін.

Поступово збільшується кількість пацієнтів з хронічними захворюваннями, в тому числі через зростаючу пропорцію літніх пацієнтів і хворих, які страждають від декількох хвороб. Саме у цих пацієнтів ризик розвитку ускладнень під час надання стоматологічної допомоги вищий, ніж у здорової людини.

11.1. НЕПРИТОМНІСТЬ

Непритомність - напад короткочасної втрати свідомості, що зумовлений ішемією головного мозку, пов'язаною з ослабленням серцево- судинної діяльності та гострим порушенням регуляції судинного тонусу.

Симптоми. Втраті свідомості зазвичай передує період нудоти, слабкості, запаморочення, темніє у очах, з'являється холодний піт, погіршуються слух і зір, людина втрачає свідомість і падає. Під час нападу обличчя бліде, зіниці вузькі з живою реакцією на світло, пульс слабкого наповнення, дихання грудне поверхневе, кінцівки холодні, м'язи розслаблені, судом не буває. Триває від 20-40 секунд до декількох хвилин. Швидке повернення свідомості при переході в горизонтальне положення.

Алгоритм дій надання невідкладної допомоги при непритомності

Надати пацієнту горизонтального положення. Забезпечити доступ свіжого повітря, зняти краватку, послабити тугий комірець, пояс.

⇩

Рефлекторно стимулювати дихальний та судинно-руховий центри вдиханням парів нашатирного спирту (аміаку); збризнути обличчя і груди холодною водою, поплескати по щоках рукою або змоченим у холодній воді рушником. Провести точковий масаж рефлексогенних зон у точках жень-гжун (на $^1/_3$ відстані між основою перегородки носа та червоною облямівкою верхньої губи), чен-цзянь (у центрі підборідного заглиблення), хе-гу (на зовнішній поверхні кисті в куті, утвореному великим та вказівним пальцями).

⇩

При затяжному перебігу непритомності внутрішньовенно або внутрішньом'язево (не підшкірно!) ввести 1 мл 10% розчину кофеїну. При відсутності ефекту в/м ввести 2 мл кордіаміну або 1 мл 1% розчину мезатону, а у випадку брадикардії - 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату підшкірно.

⇩

При виході з непритомного стану продовжувати стоматологічні маніпуляції, для профілактики рецидиву лікування проводити в горизонтальному положенні з адекватною премедикацією транквілізаторами, М - холіноблокаторами та з достатньою анестезією.

11.2. КОЛАПС

Колапс - це раптова судинна недостатність із падінням судинного тонусу і зменшенням об'єму циркулюючої крові (ОЦК), проявляється різким зниженням артеріального та венозного тиску, ознаками гіпоксії головного мозку і пригніченням життєво важливих функцій.

Симптоми: виникає різка блідість шкіри з мармуровим відтінком, тіло вкривається холодним потом, з'являється ціаноз губ. Температура знижена, свідомість затьмарена або відсутня. Дихання часте, поверхневе, відзначається тахікардія. Тони серця гучні, хлопаючі, вени спадаються. Тяжкість стану відповідає ступеня зниження артеріального тиску.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при колапсі

Надати хворому горизонтального положення, підняти нижні кінцівки під кутом 30-45°. Забезпечити вільне дихання - розстебнути комір, пояс, зняти стискаючий одяг, провітрити приміщення. Оксигенотерапія. Венепункція.

⇩

Преднізолон 1 - 2 мг/кг маси тіла хворого внутрішньовенно

⇩

Відновлення об'єму циркулюючої крові: внутрішньовенно крапельно вводять поліглюкін, реополіглюкін, ізотонічний розчин натрію хлориду, 5% розчин глюкози до 20 мл/кг.

⇩ ⇩

Ефект позитивний | Ефект від лікування відсутній

⇩ ⇩

Госпіталізація

Мезатон 1% 1 мл або адреналін 0,1% 0,5 мл п/шк, або 0,2% 1 мл норадреналіну, розведений в 250 мл 5% розчину глюкози або фізрозчину в/в зі швидкістю 25 - 40 крапель за хвилину. Оксигенотерапія.

⇩

Госпіталізація

11.3. АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК

Анафілактичний шок - це тяжкий прояв гіперчутливості (алергії) негайного типу, що виникає у відповідь на уведення антигену, до якого організм сенсибілізований, що супроводжується раптовим значним зниженням АТ, порушенням діяльності ЦНС, дихальною недостатністю.

Симптоми:

- порушення гемодинаміки (зниження АТ <90/60 мм рт. ст..);
- порушення дихання (задишка, ядуха);
- шкірний висип (кропив'янка, інші екзантеми, набряк Квінке).

Гіперемія чи блідість шкіри, висип, набряк губ, повік. Виникають судоми кінцівок, неконтрольовані сечовиділення і дефекація. Пульс слабкий, частий, тони серця глухі. Дихання поверхневе, часте, з дистанційними хрипами. При аускультації - свистячі хрипи.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці

Припинити уведення лікарського засобу, який викликав АШ, накласти джгут вище місця уведення алергена на 25 хв (кожні 10 хв. треба послабляти джгут на 1-2 хв), прикласти до цього місця лід на 15 хв.; обколоти місце уведення 0,3-0,5 мл 0,1% розчину адреналінуз 4,5 мл 0,9% розчину NaCl.

⇩

Викликати бригаду швидкої допомоги!

⇩

Покласти пацієнта, припіднявши йому нижні кінцівки. Вийняти знімні протези. Якщо Пацієнт втратив свідомість, повернути голову набік, висунути нижню щелепу, зафіксувати язик для запобігання асфіксії. Інгаляція зволоженого кисню. Венепункція, краще 2-х периферичних вен.

⇩

Внутрішньовенно ввести 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну в 5 мл 0,9% розчину натрію хлориду. При обтяженій венепункції адреналін вводять внутрішньом'язево або в корінь язика, можна інтратрахеально (прокол трахеї нижче щитоподібного хряща через конічну зв'язку). Швидка внутрішньовенна інфузія 1,0 - 1,5 л протишокових розчинів: 0,9% розчину натрію хлориду, поліглюкіну, реополіглюкіну, реосорбілакту.

⇩

Контроль ефективності за рівнем АТ через 2 -3 хв. Якщо АТ не підвищується - застосування вазопресорних амінів (допамін 400 мг на 500 мл 5 % розчину глюкози, норадреналін 0,2 % розчину по 0,2-2 мл на 500 мл 5% розчину глюкози, доза титрується до досягнення рівня САТ 90 мм рт. ст.)

⇩

Преднізолон з розрахунку 3 - 5 мг/кг маси тіла хворого (по 90 мг кожні 6 год) або дексаметазон (20 -24 мг) внутрішньовенно.

⇩ ⇩

Обструкція дихальних шляхів	Немає обтурації дихальних шляхів

⇩ ⇩

Оксигенотерапія, інгаляції β2-агоністів короткої дії (сальбутамолу) та інгаляційні ГКС (будесонід, симбікорт (будесонід з формотеролом), флутиказону дипропіонат); за неефективності вводять 5-10 мл 2,0% розчину еуфіліну на 0,9% розчині NaCl з дексаметазоном (20-40 мг) в/в повільно в 10 мл ізотонічного розчину NaCl. Надалі 10 мл 2,0% розчину еуфіліну в 250 -500 мл ізотонічного розчину NaCl внутрішньовенно крапельно.

⇩ ⇩

Стан хворого покращився	Стан хворого не покращився
⇩	⇩
Продовжувати терапію	За необхідністю ендотрахеальну інкубацію
⇩	⇩
Оксигенотерапія	Стан хворого не покращився
⇩	⇩
Стан хворого покращився	За необхідністю ендотрахеальну інкубацію
⇩	⇩
Продовжувати терапію	Гемодинаміка не стабільна
⇩	⇩
Гемодинаміка стабільна	Оксигенотерапія, внутрішньовенна інфузія протишокових розчинів, якщо далі гемодинаміка нестабільна, на тлі внутрішньовенної інфузії кристалоїдів вводиться 400 мг допаміну в 500 мл 5% розчину глюкози (швидкість уведення 7 крапель за хвилину)

⇩ ⇩

Госпіталізація хворого

⇩

Ідентифікація алергена

Кропив'янка

Характеризується локальними висипами на шкірі, що складаються з пухирів і еритеми та супроводжуються свербежем шкіри. Гостра кропив'янка зазвичай проходить самостійно протягом 1-7 днів. Нерідко поява кропив'янки на шкірі і слизових оболонках супроводжується загальними реакціями: слабкість, головний біль, підвищення температури тіла до 38- 39°С, зниження АТ.

Невідкладна допомога: припинити маніпуляції; 2% розчин супрастину - 2мл (в/м); 5% розчин аскорбінової кислоти - 5мл (в/м).

Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке)

Це алергічна реакція зі значними ділянками набряку, що захоплюють як шкіру, так і пухкі підшкірні сполучнотканинні структури. Переважна локалізація - в ділянці очей, носа, слизових оболонок губ, ротової порожнини, гортані, бронхів. Набряк розвивається через 4-6 годин і зберігається 10-12 годин. Некупійований набряк гортані може призвести до летального результату.

Клініка. Раптовий початок, поява над рівнем шкіри припухлості еластичної консистенції зі стертими межами, значний набряк губ, блідість шкіри, набряк гортані супроводжується «гавкаючим кашлем», утрудненим диханням, переростає у задишку інспіраторно-експіраторного типу.

Невідкладна допомога: припинити маніпуляції, надати хворому горизонтального положення; 2% розчин супрастину - 2 мл (в/в повільно); преднізолон 1 - 2 мг/кг маси тіла (в/в); при значному зниженні АТ - 1% розчин мезатону - 1 мл (в/м); при наростаючому ціанозі із загрозою асфіксії проведення конікотомії або трахеотомії; обов'язкова госпіталізація.

11.4. ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ

Гіпертонічний криз (ГК) - це раптове значне підвищення артеріального тиску від нормального або підвищеного рівня АТ до індивідуально високих показників. Критерії ГК: раптовий початок, значне підвищення АТ, поява або посилення симптомів з боку органів-мішеней.

Клінічні симптоми: головний біль, біль у ділянці серця, екстрасистолія, вегетативні розлади (тривожність, тремтіння, часте сечовиділення).

Алгоритм надання невідкладної допомоги при гіпертонічному кризі

Надати хворому положення з піднятим головним кінцем крісла, при втраті свідомості - положення на боці.
⇩
Ніфедипін по 5-10 мг в таб. або 5 крапель під язик під контролем АТ або Каптоприл по 25-50 мг під язик, або перорально, за необхідності повторити через 90 хв до 100 мг, або Пропранолол 20-80 мг під язик, або Лабеталол по 200-400 мг перорально, повторно кожні 3 год, або Клонідин по 0,075-0,3 мг перорально, або 0,01% - 0,5-2,0 в/м або Фурасемід по 40-80 мг peros, в/м.

⇩ АТ знижується	⇩ АТ не знижується або підвищується

Пропранолол 20 мг під язик	Ніфедипін внутрішньо або під язик по 10 мг в таб. повторно (добова доза до 100 мг) + пропранолол 20 мг для запобігання рефлекторної тахікардії
Спостереження у лікаря-терапевта. Лікування у лікаря-стоматолога тільки при стабілізації АТ.	При відсутності ефекту або неможливості прийому препаратів peros (при розладі свідомості), або у разі ускладненого ГК: нітрогліцерин в/в 5мкг/хв, або фуросемід 40-80 мг в/м, або клонідін 0,01% -2,0 в/м, або лабеталол - 20-80 мг в/в струминно за 2 хв, або магнію сульфат 25% по 5-10 мл в/м.
	Обов'язкова госпіталізація

11.5. СТЕНОКАРДІЯ

Напад стенокардії - напад стискаючого, пекучого болю за грудиною або раптовий дискомфорт (тяжкість, стискання, печіння, приступ серцебиття) у ділянці серця, раптова задишка або аритмія тривалістю від 2-5 до 15 хвилин з характерною іррадіацією (ліве плече, шия, нижня щелепа, ліва лопатка), що викликані переважанням потреби міокарда в кисні над його надходженням. Виникає на висоті фізичного навантаження, емоційного хвилювання, при різкому впливі холоду, після прийому їжі у горизонтальному положенні.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при стенокардії

Зупинка стоматологічної маніпуляції, спокій, доступ свіжого повітря, вільне дихання.	
Нітрогліцерин у таблетках або капсулах (капсулу розкусити!) по 0,5 мг під язик кожні 10 хвилин (до 3 таблеток під контролем АТ) та 1 таблетка аспірину 325 мг розжувати	
Напад зупинений	Напад не зупинений
Амбулаторний нагляд у кардіолога. Стоматологічні втручання тільки при стабілізації стану	Анальгін 50% - 2 мл в/м. Запис ЕКГ.
	Відсутність ефекту
	Госпіталізація

11.6. ІНФАРКТ МІОКАРДА

Гострий інфаркт міокарда - гострий локальний некроз будь-якої маси серцевого м'яза, зумовлений гострою тривалою ішемією (тромбоз коронарної артерії).

Симптоми найгострішого періоду ГІМ: інтенсивний біль за грудиною стискаючого характеру, що іррадіює у ліву руку, плече, не знімається вживанням

3-х таблеток нітрогліцерину, біль триває більше 30 хв, усувається наркотичними анальгетиками або нейролептаналгезією. Об-но: симптоми недостатності периферичного кровообігу (шкіра блідо-ціанотична, волога, акроціаноз, холодні кінцівки, зниження температури тіла, с-м «білої плями» на нігті > 2сек), тахікардія, зниження АТ, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум, при трансмуральному ГІМ - ритм галопу.

ЕКГ- ознаки: збільшення амплітуди зубця Т - високоамплітудний, загострений, елевація сегмента ST > 2 мм вище ізолінії. При переході в гострий період: куполоподібна елевація сегмента ST над ізолінією (крива Парді) + формування патологічного зубця Q (амплітуда зубця Q >1/4 зубця R, ширина > 0,04 с.), зменшення величини зубця R.

Позитивний тропоніновий тест.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при гострому інфаркті міокарда до прибуття бригади швидкої допомоги

Спокій, припинення втручання, доступ свіжого повітря. При систолічному АТ більше 100 мм рт. ст. під язик по 0,5 мг нітрогліцерину в таб. кожні 10 хвилин та 1 таблетка аспірину 325 мг розжувати

⇩

Обов'язкове усунення больового синдрому!!! В/м 2 мл 2% розчину промедолу або 1 мл 1% розчину морфіну або 100 -200 мг трамадолу.

⇩

За відсутності наркотичних анальгетиків анальгін 50% розчин 2 мл в/м разом з димедролом 1% 2 мл в/м або в/в струминно.

⇩

Запис ЕКГ. Термінова госпіталізація

11.7. НАПАД БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Напад бронхіальної астми - гострий стан, основний прояв загострення бронхіальної астми, що проявляється нападами задухи та ядухи з утрудненим і подовженим видихом унаслідок спазму мускулатури дрібних бронхів через посилення тонусу їх специфічної парасимпатичної іннервації.

Симптоми: напад ядухи (внаслідок бронхоспазму, надмірної секреції в'язкого склоподібного бронхіального слизу) з утрудненим видихом, дистанційний свист (візинг), нападоподібний кашель.

Пацієнт займає вимушене положення з фіксованим поясом верхніх кінцівок (опорою на стіл) для залучення допоміжної мускулатури грудної клітки з метою виконання видиху. Дифузний ціаноз обличчя. Тахікардія. Грудна клітка діжкоподібно розширена в передньо-задньому розмірі, низьке стояння купола діафрагми, вибухання верхівок легень, розширені міжреберні проміжки.

Перкуторно - коробковий відтінок перкуторного тону. Аускультативно - жорстке везикулярне дихання, видих подовжений, сухі свистячі хрипи на всьому протязі легень.

У хворих на БА стоматологічні втручання можуть бути безпечно проведені лише в період ремісії під захистом бронходилятаторів і

контролюючих перебіг БА препаратів, транквілізуючих препаратів, узгоджених з терапевтом- пульмонологом. **Пацієнт повинен мати із собою інгалятор з бронхолітиком.** За добу до стоматологічної маніпуляції дозу інгаляційного глюкокортикоїду потрібно збільшити удвічі.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при нападі бронхіальної астми

Інгаляції β - адреноміметиків: сальбутамолу (вентолін), фенотеролу (беротека) та ін. На одну інгаляцію - не більше двох доз препарату, всього - не більше трьох інгаляцій з інтервалом 10 хвилин. Подальші інгаляції зупинити, щоб запобігти розвитку астматичного статусу!

⇩

Забезпечити доступ свіжого повітря. Можна провести рефлексотерапію з інтенсивним точковим масажем югулярної ямки, середини грудини та ділянки мечоподібного відростка.

⇩

При неефективності лікування і прогресуванні дихальної недостатності викликати бригаду швидкої допомоги, при очікуванні якої ввести в/в повільно еуфілін 2,0% розчин 10 мл, розчин преднізолону 3% - 3 мл (90 мг) або дексаметазону (8 мг) в/в.

11.8. ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Діабетична (кетоацидотична) кома - тяжкий прояв діабетичного кетоацидозу Унаслідок декомпенсації цукрового діабету (інсулінова недостатність). Це небезпечне порушення обміну речовин, викликане зниженням рівня інсуліну, значним підвищенням концентрації глюкози в крові та пов'язаними із цим порушеннями водно-електролітного балансу.

Стадії порушення свідомості:

I. Оглушення (Пацієнт загальмований, свідомість дещо заплутана).

II. Сонливість (Пацієнт легко засинає, але може самостійно коротко відповідати на питання).

III. Сопор (Пацієнт перебуває у стані глибокого сну і виходить з нього тільки під впливом сильних подразників).

IV. Власне кома (повна втрата свідомості, відсутність реакції на подразники).

Клініка: відсутність свідомості, запах ацетону з рота, диспное (дихання Кусмауля), загострені риси обличчя, рубеоз на щоках, знижений тонус очних яблук, м'язів, зниження сухожильних рефлексів, сухий, обкладений коричневим нашаруванням язик. Пульс частий, слабкого наповнення, зниження АТ. У крові гіперглікемія (20-35 ммоль/л), у сечі - глюкозурія, кетонурія.

Таблиця1

Диференційна діагностика коматозних станів при цукровому діабеті

Показник	Кетоацидотична	Гіперосмолярна	Лакцатидотична	Гіпоклікемічна
Вік	Будь-який, частіше молодий	Частіше похилий	Похилий	Будь-який
Розвиток коми	Поступово (3-4 дні), можливо протягом 10-12 годин	Поступово, протягом 10-12 днів	Частіше швидкий	Швидкий
Анамнез	Уперше виявлений діабет або його лабільний перебіг	Уперше виявлений або легка форма ІНЗД	Частіше ІНЗД, у сполученні із захворюваннями, що супроводжуються гіпоксією	Частіше ІЗД, лікування інсуліном
Стан шкіряних покривів	Сухість, зниження тургору	Сухість і зниження тургору різко виражені	Сухість	Вологість
Тонус очних яблук	Знижений	Різко знижений	Знижений	Підвищений
АТ	Знижений або помірний або різко знижений	Значно знижений, колапс	Значно знижений, колапс	Нормальний
Запах ацетону з рота	Різко виражений	Відсутній або слабо виражений	Відсутній	Відсутній
Пульс	Частий	Частий, м'який	Частий, м'який	Частий
Клінічні ознаки дегідратації	Достатньо виражені	Виражені	Незначно виражені	Відсутні

Примітки: ІНЗД - інсуліннезалежний діабет; ІЗД - інсулінзалежний діабет

Перша допомога:

При утрудненні диференціального діагнозу коми, у будь-якому випадку: вводиться 40% розчин глюкози - 20 мл (в/в), оскільки гіпоглікемічна кома більш небезпечна для кори головного мозку, ніж діабетична; при низькому АТ - фізіологічний розчин (в/в крапельно); 40% розчин глюкози вводити до появи ознак свідомості у хворого; всередину - солодкий чай, мед, цукерки; госпіталізація.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при гіперглікемічній комі

Усунення дефіциту інсуліну: інсулін (короткої або ультракороткої дії) (актрапід, хумодар РР, фармасулін Н, новорапід): 0,1 ОД/кг в/в, далі 0,1 ОД/кг/год в/в крапельно на 0,9% розчині хлориду натрію (3-5 л/добу в/в) з наступним визначенням рівня глікемії кожні 2-3 год: при зниженні вмісту глюкози нижче 14-11 ммоль/л - дозу інсуліну зменшують на половину і переходять на 5% р-н глюкози 100-160 мл/год.

⇩

Регідратація: в/в NaCl 0,9% - 0,5-1л/год, далі 300 мл/год, ксилат (5-6 л/добу); в/в унітіол 5%

-10-20 мл, кокарбоксилаза 100 мг, віт. С - 5% 5 мл.

⇩

Корекція ацидозу: бікарбонат натрію 4% - 100мл через 2 год.3 рази, промивання шлунка содою, клізма з лугами.

⇩

Госпіталізація із визначенням рівня глікемії кожні 2-3 год

Гіпоглікемічна кома - зниження концентрації глюкози нижче рівня, необхідного для задоволення потреби головного мозку в енергії (менше 2,5 ммоль/л) при передозуванні інсуліну та недостатньому споживанні вуглеводів.

Клініка: розвивається швидко, передвісники коми: відчуття голоду, оніміння язика, губ, двоїння в очах, підвищена пітливість, емоційне збудження, тремтіння кінцівок. Кома: відсутність свідомості, профузне потовиділення, судоми.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при гіпоглікемічній комі

Хворому з передвісниками гіпоглікемії (відчуття голоду, профузне потовиділення, лихоманка) або у стані прекоми (неясна свідомість, але збережена можливість вживання їжі peros) доцільно дати вуглеводистої їжі: склянку солодкого чаю, булку, цукерку, ложку меду та ін.

⇩

При розвитку коми (втрата свідомості) в/в струминно вводять 40% розчин глюкози 20-40-60-80-100-120 мл, за необхідності уведення більше 120 мл переходять на 10% р-н глюкози; адреналін 0,1% - 1 мл п/шк або 1 мг глюкагону в/м. У тяжких випадках: преднізолон 60 мг в/в або гідрокортизон 150-200 мг в/в.

11.9. СУДОМНІ СТАНИ

Невідкладної допомоги потребують лише хворі з генералізованими судомами. Останні можуть бути проявами епілепсії.

Розвитку епілептичного нападу можуть сприяти шум, яскраве світло, обмеження рухомості, страх, емоційне напруження, тому на етапі підготовки до стоматологічного втручання хворому на епілепсію потрібна адекватна премедикація.

Якщо напади відбуваються у визначений час доби, лікування необхідно планувати у «світлі» періоди. Частіше епілептичному нападу передує так звана «аура» - комплекс індивідуальних і досить специфічних суб'єктивних переживань (наприклад, зорові, слухові, нюхові галюцинації, дисфорія, парестезії та ін.). Виникнення «аури» повинно бути приводом для відмови від негайного стоматологічного втручання.

Хворим на епілепсію при стоматологічних маніпуляціях необхідна оптимальна анестезія, при цьому потрібно урахувати, що деякі протиепілептичні засоби прискорюють біотрансформацію місцевих анестетиків, тобто зменшують тривалість анестезії.

При наданні стоматологічної допомоги хворому на епілепсію

Раціональна премедикація в/м уведенням діазепаму (сибазону) в разовій дозі 20 мг (4 мл 0,5% розчину).

⇩

Втручання повинно бути максимально щадним (напад може спровокувати навіть огляд ротової порожнини та підготовка до ін'єкції місцевого анестетика), знеболювання - повним, раціонально використовувати роторозширювач

При виникненні нападу генералізованих судом у хворого на епілепсію невідкладна допомога зводиться

До недопущення механічних травм та забоїв

⇩

Профілактика прикушування язика введенням роторозширювача, рушника, інших предметів у ротову порожнину (а часто і пальців лікаря) можлива лише за відсутності тризма жувальних м'язів: відомо, що спроби насильного розтискання щелеп супроводжуються навіть більшою травматизацією твердих та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки хворого, ніж сам напад судом.

⇩

Одноразовий напад продовжується, як правило, декілька хвилин, закінчується нетривалим глибоким сном (важливо до самостійного пробудження хворого не будити!) та не вимагає від лікаря-стоматолога додаткових невідкладних заходів

⇩

Якщо ж напади чергуються один за одним, супроводжуються тривалою стійкою втратою свідомості, стан неохідно розцінювати як епілептичний статус, викликати бригаду швидкої допомоги, до її прибуття в/м ввести 4 мл 0,5% розчину (20 мг) діазепаму (сибазону), а за необхідності провести увесь комплекс серцево-легеневої реанімації.

11.10. КРОВОТЕЧА

Кровотеча - це вилив крові із кровоносних судин Унаслідок їх пошкодження.

Під час проведення найпоширенішої операції в щелепно-лицевій ділянці - видалення зуба - кровотеча відбувається від розриву зубної артерії, сітки артеріол, капілярів періодонта та ясен. Ця кровотеча носить характер капілярної паренхіматозної і зазвичай самостійно зупиняється через декілька хвилин (від 5 до 20 хвилин). Однак, у 1 - 3 % пацієнтів крововтрата після видалення зуба стає надмірною через відстрочений гемостаз.

Під час виникнення геморагічних ускладнень при проведенні стоматологічних втручань необхідно користуватися алгоритмом дій, що наведені нижче.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при кровотечі

Місцево: уведення в рану гемостатичної губки, фібринної плівки, гемофібрину, капроферу, оксицелодекса, прошивання або діатермокоагуляція судини, що кровоточить, ушивання рани, щільна тампонада рани, здавлююча пов'язка або перев'язка судини на всьому протязі

⇩

Невідкладна лікарська терапія: діцинон (етамзилат) 12,5 % розчин по 2 мл в/в або в/м; при надмірному фібринолізі - амбен (памба) 1 % розчин 10 мл в/в або в/м хлористий кальцій в 10% розчині 10 мл в/в, турунди рясно змочені 5% розчином амінокапронової кислоти на 10-20 хв на ділянку періодонта та ясен у місці екстрагованого зуба.

⇩

Відстрочена медикаментозна терапія: діцинон по 0,5 3 рази на день, аскорутин по 1 таблетці 3 рази на день; препарат вітаміну К - вікасол 1% 1 мл в/м (ефект проявляється через добу).

У поліклінічній стоматологічній практиці зустрічаються хворі, у яких патологія щелепно-лицевої ділянки поєднується із захворюваннями крові. Тактика ведення таких пацієнтів буде залежати від часу звернення до стоматолога, обсягу проведеного обстеження.

1. При наявній стійкій кровотечі та відсутності в анамнезі даних про захворювання крові, при безуспішних спробах зупинки кровотечі в амбулаторних умовах хворого доцільно транспортувати в стаціонар щелепно-лицевої хірургії, де хірург разом з терапевтом проводять необхідні обстеження та лікувальні заходи з наступною консультацією гематолога.

2. При встановленому захворюванні крові у пацієнта за необхідності надання невідкладної амбулаторної стоматологічної допомоги тактика повинна бути наступною: у денний час хворого направляють у гематологічне відділення, де лікар-стоматолог, який є у штаті стаціонару, після відповідної підготовки проводить хірургічне втручання в присутності гематолога; у нічний час хворого направляють у стаціонар щелепно-лицевої хірургії, де після попередньої консультації терапевта або гематолога проводиться потрібне втручання із дотриманням принципів щадної хірургії та ретельного гемостазу.

3. При проведенні планової операції Пацієнт з патологією системи крові госпіталізується у відділення гематології. Після завершення підготовки в цьому ж стаціонарі або у відділенні щелепно-лицевої хірургії здійснюється оперативне втручання з наступним наглядом за хворим гематолога.

11.11.ГОСТРА ДИХАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ

Найбільш часто гостра дихальна недостатність або асфіксія зустрічається в результаті порушення зовнішнього дихання. Причиною її можуть бути механічні перешкоди доступу повітря в дихальні шляхи при здавленні їх ззовні або значному звуженні при запальному, алергічному набряках, западанні язика, спазмах голосової щілини, дрібних бронхів і т. ін.

Частою причиною асфіксії може стати закриття просвіту дихальних шляхів в результаті аспірації крові, блювотних мас, потрапляння різних сторонніх предметів.

Розрізняють п’ять видів асфіксії за Р. М. Іващенком:

1. Дислокаційна - викликана зміщенням пошкоджених органів (нижньої щелепи, язика, гортані і язика).

2. Обтураційна - Унаслідок закриття верхнього відділу дихального шляху чужорідним тілом.

3. Стенотична - звуження просвіту дихальних шляхів у результаті крововиливів, набряків слизової оболонки.

4. Клапанна за рахунок утворення клапанів з клаптів пошкодженого м'якого піднебіння.

5. Аспіраційна - при потрапляння в дихальні шляхи крові, слизу, блювотних мас.

На поліклінічному прийомі хворих лікарю-стоматологу найбільш часто доводиться зустрічатися із стенотичною (при запальному, алергічному набряках) і обтураційною (при потраплянні в дихальні шляхи відбиткового матеріалу, марлевої кульки, зуба) формами асфіксії.

Клініцистам відомо, що асфіксія має швидкий перебіг, дихання стає прискореним і потім зупиняється, швидко розвиваються судоми, зіниці розширюються. Шкірні покриви набувають сірого забарвлення, губи і нігті ціанотичні. Пульс уповільнюється або пришвидшується. Серцева діяльність швидко падає. Кров набуває темного забарвлення. Збудження змінюється втратою свідомості. У цій ситуації дії медичного персоналу повинні бути чіткими і швидкими.

При дислокаційній асфіксії необхідно швидко закинути голову хворого назад, одночасно висунувши нижню щелепу вперед (запобігання западанню язика); при нестійкому ефекті: встановити повітропровід між коренем язика і задньою стінкою глотки; при відсутності повітропроводу, а також пацієнтам з переломом нижньої щелепи необхідно захопити пальцями язик і вивести з ротової порожнини, зафіксувати його; надати хворому положення лежачи на животі обличчям вниз.

ОБТУРАЦІЙНА АСФІКСІЯ

Під час стоматологічних маніпуляцій у дихальні шляхи можуть потрапити сторонні предмети - видалені зуби та їх осколки, інструментарій, матеріали (частіше - відбиткові), марлеві серветки, ватні кульки, а також блювотні маси, кров та її згустки, фрагменти м'яких та твердих тканин щелепно-лицевої ділянки під час травми та ін.

Обтураційна асфіксія, яка виникає під час їх аспірації (вдиханні), як правило, супроводжується гострою дихальною недостатністю. Тому хворому, що вдихнув сторонній предмет, необхідно надати невідкладну допомогу.

Алгоритм надання невідкладної допомоги при обтураційній асфіксії

Якщо постраждалий при свідомості, необхідно попросити його видалити стороннє тіло самостійно - відкашлятися та виплюнути його.	Хворому без свідомості необхідно надати горизонтального положення.

⇩ ⇩

Марлевою серветкою на пальці, хірургічним затискачем або за допомогою відсмоктувача слини звільнити порожнину рота від слини, крові, блювотних мас та сторонніх тіл.

⇩

Стати позаду хворого, обхопити його грудну клітку, зімкнувши руки на грудях, різко стиснути грудну клітку, імітуючи форсований видих. За необхідності повторити.

⇩ ⇩

Ефект позитивний (стороннє тіло видалено, відновлено самостійне дихання)	Відсутність ефекту, наростаюча гіпоксія, втрата свідомості
⇩	⇩
Оксигенотерапія (при збереженій свідомості - спокій, вдихання свіжого повітря)	Прийом Геймліха. Положення хворого лежачи на спині. Голова повернута вбік, язик мобілізований (утримується рукою або затискачем, прошитий ниткою), нижня щелепа максимально висунута вперед. Реаніматолог широко розсуває стегна хворого, займає місце між ними і кладе долоні обох рук (одну поверх іншої) на живіт між пупком та мечоподібним відростком. Проводиться 6 - 10 коротких поштовхів у напрямку до хребта і голови.
⇩	
Госпіталізація (в більш легких випадках - амбулаторна консультація отоларинголога)	
⇩	⇩
Позитивний ефект пальцями видаляють залишки стороннього тіла з рота)	Відсутність ефекту, наростаюча гіпоксія, втрата свідомості
⇩	⇩
Штучне дихання. Оксигенотерапія.	Проводиться інтубація трахеї. За необхідності - конікотомія. Хворому закидають голову, пальцями лівої руки намацують заглиблення між нижнім краєм щитоподібного та верхнім краєм перснеподібного хрящів. Колючим рухом скальпеля розрізають шкіру, підшкірну клітковину, фасції і конічну зв'язку. З'являється свистяче дихання. Розріз розширюють затискачем для вільного дихання. Конкуруючий метод - уведення через конічну зв'язку в просвіт трахеї 2 - 3 голок з широким просвітом або троакара.
⇩	⇩
Госпіталізація	Після відновлення дихання та видалення стороннього тіла рану зашивають або накладають трахеостому.
	⇩
	Госпіталізація

При стенотичній асфіксії проводиться патогенетичне лікування:
- розсічення тканин з метою видалення гематоми,
- тавегіл 0,1% - 2 мл або дімедрол 1% - 2-3 мл (в/м),
- конікотомія,
- після відновлення дихання виконується трахеотомія,
- госпіталізація.

Додаток Список лікарських препаратів, необхідних для надання екстреної допомоги в стоматологічному кабінеті

1. *Непритомність:* нашатирний спирт; 10% розчин кофеїн-бензоату натрію, розчин кордіаміну; 0,1% розчин атропіну сульфату.

2. *Колапс:* 1% розчин мезатону; 5% розчин ефедрину; розчин кордіаміну; 10% розчин кофеїн-бензоату натрію; преднізолон або дексазон.

3. *Напад стенокардії:* валідол; нітрогліцерин в таблетках під язик або в аерозолі або один з його аналогів (сустак, нітросорбіт, тринітролонг, нітрамінт); корвалол або валокордин, корвалдин; сибазон (седуксен, реланіум, діазепам); баралгін або трамал.

4. *Інфаркт міокарда:* нітрогліцерин (нітросорбіт, нітрогліцерин в аерозолі); промедол (трамал); сибазон (седуксен, реланіум); супрастин (димедрол, дипразин, тавегіл); 0,1% розчин атропіну сульфату.

5. *Гіпертонічний криз*: клофелін; дибазол; папаверину гідрохлорид; сибазон (реланіум, седуксен); баралгін; магнію сульфат.

6. *Лікарський анафілактичний шок:* 0,1% розчин адреналіну гідрохлориду; 0,1% розчин норадреналіну гідрохлориду; 2,4% розчин еуфіліну; поліглюкін; реополіглюкін; натрію хлориду ізотонічний розчин; 5% розчин глюкози; аерозоль 1,5% алупент; 0,1% розчин атропіну сульфату; 2% розчин супрастину; 0,1% розчин тавегілу; преднізолон (дексазон, дексаметазон); баралгін (трамал), сибазон (седуксен, реланіум, діазепам); фуросемід; 0,06% розчин корглікону.

7. *Напад бронхіальної астми:* аерозолі бронхолітиків (вентолін або беротек, або алупент); таблетки ізадрину (0,005); ефедрину гідрохлориду (0,025); розчини - еуфіліну 2,4%; преднізолону (або дексазону); тавегіл 0,1% (або супрастину 2%); атропіну сульфату 0,1% (або метацин 0,1%); адреналіну гідрохлориду 0,1%.

8. *Гостра кропив'янка:* розчини: супрастину 2% (тавегілу 0,1%); преднізолону (або дексазону); адреналіну гідрохлориду 0,1%; ефедрину гідрохлориду 5%; кальцію глюконату 10%.

9. *Набряк Квінке:* розчини: супрастину 2% (тавегілу 0,1%); преднізолону (або дексаметазону); адреналіну гідрохлориду 0,1% (або норадреналіну гідротартрату 0,2%; ефедрину гідрохлориду 5%; мезатону 1%); урегіду (етакринової кислоти) або фуросеміду (лазикс).

10. *Напад епілепсії:* сибазон (або седуксен, реланіум, діазепам) - 0,5% розчин; аміназину 2,5% розчин.

11. *Напад істерії:* хлозепід (хлордіазепоксид, еленіум); сибазон (або седуксен, реланіум, діазепам).

12. *Цукровий діабет:* інсулін; розчини: глюкози 40%; кофеїну-бензоату натрію 10%; кордіаміну; мезатону 1%; адреналіну гідрохлориду 0,1%; корглікону 0,06% або строфантину 0,025%.

XII. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ З ПІДГОТОВКИ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІНТЕГРОВАНОГО ІСПИТУ КРОК-2 СТОМАТОЛОГІЯ

12.1. Обстеження. Діагностика

1. Пацієнтка В., 70 років скаржиться на відчуття печії під базисом повного протеза, сухість, гіркий присмак. Протез виготовлено 3 тижні тому. Об-но: слизова оболонка альвеолярного відростка набрякла, розлита гіперемія відповідно до меж накладеного протеза. Язик гіперемований, сухий, розтрісканий. Який додатковий метод обстеження найбільш доцільний у цьому випадку?

A Загальний аналіз крові
B Загальний аналіз сечі
C Алергологічні проби
D Біохімічний аналіз крові
E Обстеження слини

2. Пацієнт П., 40 років, скаржиться на кровотечу з ясен, їх набряк та гіперемію. Який метод функціональної діагностики застосовується для визначення стану судин пародонта для ортопедичного лікування?

A Реопародонтографія
B Мастикаціографія
C Міографія
D Гальванометрія
E Рентгенографія

3. Пацієнт М., 65 років, скаржиться на утруднене пережовування їжі через відсутність усіх зубів на верхній і нижній щелепах. Останнє видалення проведене рік тому. Раніше користувався частковими знімними протезами. Який метод визначення міжальвеолярної висоти найбільш інформативний у даному випадку?

A Функціонально-фізіологічний
B Анатомічний
C Антропометричний
D Фізіологічний
E Анатомо-фізіологічний

4. Пацієнт 27 років, скаржиться на рухомість зубів верхньої і нижньої щелеп. Об-но: зубні ряди інтактні. Визначається характер змикання зубів у центральній оклюзії. Який із перелічених методів обстеження необхідно використати?

A Мастикаціографія
B Гнатодинамометрія
C Аналіз діагностичних моделей щелеп
D Рентгенографія
E Електроміографія

5. Пацієнтка 34 років звернулась з приводу протезування зубів нижньої щелепи. Об-но: зуби нижньої щелепи мають рухомість I-II ступенів. Який із зазначених методів обстеження необхідно використати?

A Гальванометрія
B Рентгенографія
C Мастикаціографія
D Електроміографія
E Міотонометрія

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

A 0,7 мг
B 0,3 мг
C 0,5 мг
D 0,6 мг
E 0,8 мг

7. Пацієнту 75 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. Об-но: альвеолярний гребінь незначно атрофований. Корекція індивідуальної ложки проводиться за допомогою проб Гербста. При витягуванні губ вперед ложка скидається. В якій ділянці необхідно вкоротити край ложки?

A Від ікла до ікла з вестибулярної сторони
B Від ікла до ікла з язикової сторони
C Від місця позаду слизового горбика до щелепно-під'язикової лінії
D Уздовж щелепно-під'язикової лінії
E В ділянці премолярів з язикової сторони

8. У клініку звернувся пацієнт 45 років з метою протезування незнімними мостоподібними протезами. Встановлено попередній діагноз - генералізований пародонтит. Який додатковий метод обстеження вирішить остаточно питання застосування зубів для опори під мостоподібний протез?

A Рентгенологічне обстеження
B Перкусія
C Проба Шиллера-Писарєва
D Мастикаціограма
E Електроміограма

9. Пацієнт 63 років звернувся у клініку ортопедичної стоматології для подальшого протезування. Йому встановлено діагноз: патологічне стирання. Проведено рентгенологічне обстеження. Який метод обстеження необхідно провести для вибору методу ортопедичного лікування?

A Реографія
B Мастикаціографія
C Електроміографія
D Електроодонтодіагностика
E Функціональні жувальні проби

10. Пацієнту 65 років виготовляють повні знімні протези на верхню і нижню щелепи. На етапі «перевірка конструкції протезів» лікар з'ясовує вимову звуків «С» і «З». Який із зазначених методів для нормалізації функції мовлення доцільніше застосувати в цьому випадку?

A Міогімнастика
B Графічний
C Фонетичні проби
D Спектрографічний
E Акустичний

11. Пацієнт 45 років скаржиться на металевий присмак, відчуття кислого при вживанні їжі, печію язика, порушення слиновиділення та порушення загального стану (головний біль, роздратованість), які з'явилися через 2 місяці після протезування металевими мостоподібними протезами. Об-но: в ротовій порожнині металеві мостоподібні протези з опорою на 35, 37, 45, 47 та золоті коронки на 25, 26, 27. Бічні поверхні язика гіперемовані, спостерігається незначний набряк. Який метод обстеження найбільш інформативний ?

A Загальний аналіз крові
B Визначення Рн слини
C Визначення мікроелементів слини
D Змив за Ясиновським
E Вимірювання величини потенціалів металевих включень

12. У клініку звернувся юнак 15 років зі скаргами на відсутність верхніх латеральних різців та естетичний недолік «посмішка хижака». Із анамнезу: у матері не прорізався правий латеральний різець, лівий має шилоподібну форму. Об-но: конфігурація обличчя без особливостей. Зубна формула:

$$\frac{27\ 26\ 25\ 24\ 23\ -\ 21\ 11\ -\ 13\ 14\ 15\ 16\ 17}{47\ 46\ 45\ 44\ 43\ 42\ 41\ 31\ 32\ 33\ 34\ 35\ 36\ 37}$$

У фронтальній ділянці верхньої щелепи діастема і треми, ікла дещо зміщені в сторону відсутніх зубів при нейтральному співвідношенні зубних рядів. Визначити найбільш інформаційний для встановлення діагнозу допоміжний метод обстеження у даному випадку.

A Ортопантомаграфія
B Вимірювання діагностичних моделей
C Телерентгенографія
D Вивчення родоводу
E Аксіальна рентгенографія передньої ділянки верхньої щелепи

13. Пацієнтка 18 років звернулась у зв'язку з побутовою травмою обличчя. При огляді: в 21 відлам $^1/_3$ коронки зуба, зондування по лінії відламу болісне, реакція на холодовий подразник - короткочасний біль, перкусія безболісна. Яке обстеження необхідно провести для постановки діагнозу та вибору методу лікування?

A Рентгенографія
B Електроодонтометрія
C Термометрія

D Люмінесцентна діагностика
E Вітальне забарвлення

14. Пацієнту 65 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. Об-но: альвеолярний гребінь помірно атрофований. Корекція індивідуальної ложки проводиться за допомогою проб Гербста. При проведенні кінчиком язика по червоній облямівці нижньої губи ложка скидається. В якій ділянці необхідно вкоротити край ложки?

A Від ікла до ікла з язикової сторони
B Від місця позаду слизового горбика до щелепно-під'язикової лінії
C Уздовж щелепно-під'язикової лінії
D Від слизового бугорка до місця постановки першого моляра
E Від ікла до ікла з вестибулярної сторони

15. У пацієнта при визначенні центрального співвідношення анатомо-фізіологічним способом звичне закривання рота проходить зі зміщенням нижньої щелепи у бік останнього видаленого зуба. Який з етапів визначення центральної оклюзії у даної пацієнтки необхідно ретельно контролювати через можливість виникнення помилки?

A Визначення нейтрального положення нижньої щелепи
B Визначення протетичної площини
C Визначення міжальвеолярної висоти
D Визначення висоти центральної оклюзії
E Нанесення орієнтирних ліній

16. Пацієнт 45 років скаржиться на металевий присмак, печію язика, порушення слиновиділення та порушення загального стану, які з'явилися через 2 місяці після протезування. Об-но: в ротовій порожнині металеві мостоподібні протези з опорою на 35, 37, 45, 47 та золоті коронки на 25, 26, 27. Який метод обстеження найбільш інформативний у хворого?

A Визначення Рн слини
B Загальний аналіз крові
C Вимірювання величини різниці потенціалів
D Змив за Ясиновським
E Визначення мікроелементів слини

17. У клініку звернувся пацієнт 45 років з метою протезування незнімними мостоподібними протезами. Встановлено попередній діагноз: генералізований пародонтит. Який додатковий метод обстеження вирішить остаточно питання використання зубів для опори під мостоподібний протез?

A Перкусія
B Рентгенологічне обстеження
C Проба Шиллера-Писарєва
D Мастикаціограма
E Електроміограма

18. Пацієнту 50 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. На етапі корекції індивідуальної ложки уточнюється межа в ділянці щелепно-під'язикової лінії. Яку пробу Гербста треба провести?

A Ковтання слини

B Широке відкривання рота
C Висування язика в напрямку кінчика носа
D Облизування язиком верхньої губи
E Торкання язиком почергово правої та лівої щоки

19. Пацієнту 74 років виготовляються повні знімні протези з постановкою штучних зубів за індивідуально-сформованою оклюзійною площиною. Який пристрій неохідно застосувати для цього у даному випадку?

A Шарнірний оклюдатор
B Удосконалений оклюдатор
C Універсальний артикулятор
D Спрощений артикулятор
E Безсуглобовий артикулятор

20. Пацієнтка Н., 35 років, звернулась в ортопедичне відділення з приводу часткової втрати зубів на нижній щелепі у бічній ділянці. Пацієнтка категорично відмовляється від препарування опорних зубів. Який метод обстеження є найбільш інформативним для вибору хірургічної методики і подальшого протезування ?

A Одонтопародонтографія
B Комп'ютерна томографія
C Прицільна рентгенографія
D Цефалометрична рентгенографія у бічній проекції
E Пальпація

12.2. Знеболення в клініці ортопедичної стоматології

21. Пацієнту 46 років за показаннями планується виготовлення металокерамічних коронок на 11, 12 зуби. В анамнезі захворювання печінки. Зуби вітальні. Пацієнт нервує, боїться препарування. Який вид знеболення необхідно застосувати?

A Аплікаційна анестезія
B Знеболення охолодженням
C Аудіоаналгезія
D Загальне знеболення
E Премедикація, ін'єкційне знеболення

22. Пацієнтка 22 років має страх перед болем під час проведення провідникового знеболення. Лікар вирішив, що перед проведенням анестезії необхідно застосувати аплікаційне знеболення слизової оболонки в місці уколу. Який препарат використовується для цього?

A Оксацилінова мазь 5%
B Синтоміцинова мазь 1%
C Лідокаїнова мазь 5%
D Синафланова мазь 3%
E Дексациклінова мазь 3%

23. Пацієнт 48 років скаржиться на дефект твердих тканин зубів у фронтальній ділянці верхньої щелепи. Планується виготовлення металокерамічних коронок на 11, 12 без проведення депульпування зубів. Який вид знеболення необхідно застосувати під час препарування зубів?

A Знеболення охолодженням
B Аудіоанальгезія
C Аплікаційна анестезія
D Загальне знеболення
E Інтралігаментарна анестезія

24. Пацієнт 34 років скаржиться на дефект твердих тканин зубів 21, 22. Показано виготовлення металокерамічних коронок на 21, 22 без проведення депульпування зубів. Який вид знеболення необхідно застосувати при препаруванні зубів?

A Аудіоанальгезія
B Ін'єкційний вид знеболення
C Аплікаційна анестезія
D Загальне знеболення
E Знеболення охолодженням

25. Пацієнтка 39 років скаржиться на біль у ділянці 11 зуба протягом 2 днів. В анамнезі лікування даного зуба з приводу карієсу. Об-но: 11 зуб покритий металокерамічною коронкою, слизова оболонка в проекції верхівки кореня набрякла, гіперемована. Перкусія зуба різко болісна. На рентгенограмі кореневий канал запломбований неякісно. Планується зняття коронки з 11 зуба. Яка анестезія показана?

A Аплікаційна
B Інфільтраційна
C Інтралігаментарна
D Провідникова
E Внурішньокісткова

26. Пацієнту 43 років рекомендовано виготовити металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 43, 46. Який вид анестезії є найкращим для даного пацієнта?

A Провідникова (туберальна і піднебінна)
B Загальне знеболення
C Аплікаційна анестезія
D Інфільтраційна
E Провідникова (торусальна)

27. Хворому 76 років з відсутністю зубів на верхній щелепі необхідно зняти відбиток для виготовлення індивідуальної ложки. У пацієнта виражений блювотний рефлекс на піднебінні. Який медикаментозний засіб необхідно використати для змазування слизової оболонки піднебіння?

A 3% розчин дикаїну
B 4% розчин епінефрину
C 2% розчин атропіну
D 1% розчин норадреналіну
E 10% розчин глюкози

28. Хворому С., 32 років, виготовляють металокерамічні коронки на 12, 11, 21, 22 зуби. Застосовується інфільтраційна анестезія анестетиком Ultracain DS. Що входить до його складу?

A 4% артикаїн без вазоконстриктора
B 2% мепівакаїн з адреналіном
C 4% артикаїн з адреналіном
D 3% мепівакаїн без вазоконстриктора
E 2% артикаїн з епінефрином

12. 3. Матеріалознавство

29. Пацієнтка 32 років звернулась з метою протезування. Після об'єктивного обстеження вибрана конструкція металокерамічної коронки. Який відбитковий матеріал показаний для одержання відбитка?

A Стенс
B Репін
C Стомальгін
D Стомафлекс
E Ортокор

30. Пацієнт Д., 27 років звернувся до клініки зі скаргами на косметичний дефект 12, 11, 22, 21 зубів. Було вирішено виготовити металокерамічні коронки на вказані зуби. Після препарування та ретракції треба зняти відбитки. Матеріал якої групи найпридатніший для виготовлення даної конструкції?

A Альгінатний
B Силіконовий
C Цинкоксидевгенольний
D Термопластичний
E Тіоколовий

31. При виготовленні мостоподібних протезів із сплавів золота та срібнопаладієвого сплаву як припій використовується сплав золота 750-ї проби. Який компонент вводиться до цього сплаву для зниження температури плавлення?

A Кадмій
B Мідь
C Срібло
D Платина
E Цинк

32. Пацієнту 70 років з повною втратою зубів на верхній і нижній щелепах виготовляють повні знімні протези. Постановка зубів буде проведена за індивідуальними оклюзійними поверхнями (метод М.А. Нападова і А.Л. Сапожникова). З якого матеріалу необхідно виготовляти валики для створення індивідуальних оклюзійних поверхонь?

A Віскабразив
B Стенс
C Пластмаса
D Лавакс
E Липкий віск

33. Студент К., 18 років, звернувся з метою протезування 11, 21 металокерамічною конструкцією. При обстеженні виявлено, що протипоказань до застосування такої конструкції немає. Який матеріал для одержання відбитка найбільш доцільний?

A Ортокор
B Стомальгін
C Сіеласт
D Стенс
E Репін

34. Пацієнт С., 42 років, звернувся в клініку ортопедичної стоматології з метою протезування. Після об'єктивного обстеження вибрана конструкція комбінованого штампованого паяного мостоподібного протеза. Який матеріал необхідно використати для облицювання проміжної частини?

A Редонт
B Фторакс
C Етакрил
D Акрилоксид
E Синма

35. Пацієнтка 50 років скаржиться на зміну зовнішнього вигляду через відсутність зубів у передній ділянці верхньої щелепи, порушення відкушування їжі. Пацієнтці виготовлено суцільнолитий мостоподібний протез. Який матеріал потрібно використати для виготовлення каркаса мостоподібного протеза ?

A Неіржавіючу сталь IXI8H9T
B Сплав золота
C Срібно-паладієвий сплав
D КХС
E Легкоплавкий сплав

36. Пацієнтка 58 років скаржиться на часті поломки знімного пластинкового протеза. З анамнезу: страждає на бруксизм. З якого матеріалу доцільно виготовити базис протеза з метою запобігання зламам протеза?

A Етакрил
B Фторакс
C Редонт
D Метал (КХС)
E Ортосіл-М

37. Пацієнт 68 років звернувся до клініки ортопедичної стоматології з приводу протезування повними знімними пластинковими протезами. Лікар-ортопед при отриманні гіпсових анатомічних відбитків застосував 3% р-н NaCl для того, щоб:

A Надати гіпсу смакових якостей
B Призупинити кристалізацію гіпсу
C Отримати міцніший відбиток
D Отримати менш міцний відбиток
E Прискорити кристалізацію гіпсу

38. Пацієнту 53 років виготовляють штамповано-паяний мостоподібний протез. На клінічних та лабораторних етапах використовують допоміжний матеріал із хімічною формулою (CaSO4)2 x H2O. Вкажіть даний матеріал.

A Цемент
B Гіпс
C Віск
D Ізокол
E Відбіл

39. У пацієнта 58 років віялоподібне розходження передніх зубів верхньої щелепи. Який відбитковий матеріал краще використати для отримання відбитка?

A Гіпс
B Ypeen
C Стенс
D Ортокор
E Репін

40. У пацієнта 49 років генералізований пародонтит середнього ступеня тяжкості. Виготовляють незнімні шини-протези. Який відбитковий матеріал треба застосувати у даному випадку?

A Гіпс
B Іпін
C Стенс
D Стомафлекс
E Протакрил-М

41. Дівчині 18 років планується виготовлення металопластмасової коронки на 24 зуб. Проводиться вибір відбиткових матеріалів для отримання комбінованого відбитка з верхньої щелепи. Яким матеріалом краще отримати попередній відбиток?

A Ортокор
B Дентафоль
C Стенс
D Віск
E Протакрил

42. Пацієнтка К., 22 років, скаржиться на естетичний дефект 12 та 23 зубів. Планується виготовити металокерамічні коронки на 12 і 23 зуби. Який відбитковий матеріал необхідно застосовувати при виготовленні цих коронок?

A Силіконовий
B Тіоколовий
C Альгінатний
D Цемент
E Віск

43. Хворому 62 років для виготовлення ектопротеза необхідно отримати маску обличчя за Гіппократом. Який відбитковий матеріал необхідно використати?

A Гіпс
B Дентафоль
C Стенс
D Стомафлекс
E Репін

44. Пацієнтці 45 років планують виготовити бюгельний протез на нижню щелепу. Об-но: зуби високі, стійкі. Альвеолярна частина помірно атрофована. Яку відбиткову масу краще використати?

A Стомапласт
B Дентол-С
C Репін
D Стомафлекс
E Дентафоль

45. Пацієнту за показаннями виготовляють повну литу металеву коронку на 46 зуб. Пацієнт з'явився на етап перевірки коронки. Лікар перевіряє щільність прилягання внутрішньої поверхні коронки до кукси зуба. Який із вказаних матеріалів дасть об'єктивну оцінку?

A Дентин
B Сіеласт
C Копіювальний папір
D Гіпс
E Віск

46. Пацієнт А., 45 років. Об-но: відсутні 24 та 25 зуби. Прикус ортогнатичний. Коронки 23 та 26 зубів високі, інтактні. Рекомендовано протезування металокерамічним мостоподібним протезом. Якою відбитковою масою необхідно отримати відбиток для виготовлення протеза?

A Термопластичною
B Альгінатною
C Силіконовою
D Цинкоксидевгеноловою
E Гіпсом

47. Хворому 18 років планується виготовлення коронки з пластмаси на 21. Об-но: 21 має сірий колір, пломбований. Яка з нижче перерахованих пластмас буде використана?

A Акрил
B Етакрил
C Синма - М
D Бакрил
E Карбодент

48. Хворому виготовляється металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 47, 45 зуби. Одонтопрепарування зроблено з уступом. Який з перерахованих матеріалів дозволить отримати якісний відбиток?

A Дентафоль
B Стомальгін
C Ортокор
D Репін
E Силафлекс

49. Жінка 23 років звернулась для відновлення коронки 11 зуба. Об-но: 11 на рівні ясенного краю, стінки достатньої товщини. Лікар виготовив і припасував куксову вкладку, на яку буде виготовлена металопластмасова коронка. Яка з перерахованих пластмас буде використана для облицювання?

A Синма - М
B Акрилоксид
C Карбодент
D Норакрил
E Протакрил

50. Пацієнту 38 років виготовляється бюгельний протез на верхню щелепу. На етапі виготовлення передбачається створення вогнетривкої моделі. Яку масу можна використовувати для дублювання?

A Стомапласт
B Гелін
C Стомальгін
D Ортокор
E Дентафоль

51. Пацієнту планується виготовлення знімного протеза. На етапі виготовленя використовують допоміжний матеріал ізокол. До якої групи він належить?

A Відбиткові
B Моделювальні
C Формувальні
D Ізолюючі
E Полірувальні

52. Для виготовлення плаваючих обтураторів (Кеза, Часовської та ін.) при дефектах твердого і м’якого піднебіння одержують відбиток S-подібним шпателем. Який відбитковий матеріал застосовується при цьому?

A Стенс
B Ортокопр
C Стомальгін
D Дентафоль
E Гіпс

53. Чоловік 66 років звернувся зі скаргами на відсутність усіх зубів на верхній щелепі. Об-но: альвеолярний відросток верхньої щелепи незначно атрофований, слизова оболонка помірно піддатлива. Планується виготовлення повного знімного протеза з пластмасовим базисом. Виберіть пластмасу для базису даного протеза.

A Синма
B Карбопласт

C Норакрил
D Фторакс
E Стадонт

54. Чоловікові 44 років планується виготовлення суцільнолитої шини на нижню щелепу. Об-но: двосторонній кінцевий дефект зубного ряду нижньої щелепи. Коронки зубів високі, зуби інтактні, рухомість I-II ступенів. Який відбитковий матеріал краще використати?

A Репін
B Стомальгін
C Гіпс
D Стенс
E Дентафоль

55. Пацієнт 70 років звернувся з приводу протезування. Об-но: повна відсутність зубів на верхній щелепі, серединний дефект твердого піднебіння. Планується виготовлення обтуруючого повного знімного протеза з двошаровим базисом. Яку пластмасу необхідно використати для зовнішньої частини протеза?

A Протакрил-М
B ПМ-01
C Фторакс
D Редонт
E Боксил

56. Пацієнту 57 років виготовляється знімний пластинковий протез на верхню щелепу. На клінічних та лабораторних етапах його виготовлення використовують зуботехнічний віск. До якої групи належить даний матеріал?

A Полірувальні
B Відбиткові
C Формувальні
D Ізолюючі
E Моделювальні

57. Пацієнту 43 років виготовляються повні штамповані коронки на 26, 27. Який матеріал потрібно використати для виготовлення штампів?

A Срібно-паладієвий сплав
B Нержавіюча сталь
C КХС
D Легкоплавкий сплав
E Припій

58. Пацієнтка 43 років скаржиться на рухомість зубів нижньої щелепи. Об-но: рухомість зубів I-II ступенів. Планується шинування зубів знімною суцільнолитою шиною. Із якого матеріалу краще виготовити дану шину?

A ЕІ-95
B Сплав КХС
C Нержавіюча сталь
D Сплав ПД-250
E Сплав золота 900-ї проби

59. Пацієнту 54 років показано виготовлення суцільнолитих металокерамічних мостоподібних протезів на верхню та нижню щелепи. Яку групу відбиткових матеріалів необхідно вибрати при виготовленні даних зубних протезів?

A Альгінатні
B Гіпс
C Термопластичні
D Цинкоксидевгенолові
E Силіконові

60. Пацієнту 45 років після препарування зубів під металокерамічні коронки необхідно зняти відбитки. Який відбитковий матеріал потрібний?

A Сіеласт
B Стенс
C Репін
D Стомальгін
E Еластик

61. Пацієнту 44 років у клініці ортопедичної стоматології виготовляється бюгельний протез на нижню щелепу. Виготовлення суцільнолитого каркаса планується на вогнетривкій моделі. З якого матеріалу потрібно виготовити модель?

A Супергіпс
B Силаур
C Силамін
D Мармуровий гіпс
E Маршаліт

62. Пацієнт 73 років звернувся до клініки ортопедичної стоматології з приводу перелому базису повного знімного протеза на верхній щелепі. Протез виготовлений 1 рік тому, задовільної якості. Яку пластмасу потрібно використати для починки протеза в даного хворого?

A Етакрил
B Протакрил-М
C Фторакс
D Бакрел
E Карбопласт

63. Пацієнт 58 років скаржиться на недостатнє пережовування їжі. Об- но: частково зруйновані 35, 36, 37 зуби, пломби часто випадають. У ротовій порожнині наявність мостоподібного протеза із золота. Планується виготовлення вкладок. Який матеріал найдоцільніше застосувати?

A Кобальто-хромовий сплав
B Золото-платиновий сплав 750 проби
C Хромо-нікелевий сплав
D Нікель-кобальтовий сплав
E Хромо-нікель-кобальтовий сплав

64. Пацієнтка 22 років звернулася до стоматолога зі скаргами на естетичний дефект 12 та 23 зубів. Планується виготовити металокерамічні коронки на 12 і 23 зуби. Який відбитковий матеріал необхідно застосовувати при виготовленні цих коронок?

A Цемент
B Тіоколовий
C Альгінатний
D Силіконовий
E Віск

65. Пацієнту 70 років з повною втратою зубів на нижній щелепі виготовлена і відкоригована індивідуальна ложка. Яким термопластичним матеріалом необхідно оформити краї індивідуальної ложки?

A Ортокор
B Акродент
C Стенс
D Стомопласт
E Термопластична маса № 3

66. Пацієнт 53 років звернувся з метою протезування. Після обгрунтування та вибору конструкції протеза згідно з показаннями планується виготовлення дугового протеза. Який відбитковий матеріал показаний при виготовленні вибраної конструкції?

A Ортокор
B Гіпс
C Репін
D Стенс
E Стомафлекс

67. Пацієнт 34 років звернувся у клініку з метою протезування 22, 23 зубів. Після обстеження вибрана конструкція металокерамічних коронок. Який матеріал для отримання робочого відбитка необхідно використати?

A Гіпс
B Репін
C Сіеласт
D Стомальгін
E Ортокор

68. Пацієнтці 54 років виготовляється знімний пластинковий протез на нижню щелепу. На лабораторних етапах виготовлення воскового шаблону використовується базисний віск. До якої групи допоміжних матеріалів належить даний матеріал ?

A Відбиткових
B Абразивних
C Фіксуючих
D Моделювальних
E Формувальних

69. Пацієнт 60 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології з метою протезування. Лікар прийняв рішення виготовити повний знімний протез на нижню щелепу з м'якою підкладкою. Який з нижче перерахованих матеріалів необхідно використати для її виготовлення?

A Малаксил
B ПМ-01
C Боксил
D Еластопласт
E ПМ-С

70. Пацієнт 50 років, за професією артист, звернувся до лікаря-стоматолога з метою протезування. Планується виготовлення безпосереднього протеза на верхню щелепу для заміщення фронтальної ділянки після видалення групи зубів з II ступенем рухомості. Виберіть відбиткову масу.

A Репін
B Гіпс
C Стенс
D Спідекс
E Хромопан

71. Пацієнт 64 років звернувся з приводу протезування зубів. Об-но: в ділянці відсутнього 15 зуба гострий кістковий виступ. Планується виготовлення часткового знімного протеза з двошаровим базисом. Яку пластмасу доцільно використовувати для еластичної підкладки?

A Бакрил
B Фторакс
C Акрил
D Протакрил
E ПМ-01

72. Пацієнтці 38 років показано виготовлення куксової штифтової вкладки на 13 зуб. Який віск необхідно застосувати під час прямого моделювання?

A Базисний
B Модевакс
C Восколіт
D Формодент
E Лавакс

73. Під час виготовлення суцільнолитої ортопедичної конструкції у зуботехнічній лабораторії було застосовано віск, що мав вигляд прямокутних брусків червоного, зеленого або синього кольору розмірами 40х9х9 мм. Що за віск було застосовано?

A Модевакс
B Лавакс
C Формодент
D Восколіт
E Базисний

12.4. Дефекти коронок зубів

74. Пацієнт 20 років звернувся з приводу протезування зубів. Об-но: на жувальній поверхні 16 зуба каріозна порожнина, всі стінки коронки зуба збережені. Для вибору методу ортопедичного лікування визначається індекс руйнування оклюзійної поверхні зуба (ІРОПЗ). Хто запропонував його визначення?

A Копєйкін В.М.
B Мілікевич В.Ю.
C Щербаков О.С.
D Курляндський В.Ю.
E Гаврилов Є.І.

75. Дівчинка 9 років скаржиться на косметичну ваду, зміну кольору постійних зубів, яку помітили при їх прорізуванні. Об-но: жувальні поверхні 16, 26, 36, 46 з ознаками деструкції. Коронки 11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42 темно-коричневого кольору, на вестибулярній поверхні з ознаками деструкції емалі, при зондуванні відмічається крихкість тканин. Діагноз: флюороз емалі. Який метод лікування найбільш раціональний?

A Виготовлення металокерамічних коронок
B Виготовлення штампованих коронок
C Виготовлення композитних реставрацій
D Ремінерелізуюча терапія
E Протезування пластмасовими коронками

76. Пацієнт 28 років скаржиться на естетичний дефект. Об-но: коронки 12, 11 та 21, 22, 23 зруйновані каріозним процесом більш, ніж на $^{2}/_{3}$ висоти коронки. Прикус ортогнатичний. На рентгенограмі: канали зубів запломбовані до верхівки, патологічних змін у періапікальних тканинах не виявлено. Запропонуйте найбільш раціональну конструкцію в даному випадку.

A Виготовлення комбінованих штампованих коронок за Бородюком
B Куксові вкладки, облицьовані пластмасою
C Відновлення коронкових частин за допомогою фотополімерних пломбувальних матеріалів
D Виготовлення куксових вкладок та металокерамічних коронок
E Виготовлення іммедіат-протеза на штифтах

77. Пацієнт Б., 58 років, скаржиться на недостатнє пережовування їжі. Об-но: частково зруйновані 35, 36, 37 зуби, пломби часто випадають; наявність мостоподібного протеза із золота в ротовій порожнині. Планується виготовлення вкладок. Який матеріал найдоцільніше застосувати?

A Кобальто-нікелевий сплав
B Кобальто-хромовий сплав
C Хромо-нікелевий сплав
D Золото-платиновий сплав 750 проби
E Хромо-нікель-кобальтовий сплав

78. Пацієнту 32 років під час препарування 21 і 11 зубів під металокерамічні коронки були частково зруйновані кукси цих депульпованих зубів. За допомогою чого можна відновити кукси 21 і 11 зубів?

A Накладка
B Вінір
C Пластмасова коронка
D Вкладка
E Анкерний штифт і композит

12.5. Вкладки

79. Пацієнт 29 років скаржиться на руйнування 21 зуба, естетичний недолік. Об-но: на медіальній поверхні 21 зуба каріозна порожнина, ріжучий край частково порушений. До якого класу за класифікацією Блека належить дана порожнина?

A IV
B I
C II
D III
E V

80. У пацієнта 25 років вестибулярні поверхні верхніх різців уражені флюорозом. Яка з перерахованих конструкцій дасть максимальний естетичний результат при застосуванні?

A Керамічна коронка
B Пластмасова коронка
C Вінір
D Металокерамічна коронка
E Металопластмасова коронка

81. Пацієнтка 26 років звернулась з приводу протезування зубів. Об-но: коронка 16 зуба зруйнована на $^1/_3$. Планується відновлення її анатомічної форми металевою вкладкою. Який етап формування порожнини для вкладки повинен бути першим?

A Формування додаткових порожнин
B Формування фальцу
C Розширення порожнини та некротомія
D Формування дна порожнини
E Формування стінок порожнини

82. Пацієнтка 29 років звернулася з приводу протезування зубів. Об-но: на жувальній і мезіальній поверхнях 24 зуба каріозна порожнина, міжзубний контакт порушений. До якого класу за класифікацією Блека належить дана порожнина?

A I
B II
C IV
D III
E V

83. Пацієнту 28 років виготовляється вкладка на 24 зуб непрямим методом. Сформована порожнина для вкладки. Який етап протезування має бути наступним?

A Отримання відбитка
B Моделювання вкладки
C Виготовлення моделі
D Відливання вкладки
E Фіксація вкладки

12.6. Коронки

84. Пацієнтка 19 років, за фахом актриса, скаржиться на зміну в кольорі центрального різця на верхній щелепі. Рік тому зуб був депульпований і запломбований, але поступово набув сіруватого кольору. Об-но: 11 зуб запломбований, змінений у кольорі, стійкий, перкусія безболісна. Прикус глибокий. Що із клінічної картини є протипоказанням до виготовлення фарфорової коронки?

A Глибокий прикус
B Дефекти передніх зубів, які неможливо замістити пломбами
C Гіпоплазія емалі зі зміною форми і кольору зуба
D Аномалія кольору зуба
E Дефекти депульпованих зубів, які неможливо замістити вкладками

85. Пацієнтка 28 років скаржиться на дефект твердих тканин 11, косметичний дефект. Після обстеження для відновлення дефекту вибрана металокерамічна коронка. Яку методику препарування зуба ви застосуєте ?

A Препарування без утворення уступу
B Препарування з утворенням кругового уступу під кутом 150^{o}
C Препарування з утворенням уступу по вестибулярній поверхні під кутом 135^{o}
D Препарування з утворенням уступу під кутом 90^{o} тільки з оральної і апроксимальних сторін зуба
E Препарування з утворенням уступу тільки з апроксимальних сторін

86. Пацієнт 27 років звернувся до клініки зі скаргами на косметичний дефект 12, 11, 22, 21 зубів. Було вирішено виготовити металокерамічні коронки на вказані зуби. Після препарування та ретракції треба зняти відбитки. Матеріал якої групи найдоцільніший для виготовлення даної конструкції?

A Альгінатний
B Силіконовий
C Цинкоксидевгенольний
D Термопластичний
E Тіоколовий

87. Пацієнт Д. звернувся через місяць після фіксації металокерамічної коронки на 23 зуб зі скаргами на її розцементування. Об-но: кукса зуба достатньої висоти, стінки кукси конвергують до вертикальної осі під кутом приблизно 30°. Під яким кутом повинні конвергувати стінки?

A 25 – 30°
B 18 – 20°
C 20 – 25°
D До 8°
E 27 – 35°

88. Пацієнт 38 років. Прикус ортогнатичний, глибоке різцеве перекриття, явища бруксизму. Потребує протезування 12, 11, 21, 22 зубів, має підвищені естетичні вимоги. Які коронки доцільно використовувати у даного пацієнта, враховуючи вищеперераховане?

A Металокерамічні з литою оральною поверхнею
B Пластмасові
C Комбіновані штамповані
D Металопластмасові, повністю облицьовані пластмасою
E Штамповані

89. Пацієнтці 21 року виготовляється фарфорова коронка на 23 зуб. Отримані робочий та допоміжний відбитки. Який технологічний процес має бути наступним?

A Виготовлення розбірної моделі
B Виготовлення пластикового ковпачка
C Нанесення на ковпачок основного шару фарфорової маси
D Нанесення дентинної та емалевої маси та обпік
E Виймання пластикової фольги із коронки. Нанесення барвників, глазурування

90. Студентка 17 років скаржиться на зміну в кольорі центрального різця на верхній щелепі справа. Зуб був депульпований і запломбований 1,5 місяця тому, але змінився в кольорі. Об-но: 21 запломбований, сірого кольору, стійкий, перкусія безболісна. Прикус ортогнатичний. Яка конструкція протеза найбільш доречна в даному випадку?

A Вкладка
B Пластмасова коронка
C Комбінована коронка
D Металокерамічна коронка
E Металева коронка

91. Юнак 17 років звернувся зі скаргами на косметичний дефект у зв'язку з відламом $^1/_3$ коронкової частини центрального різця на верхній щелепі зліва. Відлам стався 3 дні тому. Лікар-стоматолог запломбував зуб і рекомендував покриття його штучною коронкою. Яку найбільш раціональну штучну коронку необхідно виготовити у даному випадку?

A Металокерамічну
B Пластмасову
C Комбіновану

D Напівкоронку
E Металеву

92. Пацієнту 35 років проводять препарування 12, 11, 21, 22 під постійні пластмасові коронки. На якому рівні по відношенню до краю ясен необхідно розташувати уступ?

A Вище краю ясен на 1 мм
B Вище краю ясен на 1,5 мм
C На рівні краю ясен
D Нижче краю ясен на 0,5 мм
E Нижче краю ясен на 1 мм

93. Пацієнтці 19 років виготовляється пластмасова коронка на 22 зуб. Отримані робочий та допоміжний відбитки. Який технологічний процес має бути наступним?

A Відливання гіпсової моделі
B Моделювання коронки із воску
C Гіпсовка моделі в кювету
D Заміна воску на пластмасу
E Обробка, полірування коронки

94. Пацієнтці 22 років планується виготовлення пластмасової коронки на 24 зуб. На яку товщину необхідно зішліфувати жувальну поверхню даного зуба?

A 3,0-3,5 мм
B 0,25-0,3 мм
C 0,5-1,0 мм
D 2,5-3,0 мм
E 1,5-1,8 мм

95. Пацієнт 56 років звернувся з приводу протезування зубів. Об-но: на жувальній поверхні 17 зуба цементна пломба. Планується покриття його повною металевою штампованою коронкою. На яку товщину необхідно зішліфувати жувальну поверхню даного зуба?

A 0,31-0,4 мм
B 0,27-0,3 мм
C 0,41-0,44 мм
D 0,42-0,47 мм
E 0,48-0,5 мм

96. Пацієнтка 38 років скаржиться на біль у ділянці 16 зуба, який з'явився через 3 дні після покриття його штучною коронкою. Об-но: 16 зуб покритий повною металевою штампованою коронкою. Ясна в ділянці зуба гіперемовані, набряклі. Край коронки занурений під ясенний край більш як на 0,5 мм. Що зумовило дане ускладнення?

A Надмірне занурення краю коронки під ясенний край
B Щільне охоплювання коронкою шийки зуба
C Наявність міжзубних контактів
D Контакт коронки із зубами-антагоністами
E Вживання твердої їжі

97. Стоматолог-ортопед планує виготовити металокерамічну коронку на 23 зуб, усунувши аномалію його розташування у зубній дузі литою куксовою штифтовою вкладкою. На яку максимальну величину (у градусах) допускають відхилення куксової частини по відношенню до осі зуба?

A 15^o
B 10^o
C $6\text{-}8^o$
D 4^o
E $20\text{-}25^o$

98. Пацієнтка 32 років скаржиться на кровоточивість ясен під час вживання їжі і чищення зубів. Із анамнезу з'ясовано, що пацієнтці 2 тижні тому виготовлена металева штампована коронка. Об-но: на 27 металева штампована коронка, що заходить під ясенний край на 1,0-1,5 мм, при доторкуванні кровоточить. Перкусія слабо болісна. Яка тактика лікаря у даному випадку?

A Розкрити коронку через жувальну поверхню
B Провести полоскання Ротоканом
C Зняти коронку і виготовити нову
D Дати можливість Пацієнтці звикнути до коронки
E Зняти коронку і провести лікування маргінального пародонта

99. Пацієнт 25 років звернувся зі скаргами на косметичний дефект верхньої щелепи у фронтальному відділі зліва. Об-но: 23 депульпований, пломба відновлює вестибулярно-апроксимальну поверхню коронки на $^1/_3$, щільно прилягає до стінок порожнини, стійка, не відповідає кольору зуба, зуб змінений в кольорі, перкусія безболісна. Яка оптимальна конструкція показана пацієнту?

A Напівкоронка
B Пластмасова коронка
C Металева штампована коронка
D Металокерамічна коронка
E Вкладка

100. Пацієнту 35 років у клініці ортопедичної стоматології виготовлено металокерамічну коронку на 21 зуб. Який мінімальний гарантійний термін, згідно з чинним законодавством, надається на виготовлену металокерамічну коронку?

A 24 місяці
B 12 місяців
C 36 місяців
D 6 місяців
E 3 місяці

101. Пацієнтка 35 років скаржиться на біль у пришийковій ділянці 22, 21, 11 та 12 зубів, що покриті комбінованими штампованими коронками, що виготовлені 2 дні тому. Об-но: гіперемія ясенного краю в ділянці 22, 21, 11,12 зубів. Яка найбільш імовірна причина скарг?

A Коронка травмує слизову оболонку

B Акриловий стоматит
C Гальваноз
D Порушення режиму полімеризації
E Клиноподібні дефекти

102. Пацієнт 37 років звернувся з метою протезування 24, 25 зубів металокерамічними коронками. Зуби вітальні. Прикус ортогнатичний. Які зони найбільш небезпечні під час препарування цих зубів під суцільнолиті коронки?

A Оральна і піднебінна поверхні на рівні шийки
B Вестибулярні скати горбків, екватор зуба
C Оральний схил щічного горбика поблизу фісури зуба, апроксимальні стінки на рівні шийки
D Верхівки горбків
E На оральній та вестибулярній поверхнях на рівні екватора

103. Пацієнтка 18 років звернулась зі скаргами на неестетичний вигляд передніх зубів верхньої щелепи. Об-но: 12, 22 зуби мають шилоподібну форму. Глибоке різцеве перекриття. Які коронки більш показані для усунення даної аномалії?

A Композитні
B Штамповані
C Пластмасові
D Металокерамічні
E Порцелянові

104. Жінка 27 років, педагог, скаржиться на косметичний дефект у зв'язку зі зміною кольору зуба у фронтальній ділянці верхньої щелепи. Із анамнезу: травма 1,5 року тому. Об-но: 11 змінений у кольорі, стійкий, перкусія безболісна. Глибоке різцеве перекриття. Коронкова частина 11 частково відновлена пломбувальним матеріалом. Яку коронку, враховуючи професію хворої, необхідно виготовити?

A Металокерамічну
B Фарфорову безфольговим методом
C Пластмасову
D Фотополімерну
E Комбіновану за методикою Куриленка

105. Пацієнт Н., 47 років скаржиться на зміну кольору 11 та 21 зубів. Об-но: 11, 21 зуби сіро-рожевого кольору, канали запломбовано до верхівок. Вирішено виготовити металокерамічні коронки на 11 та 21 зуби. Під яким оптимальним кутом потрібно проводити препарування апроксимальних поверхонь опорних зубів?

A 0^o
B 5^o
C 10^o
D 15^o
E 20^o

106. Під час препарування 37 зуба під штучну штамповану коронку стоматолог-ортопед сепараційним диском пошкодив слизову оболонку щоки зліва, після чого виникла сильна кровотеча. Які заходи треба провести для запобігання даному ускладненню?

A Використання безпрепарувального методу виготовлення коронки
B Застосування роторозширювача
C Препарування під центральною анестезією
D Видалення зуба
E Психологічна підготовка хворого, відведення щоки стоматологічним дзеркалом

12.7.Штифтові зуби і куксово-кореневі вкладки

107. Жінка 43 років звернулась з приводу протезування дефекту коронки зуба. Об-но: 25 зруйнований на рівні ясен. На рентгенограмі: кореневий канал запломбований до верхівки. Перкусія безболісна. Яка конструкція протеза показана пацієнтці?

A Штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян
B Штифтовий зуб за Ахмедовим
C Напівкоронка
D Екваторна коронка
E Вкладка

108. Пацієнт 29 років скаржиться на відлам коронки 26 зуба. Об-но: індекс руйнування зуба (ІРОПЗ) становить 0,9, тканини кореня тверді, за даними рентгенографії канал запломбовано до верхівки, хронічних запальних процесів періодонта не виявлено. Яка із перелічених конструкцій доцільніша для протезування 26 зуба?

A Штифтовий зуб з кільцем
B Штифтова куксова вкладка і коронка
C Штифтовий зуб з вкладкою
D Штифтовий зуб із захисною пластинкою
E Спрощений штифтовий зуб

109. Пацієнт 28 років скаржиться на незручність при вживанні їжі. В анамнезі 24 зуб зруйнований внаслідок ускладнень карієсу. Об-но: ІРОПЗ - 0,9, стінки кукси щільні, перкусія безболісна. На рентгенограмі: кореневі канали запломбовані до верхівок, корінь рівний, змін у періапікальних тканинах немає. Яку ортопедичну конструкцію ви обирете?

A Вкладку
B Штучну коронку
C Штифтову
D Напівкоронку
E Вінір

110. Пацієнтці 24 років для відновлення коронки центрального різця верхньої щелепи виготовляється штифтовий зуб за Річмондом. Виготовлений ковпачок. Який етап протезування має бути наступним?

A Припасування ковпачка на куксі зуба та штифта в кореневому каналі

B Спаювання штифта з ковпачком
C Припасування ковпачка із штифтом до кореня зуба
D Виготовлення комбінованої коронки
E Фіксація зуба цементом

111. Жінка 28 років скаржиться на косметичний дефект у передній ділянці верхньої щелепи. Об-но: коронка 13 зуба зруйнована майже до ясенного краю, стінки кукси достатньої товщини. Кукса незначно змінена в кольорі, перкусія безболісна. На рентгенограмі: кореневий канал прямий, широкий, запломбований до верхівки. Яка конструкція протеза найбільш доречна в даному випадку?

A Мікропротез
B Пластмасова коронка
C Металокерамічна коронка
D Вкладка
E Штифтовий зуб

112. При об'єктивному обстеженні хворого визначається дефект твердих тканин 24 зуба. ІРОПЗ - 0,8. Дефект частково відновлений пломбою, яка не відповідає вимогам. Зуб має рожеве забарвлення. На рентгенограмі: патологічних змін не виявлено. Яка конструкція показана в даному випадку?

A Напівкоронка
B Штучна коронка
C Вкладка
D Штифтова конструкція
E Екваторна коронка

113. Пацієнт звернувся за допомогою до лікаря ортопеда. Об-но: коронка 25 зуба зруйнована на $^{2}/_{3}$, медіальна і щічна стінки виступають на 2 мм над рівнем ясенного краю. На рентгенограмі: канал запломбований до верхівки. Виберіть оптимальну конструкцію протеза.

A Напівкоронка
B Вкладка
C Куксова коронка
D Екваторна коронка
E Повна коронка

114. Пацієнт 32 років звернувся зі скаргами на дефект коронки зуба, естетичний недолік. Об-но: 21 зуб має каріозний дефект коронкової частини з руйнуванням частини вестибулярної та оральної поверхонь. Зондування порожнини болюче. Зуб стійкий. Яка найбільш оптимальна конструкція протеза доцільна після ендодонтичного лікування зуба?

A Штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян
B Куксово-коренева вкладка із наступною відновною коронкою
C Штифтовий зуб за Логаном
D Коронка за Ахмедовим
E Штифтовий зуб за Річмондом

115. Пацієнт 50 років звернувся з приводу протезування. Об-но: коронка 25 зуба зруйнована на $^{2}/_{3}$, медіальна і щічна стінки виступають на 3 мм над

рівнем ясен. На рентгенограмі канал запломбований до верхівки. Виберіть оптимальну конструкцію протеза.

A Штифтовий зуб
B Напівкоронка
C Вкладка
D Екваторна коронка
E Повна коронка

116. Пацієнт 45 років звернувся з приводу протезування зубів. Об-но: коронка 26 зуба частково зруйнована. ІРОПЗ - 0,9. Який із зазначених зубних протезів доцільно застосувати?

A Штифтова конструкція
B Пластмасова коронка
C Металопластмасова коронка
D Металокерамічна коронка
E Штампована коронка

12.8.Часткова відсутність зубів

117. Пацієнтка 28 років скаржиться на утруднення при відкушуванні їжі, порушення мовлення та зміни рис обличчя внаслідок відсутності 11, 21, 22, 23. З боку ротової порожнини відзначається деформація зубної дуги внаслідок зміщення 31, 41, 42 вище оклюзійної площини з одночасним розростанням альвеолярного відростка. Згідно з якою класифікацією можливо визначити діагноз?

A За Бушаном
B За Пономарьовою
C За Шредером
D За Оксманом
E За Катцем

118. Пацієнтка 50 років звернулась з метою протезування. Об-но: відсутні 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27 зуби. Стан опорних зубів задовільний. Який тип кріплення забезпечує найкращі умови для стабілізації знімного протеза?

A Площинний
B Сагітальний
C Трансверзальний
D Лінійний
E Точковий

119. Пацієнт 40 років скаржиться на часткову відсутність зубів, погане пережовування їжі. Об-но: відсутні 48, 47, 46, 45, 44 зуби, 17, 16 та 15 зуби зміщені разом із альвеолярним відростком до альвеолярного відростка нижньої щелепи. Які причини виникнення феномену Попова-Годона?

A Травма
B Рахіт
C Втрата зубів-антагоністів
D Ротове дихання
E Каріозна хвороба

120. Пацієнтка 38 років скаржиться на біль попереду проекції зовнішнього слухового проходу, клацання при відкриванні рота, «закладання» у вухах. Об-но: обличчя симетричне, відкривання рота за рівною траєкторією. Дефект зубного ряду I клас за Кеннеді, відсутні 18, 17, 16, 26, 27, 28. Яке з анатомічних утворень сприймає найбільше навантаження?

A Дно суглобової ямки скроневої кістки
B Суглобова головка
C Дистальний скат медіального суглобового горбика
D Суглобовий диск (меніск)
E Капсула суглоба

121. Жінка 48 років звернулась з приводу протезування зубів. Об-но: зубна формула

- 14 13 12 11 21 22 23 24 -
47 - 44 43 42 41 31 32 33 34 - 37. Зуби, що залишилися інтактні, стійкі. Слизова оболонка без видимих патологічних змін. Висота прикусу фіксована. Встановлюється діагноз основного захворювання. Які класи дефектів зубних рядів за класифікацією Кеннеді у даної хворої?

A Верхня щелепа - перший, нижня - третій
B Верхня щелепа - перший, нижня - другий
C Верхня щелепа - перший, нижня - четвертий
D Верхня щелепа - другий, нижня - третій
E Верхня щелепа - третій, нижня - четвертий

12.9. Мостоподібні протези

122. Пацієнт 28 років має включений дефект зубного ряду нижньої щелепи, 35 зуб відсутній, 36, 34 - інтактні, стійкі, відносно паралельні, зі збереженою анатомічною формою. Яку ортопедичну конструкцію доцільніше використати у даному випадку?

A Незнімний мостоподібний протез
B Адгезивний мостоподібний протез
C Бюгельний протез
D Частковий знімний протез
E Імедіат-протез

123. На етапі перевірки металокерамічного протеза з опорою на 13, 21, 23 відламалося керамічне облицювання на коронці 21 зуба. Об-но: поверхня металу сірого кольору, зворотна поверхня відламаного керамічного облицювання темно-зелена. Каркас був відлитий з металу Veron. Яка причина відлому?

A Неправильне загіпсовування моделей в оклюдатор
B Моделювання каркаса з тонкими стінками
C Відсутність необхідної якості оксидної плівки
D Відливка каркаса з безоксидного металу
E Утворення оксидної плівки на поверхні каркаса

124. В клініку ортопедичної стоматології звернувся пацієнт зі скаргами на багаторазове розцементування металокерамічного мостоподібного протеза

з опорою на 23, 25, 26 зуби. Опорні зуби депульповані та оброблені за формою відтятого конуса зі значною конвергенцією стінок та з круговими уступами в ділянці шийок. Жувальна поверхня опорних зубів має вигляд рівної площини. Мостоподібний протез був зацементований фосфатним цементом. Назвіть причину розцементування протеза.

A Використання для опори 23 зуба
B Використання фосфатного цементу
C Наявність кругових уступів
D Неправильне препарування зубів, використання фосфатного цементу
E Наявність прямого прикусу

125. Пацієнтка 45 років скаржиться на прикушування слизової оболонки щоки в ділянці бічних зубів, біль та запалення, які пов'язує з протезуванням мостоподібним протезом. Об-но: на верхній та на нижній щелепах мостоподібні протези з опорою на 23, 26 та 34, 37. Щічні горбки цих протезів змикаються встик з антагоністами. Між ними нещільний контакт. Слизова оболонка щоки гіперемована, набрякла. По лінії змикання зубів - виразка. Яким чином можна запобігти такому ускладненню?

A Виготовити адгезивний мостоподібний протез
B Виготовити часткові знімні протези
C Виготовити мостоподібний протез комбінований
D Виготовити суцільнолитий мостоподібний протез
E При моделюванні верхні зуби повинні перекривати нижні

126. У пацієнта 45 років односторонній дистально необмежений дефект зубного ряду нижньої щелепи, що закінчується 33 зубом. Яку конструкцію можна запропонувати, якщо від знімного протеза пацієнт категорично відмовляється?

A Суцільнолитий мостоподібний протез з опорою на 33 зуб і імплантати
B Штамповано-паяний консольний мостоподібний протез з опорою на 32,33 зуби
C Суцільнолитий консольний мостоподібний протез з опорою на 32,33 зуби
D Адгезивний мостоподібний протез
E Мостоподібний протез з телескопічною фіксацією на 32, 33 зуби

127. Пацієнт 26 років скаржиться на відсутність 41, 42, і 31 зубів та рухомість 32 зуба, що виникла після спортивної травми 10 днів тому. На рентгенограмі: в ділянці зубів, що залишились, резорбція альвеолярного відростка в межах $^1/_3$ висоти міжзубних перетинок, коронки зубів цілі, кореневі канали зубів, що обмежують дефект, запломбовані до верхівок. Яка конструкція в даному випадку є найбільш раціональною?

A Штамповано-паяний мостоподібний протез
B Суцільнолитий мостоподібний протез із облицюванням
C Частковий знімний пластинчастий протез
D Бюгельний протез

E Адгезивний мостоподібний протез

128. Пацієнт 30 років, приватний підприємець, звернувся з метою протезування. Раніше ортопедичне лікування не проводилося. Об-но: зубний ряд верхньої щелепи безперервний. На нижній щелепі дефект зубного ряду II класу за Кеннеді з вкороченням зубної дуги справа до 44, решта зубів інтактні. Прикус ортогнатичний. Яка конструкція протеза найбільш раціональна в даному випадку?

A Бюгельний протез з телескопічною фіксацією
B Бюгельний протез з кламерною фіксацією
C Мостоподібний протез на імплантатах
D Малий сідлоподібний протез з опорно-утримуючим кламером
E Консольний незнімний протез

129. Пацієнт 29 років потребує заміщення дефектів зубного ряду верхньої щелепи, яке може бути здійснене шляхом виготовлення мостоподібних протезів з естетичним облицюванням. Пацієнт страждає на непереносимість сплавів неблагородних металів. Яка незнімна ортопедична конструкція є найкращим вибором для даного пацієнта?

A Мостоподібний протез з пластмаси гарячої полімеризації
B Металокерамічний мостоподібний протез на каркасі з КХС
C Металокерамічний мостоподібний протез на каркасі з благородних металів
D Металополімерний мостоподібний протез
E Паяний мостоподібний протез, виготовлений методом штампування

130. Пацієнт 25 років звернувся до клініки з метою протезування. При огляді виявили дефект зубного ряду у фронтальному відділі (відсутній 21 зуб). Коронки зубів, що обмежують дефект, інтактні, мають добре виражений екватор і клінічно високу коронкову частину. Прикус ортогнатичний. Які ортопедичні конструкції лікар може запропонувати даному пацієнту, враховуючи небажання пацієнта препарувати зуби і наявність алергії на всі анестетики.

A Провести імплантацію
B Знімний протез з денто-альвеолярними кламерами
C Знімний протез з утримуючими кламерами
D Знімний бюгельний протез
E Виготовити адгезивний мостоподібний протез

131. Пацієнт 40 років звернувся з приводу протезування зубів. Об-но: відсутні 35, 36, 45, 46 зуби. Глибоке різцеве перекриття. Планується заміщення дефектів зубного ряду нижньої щелепи штамповано-паяними мостоподібними протезами. Яку особливість повинні мати дані протези?

A Жувальна поверхня коронок лита
B Краї коронок охоплюють шийки зубів
C Краї коронок не заходять під ясна
D Проміжна частина звужена
E Проміжна частина сідлоподібної форми

132. Чоловік 42 років звернувся в ортопедичне відділення з метою протезування. Зуби на нижній щелепі зліва втратив 6 років тому, раніше не протезувався. Об-но: 35, 36 відсутні. 34, 37 інтактні, стійкі, перкусія безболісна. 37 значно нахилений у бік дефекту. Альвеолярний відросток у ділянці відсутніх зубів атрофований. Яка конструкція протеза показана у даному випадку?

A Суцільнолитий мостоподібний протез
B Паяний мостоподібний протез
C Мостоподібний протез за методикою Шура
D Мостоподібний протез за методикою Кулаженко
E Мостоподібний протез за методикою Лигуна

133. Пацієнт 47 років скаржиться на часткову відсутність зубів на верхній щелепі. З анамнезу з'ясовано, що зуби втрачені внаслідок травми 3 місяці тому. Прикус ортогнатичний, 11, 12 відсутні, 13, 21, 22 інтактні, нерухомі. Яку конструкцію протеза краще запропонувати пацієнту, враховуючи те, що він працює артистом?

A Порцелянові коронки, фіксовані на імплантатах
B Металокерамічний мостоподібний протез
C Частковий знімний протез на верхню щелепу
D Бюгельний протез з фіксацією на атачментах
E Пластмасовий мостоподібний протез

134. Пацієнт 20 років скаржиться на відсутність зуба на верхній щелепі справа, естетичний дефект. Об-но: відсутність 12, сусідні зуби інтактні, стійкі, з добре вираженою анатомічною формою, високою коронковою частиною. Прикус прямий. Під час опитування з'ясовано, що у хворого вроджена вада серця. Якій конструкції протеза потрібно надати перевагу в даному випадку?

A Металопластмасовий мостоподібний протез
B Пластмасовий мостоподібний протез
C Металокерамічній мостоподібний протез з опорою на 14, 13
D Адгезивний мостоподібний протез
E Штамповано-паяний мостоподібний протез

135. Пацієнтка 30 років скаржиться на відсутність зубів на нижній щелепі. Об-но: дефект зубного ряду нижньої щелепи обмежений 34 та 37 зубами, 37 зуб має рухомість II ступеня. Яке протипоказання до застосування незнімного мостоподібного протеза в даному випадку?

A Вік хворої
B Величина дефекту зубного ряду
C Топографія дефекту зубного ряду
D Локалізація дефекту зубного ряду
E Рухомість 37

136. Пацієнтка 51 року, зуби нерухомі. Об-но: маргінальний пародонт в ділянці 14-11, 21-23 зубів має ознаки запалення, патологічні кишені завглибшки 4-5 мм. Обрана для протезування суцільнолита металопластмасова конструкція. Які особливості відношення краю конструкції до маргінального пародонта в даному випадку?

A Конструкцію виконати без облицювання, без циркулярного уступу
B Формування циркулярного уступу на рівні ясен
C Формування циркулярного уступу підясенно
D Конструкцію виконати, як поодинокі коронки
E Циркулярна гірлянда біля шийок всіх опорних зубів

137. У клініку ортопедичної стоматології звернулась пацієнтка зі скаргами на гострий біль у 26 зубі, який посилюється увечері та вночі. Об-но: консольний металокерамічний мостоподібний протез із опорою на 26 зуб та консоллю 25 зуба. Зуб живий, препарування здійснювалось під провідниковою анестезією. Протез виготовлений із дотриманням усіх вимог. Які помилки лікаря могли призвести до такого ускладнення?

A Безперервне препарування зуба без охолодження, відсутність провізорних коронок
B Обробка зуба у вигляді зрізаного конуса
C Формування кругового уступу в ділянці шийки зуба
D Відсутність медіальної опори у мостоподібному протезі
E Цементування мостоподібного протеза на фосфат-цементі

138. Пацієнт 38 років звернувся зі скаргами на неприємний запах із рота, біль у бічній ділянці нижньої щелепи зліва. Об-но: на нижній щелепі є паяний мостоподібний протез з опорою на 35, 37 зуби. Тіло мостоподібного протеза щільно контактує зі слизовою оболонкою. Слизова оболонка в цій ділянці гіперемована, набрякла. Яка причина травми?

A Неправильне співвідношення проміжної частини до альвеолярного відростка
B Промивна форма мостоподібного протеза
C Довгий край коронки
D Короткий край коронки
E Відсутність екватора

139. Пацієнтка 24 років скаржиться на відсутність 15 зуба, естетичний дефект. Об-но: 14, 16 зуби стійкі, інтактні, клінічні коронки високі, з добре вираженими екваторами, з нормальним ортогнатичним перекриттям, на рентгенограмі патологічні зміни в періапікальних тканинах відсутні. Яку конструкцію зубного протеза, на ваш погляд, потрібно запропонувати пацієнтці?

A Адгезивний мостоподібний протез
B Металокерамічний мостоподібний протез
C Металопластмасовий мостоподібний протез
D Пластмасовий мостоподібний протез
E Консольний протез

140. Пацієнт Н. скаржиться на біль у яснах на верхній щелепі зліва, кровотечу при чищенні зубів та вживанні твердої їжі. Об-но: на верхній щелепі металевий штамповано-паяний мостоподібний протез з опорою на 14,
16. Край коронки заходить під ясенний край на 0,3 мм. Проміжна частина щільно прилягає до ясен. Слизова оболонка гіперемована, набрякла, ясенні сосочки згладжені, при доторкуванні стоматологічним інструментом спостерігається кровотеча. Яка тактика лікаря?

A Направити до стоматолога-терапевта
B Зняти мостоподібний протез
C Провести рентгенологічну діагностику
D Направити на клінічний аналіз крові
E Виготовити металокерамічний мостоподібний протез

141. Пацієнт К., 25 р., звернувся до клініки з метою протезування. При огляді виявлено дефект зубного ряду у фронтальному відділі (відсутній 21 зуб). Коронки зубів, що обмежують дефект, інтактні, мають добре виражені екватори і клінічно високу коронкову частину. Прикус ортогнатичний. Які ортопедичні конструкції лікар може запропонувати даному пацієнту, враховуючи небажання пацієнта препарувати зуби і наявність алергії на всі анестетики.

A Знімний протез з денто-альвеолярними кламерами
B Адгезивний мостоподібний протез
C Знімний протез з утримуючими кламерами
D Знімний бюгельний протез
E Провести імплантацію

142. В клініку ортопедичної стоматології звернувся пацієнт 30 років з включеним дефектом нижнього зубного ряду. Після проведення обстеження патології з боку тканин пародонта не виявлено. Планується виготовлення мостоподібної конструкції. Яким повинно бути співвідношення суми коефіцієнтів жувальної ефективності опорних зубів до суми коефіцієнтів жувальної ефективності зубів, що відсутні?

A 1:1,5
B 1:1
C 1:0,8
D 1:2
E 1:2,5

143. Пацієнт 53 років скаржиться на відсутність 12, 11, 21 та 22 зубів. Після обстеження прийнято рішення виготовити металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 13 і 23 зуби. Під час препарування на опорних зубах створюються уступи. В яких межах може коливатись їх ширина?

A 2,0 - 2,5 мм
B 0,5 - 0,8 мм
C 1,5 - 2,0 мм
D 2,5 - 3,0 мм
E 0,1 - 0,2 мм

144. Пацієнт 29 років скаржиться на відсутність 11 зуба внаслідок травми. Об-но: 11 зуб відсутній, 12 та 21 зуби депульповані і реставровані фотополімерним композитом, прикус ортогнатичний, клінічні коронки зубів високі. Яка тактика лікаря?

A Виготовити консольний металокерамічний протез з опорою на 21 зуб
B Виготовити пластмасову зубо-ясенну шину
C Виготовити бюгельний протез
D Виготовити адгезивний мостоподібний протез з фіксацією на 12 та 21 зуби
E Виготовити шинуючий мостоподібний металокерамічний протез з фіксацією на 13, 12, 21, 22, 23 зуби

145. Пацієнту 45 років показано протезування мостоподібним протезом з опорою на імплантати. При підготовці до ортопедичного лікування було проведено вживлення двоетапних внутрішньокісткових гвинтових імплантатів у ділянці 34 і 36 зубів. Який період часу необхідний для інтеграції імплантатів у цього хворого?

A Десять місяців
B Два тижні
C Шість місяців
D Три місяці
E Один рік

146. Пацієнту 38 років виготовляється металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 34 та 36 зуби. На етапі глазурування металокерамічного протеза на жувальній поверхні в керамічній масі штучного 35 зуба утворилась значна газова раковина. Ваші подальші дії?

A Розкрити раковину і заповнити її пластмасою Сінма
B Виготовити заново литий каркас і нанести шари кераміки
C Розкрити раковину і заповнити дефект низькотемпературною керамікою
D Розкрити раковину і заповнити її фотокомпозитом
E Зішліфувати всі шари кераміки до металевого каркаса та нанести заново

147. Пацієнту 35 років виготовляється металокерамічний протез з опорою на 33, 34 та 37 зуби. Під час термічної обробки литого каркаса окисна плівка на жувальній поверхні 36 штучного зуба відрізняється за кольором і має вигляд жирової плями. Який технологічний процес необхідно провести?

A Прокип’ятити каркас у спирті
B Прокип’ятити каркас у дистильованій воді
C Продовжити цикл виготовлення металокерамічного протеза, не беручи до уваги ознаки окисної плівки
D Заново виготовити суцільнолитий каркас і виконати оксидування
E Розкрити внутрішню раковину, виконати механічну обробку та повторно оксидувати

148. Пацієнт 25 років скаржиться на косметичний дефект передніх зубів верхньої щелепи. Об-но: 12, 11, 21 мають дефекти пломб. При змиканні щелеп спостерігається глибоке різцеве перекриття. Які коронки показані даному пацієнтові?

A Металокерімічні
B Пластмасові
C Суцільнолиті
D Порцелянові
E Комбіновані

149. Пацієнт 38 років, викладач, скаржиться на утруднене пережовування їжі, косметичний дефект у зв'язку з відсутністю зубів на верхній щелепі справа. Об-но: 16, 15 відсутні, 14, 13 депульповані, змінені у кольорі, 17 - пломбований. Яка конструкція найбільш раціональна?

A Металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 17, 14, 13
B Штамповано-паяний комбінований мостоподібний протез з опорою на 17, 14
C Металопластмасовий мостоподібний протез з опорою на 17, 14
D Пластмасовий мостоподібний протез з опорою на 17, 14
E Суцільнолитий металевий мостоподібний протез з опорою на 17, 14

150. Пацієнту Л. проводиться протезування металопластмасовими мостоподібними протезами із опорою на 25 і 28. Який перший лабораторний етап виготовлення даної конструкції?

A Виготовлення розбірної моделі і моделювання каркаса мостоподібного протеза
B Нанесення бісеру
C Заміна воску на пластмасу
D Моделювання вестибулярної поверхні мостоподібного протеза
E Шліфування і полірування каркаса мостоподібного протеза

151. Пацієнтка К., скаржиться на відсутність 14 зуба. В анамнезі життя - місяць тому перенесла інфаркт міокарда. Вкажіть найбільш доцільну конструкцію в даному випадку.

A Імплантація
B Адгезивний мостоподібний протез
C Металокерамічний мостоподібний протез
D Іммедіат-протез
E Металопластмасовий мостоподібний протез

152. Пацієнт 45 років звернувся в клініку з метою протезування дефекту зубного ряду. Об-но: відсутній 12 зуб. Зуби 11, 13 - інтактні. Зі слів хворого, 2 місяці тому був госпіталізованний з діагнозом «Інфаркт міокарда». Який метод ортопедичного лікування потрібно вибрати?

A Одноетапна внутрішньокісткова імплантація із протезуванням
B Адгезивний мостоподібний протез
C Двохетапна внутрішньокісткова імплантація з протезуванням
D Підслизова імплантація з протезуванням

E Металокерамічний мостоподібний протез з опорою на 11, 13

12.10. Часткові знімні пластинкові протези

153. Під час перевірки конструкції часткових пластинкових протезів була виявлена наявність сагітальної щілини між передніми зубами. В артикуляторі передні зуби контактують нормально. Яка помилка була допущена?

A Зафіксована бічна оклюзія
B Зафіксована передня оклюзія
C Завищена висота прикусу
D Занижена висота прикусу
E Зафіксована задня оклюзія

154. Пацієнту 58 років виготовлено знімний частковий протез для верхньої щелепи. Під час оцінки якості його виготовлення виявлено мілкі булькові пори по всій товщі базису. Що спричинило утворення пор?

A Велика товщина пластмаси
B Використання пластмаси з минулим терміном придатності
C Швидке зростання температури під час полімеризації пластмаси
D Швидке охолодження кювети після полімеризації пластмаси
E Мала товщина пластмаси

155. Пацієнту 57 років виготовляється частковий знімний протез для нижньої щелепи з пластмасовим базисом. Якою повинна бути в середньому його товщина?

A 1,0 - 1,5 мм
B 0,5 - 1,0 мм
C 2,0 - 2,5 мм
D 1,5 - 3,0 мм
E 3,0 - 3,5 мм

156. Пацієнту 52 років планують заміщення дефекту зубного ряду верхньої щелепи з відсутністю 16, 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 25, 26 пластинковим протезом. Об-но: альвеолярний відросток у передньому відділі добре виражений, але виступає вестибулярно, у бічних відділах помірно атрофований. Слизова оболонка I класу за Суппле. Який вид постановки штучних зубів доцільно застосувати у даному випадку?

A Передні і бічні з приточуванням
B Бічні з приточуванням, передні на штучних яснах
C Передні «на дотику», бічні на штучних яснах
D Передні і бічні на штучних яснах
E По склу за методом М. Васильєва

157. У пацієнта 45 років двосторонній кінцевий дефект зубного ряду верхньої щелепи, обмежений іклами. Якою повинна бути задня межа базису пластинкового протеза, щоб забезпечити стабільність його функціонування?

A Перекривати лінію «А» на 0,5 см
B Не доходити до лінії «А» на 1 см
C Не перекривати верхньощелепні горби
D Близькою до максимальної, як при повному протезі

E Довільної конфігурації

158. Пацієнтка 65 років з'явилась через 2 дні після накладання часткового знімного протеза зі скаргами на наявність виразок слизової оболонки. Яка причина виникнення виразок біля краю базису часткового знімного пластинкового протеза?

A Надмірне вживання грубої їжі
B Погана фіксація пластинкового протеза
C Неправильне розташування кламерної системи
D Механічна травма, викликана подовженим краєм базису протеза
E Помилки в підборі форми і кольору штучних зубів

159. На другий день після фіксації часткових пластинкових протезів пацієнт скаржиться на печію в порожнині рота, неприємний присмак під час користування протезами. При огляді - слизова оболонка гіперемована, гіперсалівація. Перед виготовленням нових протезів користувався старими 5 років. Схожих скарг не було. Яка можлива причина цього явища?

A Порушення правил користування протезами
B Алергічна реакція на компоненти базисної пластмаси
C Порушення гігієни ротової порожнини
D Наявність залишкового мономеру в базисі протеза
E Погана якість базисної пластмаси

160. Пацієнту 59 років з двостороннім кінцевим дефектом зубного ряду верхньої щелепи виготовляється частковий знімний протез. Прикус ортогнатичний. На етапі перевірки воскової композиції протеза в ротовій порожнині зуби змикаються тільки в бічних ділянках. Між передніми зубами спостерігається горизонтальна щілина. Яка помилка була допущена?

A Зафіксована задня оклюзія
B Зафіксована бічна ліва оклюзія
C Зафіксована бічна права оклюзія
D Зафіксована центральна оклюзія
E Зафіксована передня оклюзія

161. У пацієнта 58 років унаслідок травми обличчя та опіку утворилося значне звуження ротового отвору. Пацієнту показане виготовлення часткового знімного протеза. Яку конструкцію протеза бажано використати у даному випадку?

A Звичайний частковий знімний пластинковий протез
B Бюгельний протез з фіксацією на кламерах
C Бюгельний протез з фіксацією на атачменах
D Шарнірний знімний протез
E Протез, що складається

162. Пацієнту 57 років виготовлений частковий знімний протез на верхню щелепу з утримуючими кламерами.

Зубна формула:

00 00 00 14 13 12 11 21 22 23 00 00 00 00
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37

Який вид стабілізації забезпечить даний протез?

A Площинний
B Сагітальний
C Діагональний
D Коловий
E Трансверзальний

163. Пацієнту 64 років виготовляються часткові протези для верхньої і нижньої щелеп. Об-но: зуби інтактні, стійкі, коронки високі. Ортогнатичне співвідношення щелеп. Проводиться вибір кламерів для фіксації протезів. Які кламери частіше застосовують в часткових пластинкових протезах?

A Утримуючі
B Опорні
C Опорно-утримуючі
D Ясенні
E Дентоальвеолярні

164. Пацієнту 65 років виготовляється частковий знімний протез для верхньої щелепи. Визначена центральна оклюзія. Який клінічний етап протезування має бути наступним?

A Зняття відбитків
B Корекція протеза
C Перевірка воскової композиції протеза
D Накладання протеза
E Виготовлення гіпсових моделей

165. Пацієнту 65 років виготовляється частковий знімний протез для нижньої щелепи. Проведена перевірка воскової композиції протеза. Який клінічний етап протезування має бути наступним?

A Накладання протеза
B Визначення центральної оклюзії
C Корекція протеза
D Зняття відбитків
E Виготовлення гіпсових моделей

166. Пацієнту 53 років у клініці ортопедичної стоматології виготовляється частковий знімний пластинковий протез на верхню щелепу. Об-но: зубна формула 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 27. Зуби стійкі, клінічні коронки високі, з добре вираженим екватором. На рентгенограмі періапікальні зміни в пародонті опорних зубів відсутні. Який вид кламерної фіксації є оптимальним для цього пацієнта?

A Сагітальний
B Площинний
C Діагональний
D Трансверзальний
E Точковий

167. Пацієнту 50 років після видалення 12, 11, 21, 22, 23 зубів буде накладений безпосередній протез. Який вид зубного протеза найбільш раціонально застосувати в даній ситуації?

A Адгезивний протез
B Бюгельний протез
C Мостоподібний незнімний протез
D Пластинковий протез
E Мостоподібний знімний протез

168. Пацієнту 58 років декілька днів тому накладено частковий знімний пластинковий протез. Скарги на різкий біль у ділянці перехідної складки. Біль посилюється при жувальних рухах. Об-но: в межах 17, 16, 25, 26, 27 зубів слизова оболонка перехідної складки гіперемована, болюча при дотику. Яка тактика лікаря?

A Провести пряме перебазування знімного протеза
B Провести корекцію краю базису знімного протеза в ділянці гіперемії
C Провести непряме перебазування знімного протеза
D Провести артикуляційну корекцію жувальної поверхні штучних зубів
E Виготовити новий частковий знімний пластинковий протез

169. Пацієнт 56 років скаржиться на часті поломки базису часткового знімного пластинкового протеза на верхній щелепі. Об-но: на верхній щелепі є тільки 23 зуб. Тріщини в базисі протеза виникають в ділянці 23 зуба. Що необхідно зробити для зміцнення базису протеза?

A Виготовити базис із пластмаси «Редонт»
B Виготовити базис із пластмаси «Етакрил-02»
C Виготовити базис із пластмаси «Фторакс»
D Виготовити базис із пластмаси «Протакрил-М»
E Виготовити новий протез з телескопічною фіксацією на 23

170. Пацієнт 48 років звернувся в клініку для протезування. Об-но: відсутні 18, 17, 16, 15, 26, 27, 28 зуби. Вирішено виготовити частковий пластинковий протез. Отримано відбитки. Яка тактика лікаря на наступному клінічному етапі?

A Фіксація центральної оклюзії за допомогою шаблонів з прикусними валиками
B Фіксація центральної оклюзії за допомогою гіпсоблоків
C Фіксація центральної оклюзії за допомогою дентаблоків
D Визначення міжальвеолярної висоти та фіксація центральної оклюзії
E Фіксація центральної оклюзії без шаблонів з прикусними валиками

171. Пацієнтка 50 років скаржиться на погіршення фіксації часткового знімного пластинкового протеза, яким користується 1 рік. Об-но: альвеолярний відросток у беззубих ділянках атрофований, але базис протеза відповідає протезному ложу, протез балансує. Яка ваша тактика в даному випадку?

A Зменшення базису протеза
B Перебазування протеза

C Виготовлення нового протеза
D Виготовлення протеза з еластичною підкладкою
E Активація утримуючих кламерів

172. Пацієнт 48 років 3 місяці користується частковими знімними протезами. На підставі скарг пацієнта, даних об'єктивного обстеження та додаткових методів обстеження встановлено діагноз - алергічний стоматит, спричинений барвниками акрилової пластмаси протеза. Яким чином усунути алергічну дію барвників?

A Виготовити протези з безколірної пластмаси
B Виготовити двошарові базиси
C Заформувати пластмасу методом литва
D Виготовити литі металеві базиси протезів
E Виготовити штамповані металеві базиси

173. Пацієнту 62 років виготовляють часткові знімні пластинкові протези. Об-но: відсутні премоляри і моляри на верхній і нижній щелепах. Діагноз: дефект зубних рядів верхньої і нижньої щелеп I класу за Кеннеді. Яка група дефектів зубних рядів при визначенні центральної оклюзії за Бетельманом у даного пацієнта?

A Перша
B Друга
C Третя
D Четверта
E П'ята

174. Пацієнтці 62 років виготовляють часткові знімні пластинкові протези. Об-но: відсутні тільки премоляри і моляри на верхній та нижній щелепах. Яким буде напрямок кламерної лінії в даному клінічному випадку?

A Діагональний
B Сагітальний
C Трансверзальний
D Точковий
E Площинний

175. Пацієнтці 57 років виготовляють часткові знімні пластинкові протези. Об-но: відсутні премоляри і моляри на верхній і нижній щелепах. На етапі перевірки конструкції протезів виявлено відсутність контакту між штучними зубами справа і зліва. Розігрітою восковою пластинкою перезафіксовано центральну оклюзію. Який наступний клінічний етап?

A Корекція протезів
B Накладання пластинкових протезів
C Визначення і фіксація центральної оклюзії
D Повторна перевірка конструкції протезів
E Зняття анатомічних відбитків

176. Пацієнт 53 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології зі скаргами на погану фіксацію часткового знімного пластинкового протеза. Протез був виготовлений 7 років тому. Порушена фіксація за останні півроку. Яка тактика лікаря?

A Використовувати адгезивні засоби для фіксації
B Провести перебазування
C Провести хірургічну корекцію протезного ложа
D Виготовити м'яку підкладку під протез
E Виготовити новий протез

177. Пацієнту 54 років показане виготовлення часткового пластинкового протеза на верхню щелепу. Об-но: дефект 1 класу за Кеннеді. Вкажіть проходження дистальної межі протеза.

A До горба верхньої щелепи
B Охоплювати верхньощелепні горби
C Охоплювати $^1/_3$ верхньощелепного горба
D Охоплювати $^2/_3$ верхньощелепного горба
E Охоплювати верхньощелепні горби, перекриваючи лінію «А»

178. Пацієнту 63 років показане виготовлення часткового пластинкового протеза на верхню щелепу. Як проходить його межа в ділянці наявних на щелепі фронтальних зубів?

A Перекриває всю висоту коронки
B Доходить до рівня шийок зубів
C Перекриває коронки на $^1/_3$ висоти
D Перекриває коронки на $^2/_3$ висоти
E Проходить нижче рівня шийок зубів

179. Пацієнту 53 років планують виготовити частковий знімний пластинковий протез на верхню щелепу при наявності 16, 15, 23, 24 та 27 зубів. Який вид кламерної фіксації найбільш доцільний у даному випадку?

A Лінійний трансверзальний
B Точковий
C Лінійний діагональний
D Площинний
E Лінійний сагітальний

180. Пацієнтка 47 років, вчителька, скаржиться на значний дискомфорт, підвищений блювотний рефлекс, значне порушення мовлення після протезування частковим знімним пластинковим протезом. Об-но: на верхній щелепі відсутні 13,12,11,21,22 зуби, зубні ряди звужені, макроглосія, слизова оболонка протезного ложа без патологічних змін, наявний пластинковий пластмасовий протез, який фіксується добре. Яка тактика лікаря?

A Рекомендувати консультацію у логопеда
B Вкоротити штучні зуби у протезі
C Вкоротити край протеза
D Провести перебазування протеза
E Виготовити новий знімний протез із металевим базисом

181. Пацієнт 58 років звернувся до клініки з метою протезування. Об-но: 33 і 43 зуби депульповані, мають I ступінь рухомості, решта зубів відсутні. Яку конструкцію протеза доцільно запропонувати пацієнту?

A Частковий знімний пластинковий протез з телескопічною фіксацією на 33, 43

B Повний знімний протез на нижню щелепу після видалення 33, 43
C Частковий знімний пластинковий протез з кламерною фіксацією на 33, 43
D Мостоподібний протез з опорами на 33, 43
E Штамповані коронки на 33, 43 для кламерної фіксації часткового знімного протеза

182. У пацієнта 48 років дефект зубного ряду верхньої щелепи I клас за Кеннеді. Наявні 13, 12, 11, 21, 22 зуби, альвеолярні відростки на верхній щелепі виражені помірно, піднебіння пласке. Анамнез обтяжений епілепсією. Яка з конструкцій зубних протезів показана даному пацієнту?

A Бюгельний протез з опорно-утримуючими кламерами Роуча
B Часткові знімні пластинкові протези з акриловим базисом
C Часткові знімні пластинкові протези з акриловим базисом і еластичною підкладкою
D Часткові знімні пластинкові протези з металевим базисом
E Бюгельний протез з опорно-утримуючими кламерами Аккера

183. Пацієнту 65 років виготовляють частковий знімний протез на нижню щелепу. Проведена перевірка воскової конструкції протеза. Який клінічний етап протезування наступний?

A Виготовлення гіпсових моделей
B Визначення центральної оклюзії
C Корекція протеза
D Зняття відбитків
E Корекція і накладання протеза

184. Пацієнт 53 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології зі скаргами на погану фіксацію часткового знімного протеза на нижній щелепі. Протез був виготовлений 5 років тому. Порушена фіксація за останні півроку. Яка тактика лікаря?

A Провести хірургічну корекцію протезного ложа
B Провести перебазування протеза
C Виготовити новий протез
D Виготовити м’яку підкладку під протез
E Активувати утримуючі кламери

185. Пацієнту 56 років виготовляється частковий знімний пластинковий протез. Об-но: у ротовій порожнині на верхній щелепі відсутні 17, 16,15, 14, 25, 26, 27, 28. На які зуби повинні опиратись плечі кламерів, щоб забезпечити трансверзальну кламерну лінію?

A 13 та 18 зуби
B 13 та 24 зуби
C 24 та 18 зуби
D 24 та 18 зуби
E 24, 13 та 18 зуби

186. Пацієнт 62 років скаржиться на хрускіт у скронево-нижньощелепних суглобах. Користується частковими знімними протезами близько 10 років. Об-но: нижня третина обличчя вкорочена. Зуби в протезах значно стерті. Яка найбільш ймовірна причина даного ускладнення?

A Зниження міжальвеолярної висоти
B Вік пацієнта
C Часткова відсутність зубів
D Постійне користування протезами
E Вживання твердої їжі

12.11. Бюгельні протези

187. Жінка 48 років скаржиться на відсутність 38, 37, 36, 45, 46, 47, 48 зубів. 35, 44 інтактні, стійкі, коронки анатомічної форми, досить високі. Яку ортопедичну конструкцію найдоцільніше запропонувати пацієнтці?

A Знімний пластинковий протез
B Бюгельний протез
C Мостоподібний протез
D Мікропротез
E Адгезивний мостоподібний протез

188. Пацієнт 45 років звернувся з метою протезування. Об-но: дефект зубного ряду I класу за Кеннеді, відсутні 38, 37, 36, 46, 47, 48. Висота прикусу фіксована. Коронки 35 та 45 низькі, з погано вираженою анатомічною формою, інтактні. Пацієнту виготовляється бюгельний протез. Яка система фіксації бюгельного протеза найбільш доречна в даному випадку?

A Кламер Роуча
B Атачмени
C Телескопічна
D Комбінований кламер Аккера-Роуча
E Безперервний кламер

189. Пацієнт скаржиться на біль на піднебінні при користуванні бюгельним протезом на верхній щелепі. При обстеженні виявлено, що дуга бюгельного протеза травмує піднебіння. Якою має бути відстань між дугою бюгельного протеза на верхній щелепі та піднебінням для запобігання ускладненням?

A 2,5 - 3 мм
B 0
C 2 - 2,5 мм
D 0,5 - 1 мм
E 3 - 3,5 мм

190. Пацієнтці 47 років планується виготовити суцільнолитий бюгельний протез для нижньої щелепи з комбінованими кламерами. Якою відбитковою масою краще отримати робочий відбиток?

A Ортокор
B Гіпс
C Дентафоль

D Дентол
E Стомальгін

191. Пацієнту 64 років виготовляється бюгельний протез на верхню щелепу при наявності дефекту зубного ряду II класу за Кеннеді. Після проведеної паралелометрії встановлені типи межових ліній на опорних зубах. На 24 зубі межова лінія - 1 типу. Який тип кламера із системи Нея показаний Пацієнту?

A V тип
B IV тип
C II тип
D III тип
E I тип

192. Пацієнтка 45 років звернулася з метою протезування. Об-но: дефект зубного ряду III класу I підкласу за Кеннеді, відсутні 46, 45, 44, 34, 35, 36. Висота прикусу фіксована. Коронки 47, 43, 33, 37 високі, з добре вираженою анатомічною формою, інтактні. Пацієнту виготовляється бюгельний протез. Яка система фіксації бюгельного протеза найбільш доречна в даному випадку?

A Безперервний кламер
B Атачмени
C Кламер Роуча
D Балкова система Румпеля
E Телескопічна система фіксації

193. Пацієнт 50 років скаржиться на відсутність 37, 36, 45, 46, 47 зубів. 35, 38, 44, 48 інтактні, стійкі, коронки анатомічної форми, досить високі, відносно паралельні між собою. Межова лінія має типовий напрямок проходження по 35, 44 опорних зубах. Який фіксуючий елемент необхідно використати в бюгельному протезі з опорою на 35, 44?

A Кламер Джексона
B Кламер Роуча
C Кламер Аккера
D Телескопічну фіксацію
E Вигнутий дротяний кламер

194. Пацієнтка 38 років. Об-но: відсутні 14, 15, 16, 17 та 24, 25, 26, 27 зуби. Запропоновано виготовити суцільнолитий дуговий протез. Коронки 18, 13, 23, 28 зубів низькі, екватори не виражені. Які фіксуючі елементи доцільно використати?

A Балкова система фіксації
B Телескопічні кріплення
C Опорно-утримуючі кламери
D Атачмени
E Утримуючі кламери

195. Пацієнт 48 років. Об-но: відсутні 14, 15, 16, 17 та 24, 25, 26, 27 зуби. Коронки 18, 13, 23, 28 зубів високі, екватори виражені. Яку конструкцію протеза функціонально найдоцільніше використати в даному випадку?

A Бюгельний протез
B Металокерамічний протез з опорою на 23, 28 та 13, 18 зуби
C Адгезивні мостоподібні протези
D Штамповано-паяні мостоподібні протези
E Частковий пластинковий протез

196. Пацієнт 58 років скаржиться на поломку кламерів, недостатню фіксацію бюгельного протеза на верхній щелепі. Об-но: неправильно підготовлені опорні зуби під оклюзійні накладки, на 14 та 26 зубах зламані вестибулярні плечі опорно-утримуючих кламерів. Яка тактика лікаря?

A Провести реставрацію самотверднучою пластмасою
B Провести реставрацію гнутими кламерами
C Переробити протез
D Усунути оклюзійні накладки
E Провести корекцію прикусу

197. Пацієнту 63 років планується виготовлення дугового протеза на верхню щелепу. Об-но: 18, 17, 16, 15, 25, 26, 27 відсутні, блювотний рефлекс не виражений, торус середньої величини. На якій відстані від сліпих піднебінних ямок необхідно розташувати дугу, щоб запобігти можливих незручностей користування протезом?

A 4 - 8 мм
B 10-12 мм
C 23 - 25 мм
D 2 - 3 мм
E 16 - 22 мм

198. Пацієнту 49 років виготовляють бюгельний протез на нижню щелепу. Об-но: зубна формула 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, інші зуби відсутні. Альвеолярний гребінь у беззубих ділянках різко атрофований. Як покращити стабілізацію протеза?

A Застосувати безперервний кламер
B Збільшити розміри сідел
C Зменшити розміри сідел
D Збільшити ширину дуги
E Зменшити ширину дуги

199. Після виготовлення бюгельного протеза на верхню щелепу оцінюється якість виготовленої конструкції. В межах яких значень повинна бути ширина дуги протеза?

A 5 - 8 мм
B 8 - 10 мм
C 3 - 5 мм
D немає значення
E 10 - 12 мм

200. Пацієнт 50 років скаржиться на відсутність 37, 36, 45, 56, 47 зубів. 35, 38, 44, 48 інтактні, стійкі, коронки анатомічної форми, досить високі, відносно паралельні між собою. Межова лінія має типовий напрямок

проходження по 35, 44 опорних зубах. Який фіксуючий елемент необхідно використати в бюгельному протезі з опорою на 35, 44 ?

A Гнутий дротяний кламер
B Кламер Роуча
C Кламер Джексона
D Кламер Аккера
E Телескопічну фіксацію

201. Пацієнту 39 років виготовляють бюгельний протез на нижню щелепу з фарфоровими зубами. Яким методом потрібно користуватись при заміні воску на пластмасу, щоб уникнути грату, що, в свою чергу, призведе до підвищення прикусу?

A Методом ливарного пресування
B Прямий метод компресійного пресування
C Зворотний метод компресійного пресування
D Комбінований метод компресійного пресування
E У воді під тиском

202. У пацієнта 45 років односторонній кінцевий дефект зубного ряду нижньої щелепи, що закінчується 45 зубом, планується замістити бюгельним протезом. Де необхідно розмістити оклюзійну накладку, щоб запобігти функціональному перевантаженню 45 зуба?

A У дистальній фіссурі 44 зуба
B У міжзубному проміжку між 44 та 45 зубами
C У медіальній фіссурі 44 зуба
D У дистальній фіссурі 45 зуба
E Немає значення

203. Пацієнтка 40 років потребує зубного протезування. Об-но: 18, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 28. Зубний ряд на нижній щелепі безперервний. Планується виготовити бюгельний протез. Коронки 18, 13 та 23, 28 зубів низькі з неправильним екватором. Яку конструкцію механічного фіксатора раціонально застосувати?

A Утримуючі кламери
B Опорно-утримуючі кламери
C Телескопічні кріплення
D Атачмени
E Балочні кріплення

204. Пацієнту 47 років виготовляють бюгельний протез на нижню щелепу. Об-но: зубна формула 48, 43, 42, 41, 31, 32, 33 зуби інтактні, коронки високі. На етапі перевірки каркаса протеза оцінюється товщина дуги. Який з перелічених показників найбільше відповідає вимогам?

A 1,0 - 1,4 мм
B 0,3 - 0,5 мм
C 0,6 - 0,9 мм
D 1,5 - 2,0 мм
E 2,1 - 2,4 мм

205. Пацієнт 48 років звернувся у клініку ортопедичної стоматології з метою протезування. Під час обстеження виявлено відсутність 48, 47, 46, 35, 36, 37, 38 зубів. 45 та 34 зуби мають низькі клінічні коронки з невираженим екватором. Планується виготовлення бюгельного протеза. Яка система фіксації найбільш доцільна?

A Дротяний одноплечий
B Двоплечий дротяний
C Дротяний петлеподібний
D П’ятого типу за системою Нея
E Телескопічна конструкція

206. Пацієнту 42 років виготовляють бюгельний протез на верхню щелепу. Об-но: зубна формула 18, 17, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24. 28 зуб нахилений у бік щоки. Який тип кламера системи фірми Нея треба використати на 28 зуб?

A Четвертий
B Другий
C П’ятий
D Третій
E Перший

207. Пацієнту 48 років виготовляють бюгельний протез на нижню щелепу з опорно-утримуючими кламерами. На якій частині поверхні опорного зуба потрібно розташувати жорстку частину плеча кламера першого типу фірми Нея?

A Вище межової лінії
B По анатомічному екватору зуба
C Під анатомічним екватором зуба
D По межовій лінії
E Нижче межової лінії

208. На клінічному етапі перевірки каркаса бюгельного протеза в ротовій порожнині виявлено нерівномірне відставання дуги протеза від слизової оболонки твердого піднебіння та альвеолярного відростка в межах 0,8 см до контакту. Яким чином можливо усунути даний недолік?

A Розігріти метал за допомогою бензинового пальника та вирівняти притисканням на моделі
B Вирівняти каркас за допомогою крампонних щипців
C Вирівняти каркас за допомогою молоточка і ковадла
D Виготовити новий каркас бюгельного протеза
E Вищевказаний недолік не потребує виправлення

209. Пацієнту 44 років у клініці ортопедичної стоматології виготовляють бюгельний протез на нижню щелепу. Виготовлення суцільнолитого каркаса планується на вогнетривкій моделі. З якого матеріалу, на вашу думку, потрібно виготовити модель?

A Силаур
B Силамін
C Супергіпс

D Мармуровий гіпс
E Маршаліт

210. Пацієнту 58 років виготовляють суцільнолитий дуговий протез. Одержано відбитки, зафіксовано центральне співвідношення щелеп, отримано гіпсові моделі. Який етап має бути наступним?

A Нанесення меж базису протеза
B Нанесення малюнка каркаса дугового протеза на робочу модель
C Моделювання каркаса дугового протеза із воску
D Дублювання робочої моделі
E Вивчення робочої моделі в паралелометрі

211. Пацієнту 49 років виготовлено бюгельний протез на нижню щелепу. Об-но: зубна формула 48, 43, 42, 41, 31, 32, 33, зуби інтактні, стійкі. Коронки високі. На клінічному етапі перевірки каркаса протеза оцінюється ширина дуги. Які з перелічених показників найбільш правильні?

A 4 - 5 мм
B 1 - 2 мм
C 0,5 - 1 мм
D 2 - 3 мм
E 7 - 8 мм

212. Пацієнту 46 років виготовлено бюгельний протез на нижню щелепу. Об-но: зубна формула 48, 43, 42, 41, 31, 32, 33, зуби інтактні, стійкі. Коронки високі. На клінічному етапі перевірки каркаса протеза оцінюється товщина дуги. Які з перелічених показників найбільш правильні?

A 1 - 2 мм
B 2 - 3 мм
C 0,5 - 1 мм
D 0,3 - 0,5 мм
E 7 - 8 мм

213. Пацієнту виготовляється бюгельний протез. При вивченні моделі щелепи в паралелометрі планується визначити глибину піднутрення опорних зубів. Який розмір вимірювальних стержнів необхідно застосувати з цією метою?

A 0,15, 0,40, 0,65
B 0,30, 0, 55, 0,80
C 0,25, 0,5, 0,75
D 0,20, 0,45, 0,70
E 0,35, 0,60, 0,85

214. Пацієнту 59 років виготовляють бюгельний протез на нижню щелепу. При дослідженні гіпсової моделі у паралелометрі використовують калібри. З якою метою?

A Для визначення загальної екваторної лінії
B Для визначення розміщення оклюзійної накладки
C Для визначення діаметра опорного зуба
D Для визначення місця розміщення кінців утримуючих плеч кламерів на опорних зубах

E Для визначення розміщення тіла опорно-утримуючого кламера

215. Пацієнт 50 років звернувся для протезування дефекту зубного ряду нижньої щелепи I класу за Кеннеді. Наявні 33, 32, 31, 41, 42, 43 зуби з високими клінічними коронками, інтактні, рухомість I-II ступенів, дно ротової порожнини достатньої глибини. Яка найбільш раціональна конструкція протеза?

A Знімна лита шина
B Частковий пластинковий протез
C Мостоподібний протез
D Частковий знімний протез зі штампованим базисом
E Бюгельний протез з багатоланковим литим кламером і кігтеподібними відростками

216. Пацієнт 45 років протягом 3 років успішно користувався бюгельним протезом на нижній щелепі з рейковим замковим кріпленням. З об'єктивних причин знімний протез втрачено. Незнімна металокерамічна конструкція та матрична частина замкового кріплення бюгельного протеза в доброму стані. Яка тактика лікаря?

A Зрізати матриці та виготовити бюгельний протез з опорно-утримуючими кламерами
B Зрізати матричну частину кріплення і виготовити частковий знімний протез з утримуючими кламерами
C Залишити все в такому стані, як є
D Виготовити бюгельний протез із замковим кріпленням існуючих матриць
E Зняти незнімну конструкцію з матрицею і виготовити все заново

12.12. Повні знімні протези

217. Пацієнту 75 років виготовляється повний знімний протез для нижньої щелепи. Об-но: альвеолярний відросток незначно атрофований. Припасування індивідуальної ложки проводиться за допомогою проб Гербста. При витягуванні губ уперед ложка скидається. В якій ділянці необхідно вкоротити край протеза?

A Від ікла до ікла з язикової сторони
B Від ікла до ікла з вестибулярної сторони
C Від місця позаду слизового горбика до щелепно-під'язикової лінії
D Уздовж щелепно-під'язикової лінії
E В ділянці премолярів з язикової сторони

218. Пацієнт 70 років звернувся зі скаргами на недостатню фіксацію повного знімного протеза на верхній щелепі. Об-но: край протеза в ділянці вуздечки верхньої щелепи вкорочений, замикаючий клапан порушений. Що необхідно зробити для покращення фіксації протеза?

A Переробка протеза
B Розширення країв базису протеза
C Корекція протеза
D Об'ємне моделювання базису протеза
E Подовження країв базису протеза

219. Пацієнт 68 років користується повним знімним протезом більше 7 років. Об-но: в ділянці альвеолярного відростка нижньої щелепи з язикового боку є виразка з набряклими і гіперплазованими краями й кровоточивим дном. Протезами не користується більше 2-х тижнів. Ваші дії в даній клінічній ситуації?

A Виготовити нові протези
B Продовжити терапевтичне лікування
C Провести артикуляційну корекцію протеза
D Направити пацієнта до онколога
E Провести корекцію протеза в ділянці виразки

220. В клініці ортопедичної стоматології пацієнту К., віком 56 років при виготовленні повного знімного пластинкового протеза на верхню щелепу провели визначення центрального співвідношення щелеп. Який наступний клінічний етап?

A Зняття функціонального відбитка з верхньої щелепи
B Накладання повного знімного пластинкового протеза
C Перевірка воскової композиції протеза
D Визначення і фіксація центральної оклюзії
E Отримання анатомічного відбитка

221. У чоловіка 70 років з повною втратою зубів на етапі перевірки правильності визначення центральної оклюзії було встановлено зниження висоти центральної оклюзії приблизно на 4 мм за рахунок нижнього шаблону. Яка тактика лікаря в даному випадку?

A Перевизначити центральну оклюзію за допомогою воскової пластинки, переставити зуби
B Зняти зуби з нижнього базису, перевизначити центральну оклюзію, переставити зуби
C Зняти зуби з верхнього базису, перевизначити центральну оклюзію, переставити зуби
D Зняти зуби з обох базисів, виготовити нові валики, перевизначити центральну оклюзію, переставити зуби
E Провести корекцію оклюзійних контактів на етапі накладання протеза

222. Пацієнтка 70 років скаржиться на відчуття печії під базисом повного знімного протеза, сухість, гіркий присмак. Протез виготовлено 3 тижні тому. Об-но: слизова альвеолярного відростка набрякла, розлита гіперемія відповідно до меж накладеного протеза. Язик гіперемований, сухий, розтрісканий. Який додатковий метод обстеження найбільш доцільний у цьому випадку?

A Загальний аналіз сечі
B Алергічні проби
C Загальний аналіз крові
D Біохімічний аналіз крові
E Обстеження слини

223. Пацієнтка 60 років скаржиться на болі в жувальних м'язах і скронево-нижньощелепному суглобі. Протези виготовлені 1 місяць тому. Обно: конфігурація обличчя порушена, нижня третина обличчя подовжена, губи змикаються з напруженням, дикція порушена. При усмішці оголюється базис повного знімного протеза. Які помилки допущені на етапах виготовлення повних знімних протезів?

A Занижена висота прикусу
B Визначена задня оклюзія
C Визначена передня оклюзія
D Завищена висота прикусу
E Неправильна постановка зубів на верхній щелепі

224. Пацієнтка Д., 68 років, з повною відсутністю зубів на нижній щелепі звернулася до клініки з метою протезування. При обстеженні протезного поля встановлено, що альвеолярний відросток на нижній щелепі значно атрофований та в бічних ділянках має гостру (ножеподібну) форму, покритий атрофованою слизовою оболонкою. Що необхідно враховувати лікарю при плануванні конструкції протеза?

A Виготовити повний знімний протез з двошаровим базисом
B Зняти компресійний відбиток
C Знизити висоту прикусу
D Виготовити протез нижньої щелепи більш важким
E Поставити штучні жувальні зуби з вираженими горбками

225. Пацієнтка А., 69 років, звернулася до клініки зі скаргою, що при користуванні недавно виготовленими повними знімними протезами виявляється стукіт зубів при розмові та утруднене ковтання. Яку помилку допустив лікар при виготовленні протеза?

A Не створено трьохпунктний контакт Бонвіля
B Неправильно визначено протетичну площину
C Занижено висоту прикусу
D Завищено висоту прикусу
E Неправильно оформлені краї функціонального відбитка

226. Пацієнт І., 76 років, скаржиться на те, що при розмові та широкому відкриванні рота повні знімні протези, виготовлені тиждень тому, погано фіксуються та зміщуються. На якому етапі виготовлення протезів було допущено лікарем помилку?

A При формуванні протетичної площини
B При знятті функціональних відбитків
C При визначенні центральної оклюзії
D При перевірці постановки зубів
E При зборі анамнезу

227. Під час перевірки конструкції повних знімних протезів виявлено, що у пацієнта надмірно виражені носо-губні складки, нижня щелепа незначно висунута вперед. Яка помилка була допущена лікарем на попередньому етапі?

A Неправильно побудована протетична площина

B Неправильно зафіксовано мезіодистальне положення нижньої щелепи
C Знижена міжальвеолярна висота центральної оклюзії на етапі фіксації
D Завищена міжальвеолярна висота під час фіксації центральної оклюзії
E Неправильно нанесені орієнтири на прикусні валики

228. Під час обстеження порожнини рота беззубого пацієнта виявлено «хитаючий гребінь» на верхній щелепі. Ступінь атрофії альвеолярного відростка за Шредером - друга. Слизова оболонка помірно рухома. Якому відбитку за ступенем компресії потрібно віддати перевагу?

A Компресійному
B Декомпресійному
C Диференційованому
D Комбінованому
E Навантажуючому

229. Пацієнту 80 років здійснюється припасування індивідуальної ложки на верхню щелепу. Об-но: альвеолярний відросток різко рівномірно атрофований, верхньощелепні горби не збереглися, торус слабо виражений. Щічно-альвеолярні складки та вуздечка верхньої губи прикріплюються майже на рівні верхівки альвеолярного відростка, піднебінний схил пологий. Що необхідно зробити з індивідуальною ложкою для створення міцного замикаючого клапана ?

A Подовжити межі по лінії «А»
B Подовжити зовнішні межі
C Подовжити межі у фронтальній ділянці
D Подовжити межі у ділянці верхньощелепних горбів
E Перекрити індивідуальною ложкою тяжі і вуздечку

230. Пацієнту 65 років виготовляється повний знімний протез для нижньої щелепи. Припасування індивідуальної ложки для отримання функціонального відбитка проводиться за допомогою проб Гербста. Під час ковтання слини ложка скидається. В якій ділянці необхідно вкоротити її край?

A Від ікла до ікла з вестибулярного боку
B Від ікла до ікла з язикового боку
C Уздовж щелепно-під’язикової лінії
D В ділянці премолярів з язикового боку
E Від місця позаду слизового горбика до щелепно-під’язикової лінії

231. Пацієнту 65 років виготовляються повні знімні протези. Визначене прогенічне співвідношення щелеп. Які особливості постановки зубів при прогенічному співвідношенні беззубих щелеп?

A Передні зуби ставлять у прямому змиканні
B Нижню зубну дугу скорочують на два премоляри
C Верхню зубну дугу скорочують на два премоляри
D Передні зуби ставлять у ортогнатичному змиканні

E Зуби фронтальної частини ставлять «на дотику»

232. Пацієнт 68 років звернувся зі скаргами на біль у ділянці піднебіння під час користування повним знімним протезом, який виготовлено три місяці тому, та його балансування під час прийому їжі. Об-но: різко виражені піднебінний торус, слизова оболонка в його ділянці гіперемована, набрякла. Яка найбільш імовірна причина даного ускладнення?

A Не проведена ізоляція торусу
B Попередній відбиток отриманий гіпсом
C Функціональний відбиток отриманий за допомогою жорсткої індивідуальної ложки
D Проведена анатомічна постановка зубів
E Базис протеза виготовлений з акрилової пластмаси

233. Чоловік 70 років з повною відсутністю зубів на верхній щелепі звернувся з метою протезування. Об-но: альвеолярний відросток верхньої щелепи надмірно розвинений у фронтальній ділянці, вестибулярний схил грушоподібної форми. Верхньощелепні горби добре збережені, торус не виражений. Щічно-альвеолярні складки та вуздечка верхньої губи прикріплюються високо. Яка конструкція протеза буде найбільш раціональна у даному випадку?

A Повний знімний пластинковий протез з двошаровим базисом
B Безпіднебінний повний знімний протез
C Повний знімний протез із постановкою зубів «на дотику»
D Повний знімний протез з денто-альвеолярними кламерами
E Повний знімний протез з вкороченим зубним рядом

234. Пацієнт С., 76 років, звернувся в клініку ортопедичної стоматології зі скаргами на погану фіксацію повного знімного протеза на нижній щелепі. При огляді альвеолярного відростка виявлена його атрофія. Яке анатомічне утворення на нижній щелепі можна використати для покращання фіксації цього протеза?

A Перехідну складку
B Ретроальвеолярний простір
C Щелепно-під'язиковий валик
D Внутрішню косу лінію
E Переддвер'я ротової порожнини

235. Чоловіку 66 років виготовляються повні знімні протези для верхньої й нижньої щелеп. Об-но: альвеолярні відростки щелеп незначно атрофовані, слизова оболонка помірно піддатлива. На етапі перевірки конструкції протезів у порожнині рота губи змикаються з напругою, висота нижньої третини обличчя при змиканні зубів і в спокої нижньої щелепи виявилась однаковою. На скільки необхідно зменшити оклюзійну висоту?

A 0,5 - 1,0 мм
B 1,0 - 1,5 мм
C 2,0 - 3,0 мм
D 1,5 - 2,0 мм
E 3,0 - 3,5 мм

236. У чоловіка 62 років з повною втратою зубів на етапі перевірки правильності визначення центральної оклюзії було встановлено зниження висоти центральної оклюзії приблизно на 3 - 4 мм. При огляді верхнього і нижнього воскових шаблонів зі штучними зубами прийшли до висновку, що знижена висота прикусу за рахунок нижнього шаблону. Які ознаки не відповідають заниженій висоті прикусу?

A При змиканні щелеп нижня третина обличчя вкорочується
B Різко поглиблюються носо-губні і підборідні складки
C З'являється надлишок тканин щік і губ
D Згладженість носо-губних і підборідних складок
E Збільшується амплітуда рухів нижньої щелепи під час розмови

237. Пацієнту 62 років виготовлені повні знімні протези, які добре фіксуються. Через день пацієнт звернувся зі скаргами, що не може звикнути до протезів, вони заважають йому при розмові. За який термін відбувається процес адаптації пацієнта до знімного протеза?

A Один місяць
B Один тиждень
C 10 днів
D 15-20 днів
E Один рік

238. Пацієнт 78 років з повною втратою зубів протезами користується протягом 19 років. Звернувся зі скаргами на погану фіксацію верхнього протеза. Об-но: нижня третина обличчя вкорочена, альвеолярні відростки на верхній та нижній щелепах різко атрофовані, піднебіння пласке. Слизова оболонка протезного ложа атрофована. В які терміни необхідно регулярно переробляти протези чи здійснювати їх реставрацію?

A Кожних 6 місяців
B Один раз в рік
C Через 7 років
D Кожних 3-4 роки
E Через 10-12 років

239. На етапі перевірки повних знімних протезів виявлено прогнатичне співвідношення зубних рядів, передні зуби не контактують. Назвіть причину, яка призвела до даної помилки?

A Зафіксована бічна оклюзія
B Фіксація передньої оклюзії
C Не визначена протетична площина гіпсових блоків
D Занижена міжальвеолярна висота
E Неправильне формування протетичної площини

240. Пацієнт К., 85 років, звернувся в клініку ортопедичної стоматології на етапі корекції повних знімних протезів зі скаргами на погану стійкість протезів при пережовуванні їжі. Яка причина скарг пацієнта?

A Неправильно визначена центральна оклюзія
B Неправильно визначені межі
C Недостатня адгезія і когезія протезів

D Неправильно встановлені штучні зуби
E Недостатня анатомічна ретенція протезів

241. У чоловіка 62 років з повною втратою зубів на етапі перевірки правильності визначення центральної оклюзії було встановлено зниження висоти центральної оклюзії приблизно на 3-4 мм. При огляді верхнього і нижнього воскових шаблонів зі штучними зубами прийшли до висновку, що знижена висота прикусу за рахунок нижнього шаблону. Як усунути допущену помилку у цьому випадку?

A Зафіксувати нову висоту і нейтральне положення нижньої щелепи
B Зняти зуби в бічних відділах з обох щелеп
C Перевизначити висоту центральної оклюзії
D Зняти зуби в бічному відділі з нижнього валика
E Зняти зуби в бічному відділі з верхнього валика

242. Жінка 62 років скаржиться на болісне пережовування їжі. В анамнезі: 2 тижні тому Пацієнтці виготовлені повні знімні протези на обидві щелепи. Об-но: після зняття протезів альвеолярний відросток нижньої щелепи гіперемований по всій верхівці. Протез верхньої щелепи хвору не турбує. Яка тактика лікаря в даному випадку?

A Провести перебазування базису нижнього протеза
B Провести корекцію меж нижнього протеза
C Вкоротити за допомогою фрези базис нижнього протеза в ретромолярному відділі
D Виготовити новий повний знімний протез на нижню щелепу
E Провести корекцію оклюзійних контактів за допомогою копіювального паперу і фрези

243. У жінки 60 років з повною відсутністю зубів на етапі перевірки конструкції протезів було виявлено: напружений вираз обличчя, носо-губні складки згладжені, губи змикаються з напругою, зуби верхньої щелепи виглядають з-під верхньої губи на 3-4 мм, щілина при розмові - 3-4 мм. Дана клінічна картина свідчить про завищення центральної оклюзії. Як виправити допущену помилку?

A Зняти зуби з нижнього зубного ряду, перевизначити центральну оклюзію, переставити зуби
B Зняти зуби з верхнього та нижнього зубних рядів, перевизначити центральну оклюзію, переставити зуби
C Провести всі виправлення на етапі здачі протезів
D Дати можливість Пацієнту звикнути до даної висоти
E Зняти зуби з верхнього зубного ряду, перевизначити центральну оклюзію, переставити зуби

244. Пацієнт О., 78 років, звернувся в ортопедичне відділення, скаржиться на погану фіксацію повних знімних протезів. Протези виготовлені 4 роки тому. Знімні протези задовільної якості, однак при об’єктивному огляді відзначається значна невідповідність між протезами і

тканинами протезного ложа. Що, на ваш погляд, є причиною балансування протезів?

A Невідповідність рельєфу базисів протезів і протезного ложа
B Недостатня адгезія та когезія протезів
C Неправильна постановка штучних зубів
D Недостатня функціональна присмоктуваність протезів
E Недостатня анатомічна ретенція протезів

245. Пацієнт Ф., 68 років, з повною втратою зубів на обох щелепах звернувся в ортопедичне відділення з метою протезування. Під час перевірки конструкцій протезів на восковому базисі виявили, що міжзубний контакт спостерігається тільки в бічних ділянках. У фронтальній ділянці - сагітальна щілина завширшки 1 см. Яка помилка, на ваш погляд, допущена під час попередніх клінічних етапів?

A Отримали неточні анатомічні відбитки
B Неправильно визначили міжальвеолярну висоту
C Визначили та зафіксували передню оклюзію
D Визначили та зафіксували бокову оклюзію
E Деформували восковий базис

246. Пацієнт Б., 69 р., скаржиться на повну втрату зубів. Після отримання функціонального відбитка лікар і зубний технік планують межі протеза на моделі. Де повинна проходити задня межа повного знімного пластинкового протеза?

A Закінчуватись на лінії «А»
B На 2,5 мм перекривати лінію «А»
C На 2-3 мм перекривати лінію «А»
D Не повинен перекривати лінію «А»
E На 1-2 мм перекривати лінію «А»

247. Пацієнт К., 69 років, звернувся зі скаргами на часті поломки базису повного знімного протеза верхньої щелепи. Об-но: на піднебінній поверхні протеза тріщина, що проходить у напрямку між центральними різцями, видно місце неодноразових полагоджень протеза. Протез виготовлено 8 років тому. Ваші подальші дії?

A Провести лагодження протеза
B Виготовити новий пластинковий протез
C Провести перебазування протеза
D Провести лагодження і перебазування протеза
E Провести корекцію протеза

248. Пацієнту М., 57 років, виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. Які орієнтовні лінії повинен нанести лікар-ортопед на верхній прикусний валик після визначення положення центрального співвідношення щелеп?

A Серединну, премолярів
B Усмішки, іклів
C Серединну, іклів
D Усмішки, серединну, іклів

E Серединну, усмішки

249. Пацієнтка Л. 65 років, скаржиться на неможливість користування повними знімними протезами. Із анамнезу відомо, що два тижні тому були виготовлені повні знімні протези. До нових протезів звикає важко, під час розмови та пережовування їжі зуби стукотять, ковтання ускладнено. Коли пацієнтка усміхається, то стають видимі штучні ясна, жувальні м'язи втомлюються, під протезами виникає біль. Яка помилка допущена при виготовленні протезів?

A Знижена висота центральної оклюзії
B Підвищена висота центральної оклюзії
C Зафіксована передня оклюзія
D Зафіксована бічна оклюзія
E Зафіксована задня оклюзія

250. Пацієнт Ш., 57 років, скаржиться на відсутність зубів на нижній щелепі. З анамнезу було з'ясовано, що місяць тому був видалений останній 47 зуб. У пацієнта виразка шлунка. На нижній щелепі значна атрофія альвеолярного гребеня. На ділянці у проекції видаленого 47 зуба є кістковий виступ. Слизова оболонка стоншена, болісна при пальпації. Пацієнту виготовляється повний знімний протез. Виберіть найбільш раціональну конструкцію протеза.

A Повний знімний протез із м'якою підкладкою
B Повний знімний протез із вкороченим базисом
C Незнімні конструкції, фіксовані на імплантатах
D Повний знімний протез із утяжувачами
E Повний знімний протез із литим базисом

251. Пацієнтці К., 78 років виготовляють повні знімні протези на верхню та нижню щелепи. При перевірці воскової репродукції протезів виявлено, що в артикуляторі постановка штучних зубів у ортогнатичному прикусі, а у порожнині рота зуби змикаються у прогнатичному прикусі. Яка помилка була допущена при визначенні центральної оклюзії?

A Визначена бічна правостороння оклюзія
B Визначена бічна лівостороння оклюзія
C Визначена передня оклюзія
D Висота прикусу занижена
E Визначена дистальна оклюзія

252. Пацієнтка 73 років скаржиться на нудоту під час користування повним знімним протезом на верхній щелепі. Об-но: протез фіксується добре, задній край перекриває лінію А на 4 мм. На скільки повинен протез перекривати лінію А?

A 1,0 - 2,0 мм
B 2,5 - 3,0 мм
C 3,5 - 4,0 мм
D 4,5 - 5,0 мм
E 5,5 - 6,0 мм

253. Пацієнту 62 років виготовлено повний знімний протез на верхню щелепу. На наступний день пацієнт скаржиться на збільшене виділення слини, нечітку вимову деяких слів. Який середній термін адаптації до знімного протеза за даними Курляндського?

A 7 днів
B 18 днів
C 33 дні
D 1 день
E 50 днів

254. Пацієнтка 59 років скаржиться на зміну смаку. Повним знімним протезом для верхньої щелепи користується 5 днів. Об-но: слизова оболонка верхньої щелепи гіперемована, має яскраво-червоний колір. Яка найбільш ймовірна причина патологічного стану?

A Дія залишкового мономеру
B Порушення терморегуляції
C Недотримання правил гігієни
D Токсична дія бактерій
E Механічна дія протеза

255. Пацієнту виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. Під час попереднього відвідування були отримані анатомічні відбитки. Яку маніпуляцію повинен провести лікар під час наступного клінічного етапу?

A Виготовити прикусні валики
B Припасувати індивідуальну ложку
C Виготовити модель
D Отримати функціональний відбиток
E Перевірити конструкції протеза

256. На етапі перевірки конструкції повних знімних протезів у пацієнта К., 70 років, була виявлена наявність сагітальної щілини між фронтальними нижніми і верхніми зубами. Яка допущена помилка?

A Зафіксовано переднє положення нижньої щелепи
B Неправильно визначено висоту прикусу у бічних ділянках
C Неправильно визначено висоту прикусу у фронтальній ділянці
D Зафіксовано бічну оклюзію
E Розчавлений нижній прикусний валик

257. Пацієнт 57 років з повною відсутністю зубів звернувся в клініку з метою протезування. Після обстеження рекомендовано виготовлення повних знімних протезів на верхню та нижню щелепи. Під час перевірки конструкції протезів виявлено, що міжзубний контакт спостерігається лише в бічних ділянках, а у фронтальній ділянці - горизонтальна щілина. Яка найбільш вірогідна помилка допущена під час клінічних етапів?

A Отримали неточні відбитки
B Деформували базис під час визначення центральної оклюзії
C Визначили передню оклюзію
D Визначили бічну оклюзію
E Неправильно побудували протетичну площину

258. Пацієнтка Т., 60 років, звернулась зі скаргами на біль у жувальних м’язах та скронево-нижньощелепних суглобах. Біль з’являється при користуванні повними знімними протезами, виготовленими місяць тому. Об-но: нижня третина обличчя видовжена, губи змикаються з напругою, при усмішці оголюється базис повного знімного протеза, дикція порушена. На якому етапі виготовлення протезів допущена помилка?

A Одержання анатомічних відбитків
B Одержання функціональних відбитків
C Перевірки конструкції протезів
D Визначення та фіксація центральної оклюзії
E Накладання протезів та їх корекції

259. Пацієнт 62 років звернувся зі скаргами на біль у жувальних м’язах, утруднене пережовування їжі, які пов'язує з наявними повними знімними протезами, які були виготовлені місяць тому. Об-но: змикання губ дещо утруднене, вираз обличчя напружений, носо-губні складки згладжені, при змиканні штучні зуби «постукують». Яка найбільш вірогідна помилка допущена при визначенні центрального співвідношення щелеп?

A Збільшення міжальвеолярної висоти
B Зменшення міжальвеолярної висоти
C Визначена передня оклюзія
D Визначена бічна оклюзія
E Неправильно побудована протетична площина

260. Пацієнт 68 років звернувся в клініку на етапі корекції повних знімних протезів зі скаргами на балансування протезів при пережовуванні їжі. Об-но: значна атрофія альвеолярних відростків щелеп, прогенічне співвідношення щелеп. Штучні зуби були встановлені в ортогнатичному співвідношенні. При відкриванні рота та змиканні зубів протези фіксуються на протезному ложі. Яка найбільш вірогідна причина балансування протезів?

A Відсутній круговий замикаючий клапан
B Недостатня анатомічна ретенція протезів
C Слабка функціональна присмоктуваність
D Недостатня ізоляція піднебінного виступу
E Неправильно встановлені штучні зуби

261. Чоловікові 66 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Об-но: альвеолярні відростки щелеп незначно атрофовані, слизова оболонка помірно піддатлива. Отримані анатомічні відбитки. Який клінічний етап протезування даного пацієнта повинен бути наступним?

A Визначення центрального співвідношення щелеп
B Виготовлення воскових базисів з прикусними валиками
C Отримання функціональних відбитків
D Виготовлення індивідуальних ложок
E Перевірка конструкції протезів

262. Пацієнту К., 63 років тиждень тому були виготовлені зубні протези. Пацієнт повторно звернувся до клініки ортопедичної стоматології зі скаргою на поклацування протезів (штучних зубів) і деяку втомлюваність м'язів, що піднімають нижню щелепу. Якої помилки припустився лікар?

A Неправильно визначена центральна оклюзія
B Занижена міжальвеолярна висота
C Неправильно проведена постановка зубів
D Завищена міжальвеолярна висота
E Неправильно визначені межі протеза

263. Жінка 65 років скаржиться на прикушування слизової оболонки щік під час жування їжі. Повні знімні протези на верхню та нижню щелепу виготовлені 2 дні тому. Об-но: слизова оболонка набрякла, гіперемована, відмічаються сліди травмування. Назвіть імовірну причину у даному клінічному випадку.

A Неправильно визначена висота прикусу
B Зафіксована передня оклюзія
C Горбково-горбковий контакт у ділянці бічних зубів
D Подовжені межі базису протеза
E Вибрані зуби невідповідного розміру

264. Пацієнту 52 років два тижні тому виготовлені повні знімні протези. Через 3 дні після фіксації протезів у пацієнта з'явилось відчуття печії під базисом протеза. Об-но: повні знімні протези задовільної якості. Під базисом протеза слизова протезного ложа гіперемована з точковими петехієподібними крововиливами. Яка найбільш вірогідна причина появи непереносимості пластинкових протезів?

A Алергічна реакція слизової оболонки порожнини рота на компоненти пластмаси
B Механічна травма слизової оболонки протезного ложа базисом протеза
C Порушення теплообміну під базисом знімного протеза
D Токсична дія залишкового мономеру на тканини протезного ложа
E Підвищена чутливість слизової оболонки порожнини рота

265. Під час виготовлення повного знімного протеза на верхню щелепу пацієнту 68 років на етапі припасування індивідуальної ложки з використанням проб Гербста виявлено, що ложка скидається при втягуванні щік. Де потрібно вкоротити край індивідуальної ложки?

A В передньому відділі
B В ділянці щічних складок
C Від задньої частини горба до середини альвеолярного відростка
D По всьому вестибулярному краю
E По лінії «А»

266. Під час припасування індивідуальної ложки на верхній щелепі пацієнту 49 років при широкому відкриванні рота відбувається її скидання. Де потрібно вкоротити край ложки?

A У фронтальній ділянці

B В ділянці торусу
C У задньо-бічній ділянці верхньощелепного горба
D По лінії «А»
E В ділянці щічних складок

267. Пацієнту 78 років у клініці ортопедичної стоматології виготовлені повні знімні протези. При накладанні протезів виявлене значне підвищення міжальвеолярної висоти. На якому етапі виготовлення протезів допущено помилку?

A При пакуванні та полімеризації пластмаси
B При постановці зубів в артикуляторі
C При фіксації моделей в артикуляторі
D При визначенні та фіксації центральної оклюзії
E При перевірці конструкції протезів

268. Пацієнту 75 років у клініці ортопедичної стоматології виготовили повні знімні протези. Під час фіксації центральної оклюзії пацієнт змістив нижню щелепу вперед. Лікар зафіксував передню оклюзію. Яке співвідношення зубних рядів протезів буде спостерігати лікар при перевірці конструкції?

A Щілина між бічними зубами справа
B Глибоке перекриття
C Горизонтальна щілина між передніми зубами
D Біпрогнатія
E Вертикальна щілина в передній ділянці

269. При об’єктивному обстеженні ротової порожнини у пацієнта виявлено: беззуба нижня щелепа, нерівномірна атрофія альвеолярного відростка, наявність у передньому відділі рухомого тяжа слизової оболонки. Який метод отримання функціонального відбитка у даному випадку?

A Диференційований відбиток
B Декомпресійний відбиток
C Компресійний відбиток
D Відбиток під жувальним тиском
E Подвійний відбиток

270. Пацієнт 70 років скаржиться на незадовільну фіксацію повних знімних протезів на верхній та нижній щелепах. З анамнезу з’ясовано, що зуби самовільно розхитувались та випадали протягом останніх 10 років, протези були виготовлені 3 роки тому. Перші два роки фіксація протезів була задовільна. Яка етіологія повної адентії у пацієнта?

A Карієс та його ускладнення
B Механічна травма
C Захворювання пародонта
D Соматичні захворювання
E Хімічне пошкодження зубів

271. Пацієнт 67 років скаржиться на погану фіксацію верхнього повного знімного протеза, що утруднює пережовування їжі та мовлення. Об-но: відзначається скидання протеза при відкриванні рота. На якому етапі виготовлення протеза була допущена помилка?

A Одержання функціонального відбитка
B Одержання анатомічного відбитка
C Визначення центрального співвідношення щелеп
D Постановки зубів
E Заміни воску на пластмасу

272. Пацієнту 65 років виготовляється повний знімний протез для нижньої щелепи. Об-но: альвеолярний відросток помірно атрофований. Припасування індивідуальної ложки проводиться за допомогою проб Гербста. При проведенні кінчиком язика по червоній облямівці нижньої губи ложка скидається. В якій ділянці необхідно вкоротити край ложки?

A Уздовж щелепно-під'язикової лінії
B Від місця позаду слизового горбика до щелепно-під'язикової лінії
C Від ікла до ікла з язикової сторони
D Від слизового горбика до місця постановки першого моляра
E Від ікла до ікла з вестибулярної сторони

273. Пацієнтка 73 років звернулась зі скаргами на наявність заїд у кутах рота. Користується повними знімними протезами для верхньої і нижньої щелеп. Об-но: висота нижньої третини обличчя вкорочена. Кути рота опущені, шкіра в них мацерована. Яка найбільш імовірна причина обумовила дане ускладнення?

A Вік хворої
B Зниження міжальвеолярної висоти
C Деформація базисів протезів
D Постійне користування протезами
E Порушення гігієни порожнини рота

274. Пацієнту 72 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Об-но: прогенічне співвідношення щелеп, різко виражена атрофія верхньої щелепи. Скільки штучних зубів необхідно встановити у верхньому протезі?

A 8 зубів
B 12 зубів
C 10 зубів
D 14 зубів
E 16 зубів

275. Пацієнту 75 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановка зубів у протезах проводиться за сферичною поверхнею, запропонованою Нападовим і Сапожниковим. Який середній радіус цієї сфери?

A 9 см
B 5 см
C 6 см

D 7 см
E 8 см

276. У пацієнта 68 років повна відсутність зубів на нижній щелепі, значна атрофія альвеолярної частини. Що необхідно зробити для покращення фіксації протеза?

A Зменшення меж протеза
B Збільшення висоти зубів
C Розширення меж протеза
D Розширення зубного ряду
E Звуження зубного ряду

12.13. Захворювання тканин пародонта

277. Пацієнт 57 років скаржиться на рухомість значної групи зубів. Після обстеження вирішено в комплексі лікування виготовити даному пацієнту знімну шину. Чим забезпечуються шинуючі властивості знімних шин?

A Утримуючим кламером
B Вестибулярним кламером
C Зубо-альвеолярним кламером
D Багатоланковими і перекидними кламерами
E Опорним кламером

278. Пацієнт 50 років скаржиться на рухомість зубів на нижній щелепі. Об-но: зубний ряд інтактний, шийки зубів оголені, коронки високі, рухомість всіх зубів I-II ступенів. Яка шина найбільш доцільна в даному випадку?

A Шина із повних коронок
B Шина Мамлока
C Шина Ельбрехта
D Шина із екваторних коронок
E Ковпачкова шина

279. Пацієнт 67 років скаржиться на відсутність 34, 35, 36, 37, 45, 46 зубів. На ортопантомограмі в ділянці зубів, що залишились, резорбція альвеолярного відростка в межах $^1/_3$ висоти міжзубних перетинок. Яку конструкцію доцільно запропонувати пацієнту?

A Мостоподібні протези в ділянці жувальних зубів
B Бюгельний протез з елементами шинування
C Частковий знімний пластинковий протез
D Ковпачкову шину
E Шину Ван-Тіля

280. У пацієнта 62 років встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит середнього ступеня тяжкості з наявними передчасними контактами зубів-антагоністів. Який метод лікування необхідно використати в першу чергу?

A Метод вибіркового пришліфовування зубів
B Використати тимчасові шини
C Провести раціональне протезування
D Використати постійні шинуючі протези

E Виготовити шину Ельбрехта

281. Пацієнт 38 років направлений в ортопедичне відділення після проведеного курсу терапевтичного лікування з приводу пародонтиту. В анамнезі часті рецидиви захворювання, при загостренні відмічаються пародонтальні абсцеси. Об-но: 42, 41, 31, 32 рухомі I-II ступенів, 43 і 33 стійкі, шийки зубів оголені на $^1/_4$, гіперестезія твердих тканин відсутня. Яку раціональну конструкцію постійної шини необхідно запропонувати пацієнту?

A Напівкоронкову шину
B Суцільнолиту колову знімну шину
C Шину Мамлока
D Коронково-ковпачкову шину
E Балкову шину за Курляндським

282. Пацієнтка 47 років скаржиться на оголення шийок зубів верхньої і нижньої щелеп. Об-но: зубні ряди інтактні, шийки зубів оголені. Виявлені передчасні контакти зубів. Проводиться вибіркове пришліфовування. Який метод потрібно застосувати для його контролю?

A Жувальна проба
B Мастикаціографія
C Оклюзіографія
D Рентгенографія
E Гнатодинамометрія

283. Пацієнтка 24 років скаржиться на кровоточивість та болючість ясен, що з'явилися 3 дні тому після фіксації пластмасових коронок на 12, 11, 21, 22 зуби. Об-но: ясна в ділянці 12, 11, 21, 22 зубів яскраво-червоного кольору, набряклі, кровоточать, болючі при пальпації. Який діагноз найбільш імовірний?

A Гіпертрофічний гінгівіт
B Генералізований пародонтит
C Хронічний катаральний гінгівіт
D Гострий катаральний гінгівіт
E Атрофічний гінгівіт

284. Пацієнт 35 років. Об-но: рухомість зубів I ступеня, зуби мають добре виражені горбки. Лікар рекомендує провести оклюзійне пришліфовування зубів. Який метод найбільш об'єктивний для визначення топографії пришліфовування?

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

285. У клініку звернувся пацієнт 45 років з метою протезування незнімними мостоподібними протезами. Встановлено попередній діагноз: генералізований пародонтит. Який додатковий метод обстеження вирішить остаточно питання застосування зубів для опори під мостоподібний протез?

A Рентгенологічне обстеження

B Перкусія
C Проба Шиллера-Писарєва
D Мастикаціограма
E Електроміограма

286. Чоловік 44 років скаржиться на рухомість передніх зубів нижньої щелепи. Об-но: зубна формула 47 46 45 44 43 42 41/31 32 33 34 35 36 37. 43 42 41/31 32 33 зуби інтактні, рухомість I ступеня. Планується шинування рухомих зубів. Яка конструкція найбільш раціональна?

A З литих коронок
B Зі штампованих коронок
C Скловолоконна стрічка з композитом
D З пластмасових коронок
E З металопластмасових коронок

287. Жінка 35 років потребує шинування передніх зубів нижньої щелепи. Об-но: 43 42 41/31 32 33 зуби депульповані, рухомість I-II ступенів, інші зуби стійкі. Яку шину з урахуванням вимог естетики можна застосувати?

A З напівкоронок
B З екваторних коронок
C Ковпачкова
D Інтрадентальна
E Із спаяних коронок

288. Пацієнт 43-х років скаржиться на рухомість зубів нижньої щелепи у фронтальній ділянці, на значне оголення шийок зубів. Об-но: ясна в ділянці 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 бліді з ціанотичним відтінком, кровоточивість ясен відсутня. 42, 41, 31, 32 рухомі I-II ступенів. Скупченість 42, 41, 31, 32. Відмічається оголення шийок 42 41 31 32 зубів на $^1/_2$, 43, 33 на $^1/_4$. Яку ортопедичну конструкцію доцільно застосувати в даному випадку?

A Напівкільцева шина
B Балочна шина по Курлянському
C Ковпачкова шина
D Напівкоронкова шина
E Суцільнолита капа

289. Жінка 43 років скаржиться на рухомість нижніх фронтальних зубів. Об-но: відсутні 48, 47, 46, 45, 44, 34, 35, 36, 37, 38. Зуби 43, 42, 41, 31, 32, 33 мають рухомість II ступеня, слизова оболонка навколо них набрякла, з ціанотичним відтінком. Яка шинуюча конструкція оптимальна для даної хворої?

A Частковий знімний протез із вестибулярною дугою
B Бюгельний протез із багатоланковим кламером і кігтеподібними відростками
C Композитна шина, армована скловолокном
D Бюгельний протез із антискидачами
E Ковпачкова шина-протез у фронтальному відділі

290. Пацієнт 52 років скаржиться на запалення ясен, рухомість зубів. Зубні ряди інтактні, всі зуби мають II ступінь рухомості, атрофія міжзубних комірок на $^1/_2$ їх висоти. Який вид стабілізації потрібно застосувати у даному випадку?

A По дузі
B Фронтальна
C Фронтосагітальна
D Сагітальна
E Парасагітальна

291. Пацієнтка 40 років скаржиться на неможливість пережовування їжі у зв'язку з втратою бічних зубів. Об-но: відсутні 18, 16, 15, 25, 26, 28, 38, 36, 35, 44, 45, 46, 48. Інші зуби мають рухомість I-II ступенів. Встановлено діагноз: генералізований пародонтит. Яка конструкція протезів найбільш раціональна в даному випадку?

A Протези з металевим базисом
B Бюгельний протез
C Знімний пластинковий протез
D Незнімні мостоподібні протези
E Знімна шина-протез

292. Пацієнт 50 років звернувся з приводу протезування зубів. Об-но: 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 інтактні, коронки високі, мають рухомість II ступеня. Решта зубів відсутні. Яку конструкцію зубного протеза краще застосувати?

A Пластинковий протез з опорними кламерами
B Пластинковий протез з утримуючими кламерами
C Знімний мостоподібний протез
D Бюгельний протез з шинуючими елементами
E Пластинковий протез з опорно-утримуючими кламерами

293. Пацієнтка 43 років скаржиться на рухомість зубів нижньої щелепи. Об-но: рухомість зубів I-II ступенів. Планується шинування зубів знімною суцільнолитою шиною. Із якого матеріалу краще виготовити дану шину?

A Нержавіюча сталь
B ЕІ-95
C Сплав КХС
D Сплав ПД-250
E Сплав золота 900-ї проби

294. Пацієнт 41 року скаржиться на рухомість зубів верхньої щелепи. Об-но: зуби мають I-II ступені рухомості. Який вид стабілізації зубних рядів необхідно застосувати?

A Фронтальна стабілізація
B Стабілізація по дузі
C Сагітальна стабілізація
D Парасагітальна стабілізація
E Фронтосагітальна стабілізація

295. Пацієнт 42 років скаржиться на рухомість зубів верхньої та нижньої щелеп. Об-но: прикус ортогнатичний. Зубний ряд безперервний, зуби мають патологічну рухомість I-II ступенів. Стан маргінального пародонта задовільний. Який вид стабілізації зубних рядів необхідно застосувати у даному випадку?

A По дузі
B Сагітальна
C Парасагітальна
D Фронтосагітальна
E Фронтальна

296. Пацієнт 20 років скаржиться на кровоточивість ясен під час вживання їжі та чищення зубів, яка з'явилась рік тому. Об-но: скупченість фронтальних зубів нижньої щелепи II ступеня. Ясна в ділянці цих зубів набряклі, гіперемовані, кровоточать при дотику. Яке додаткове обстеження є необхідним для визначення остаточного діагнозу?

A Електроодонтодіагностика
B Рентгенологічне обстеження
C Реопародонтографія
D Проба Кьочке
E Проба Шиллера-Писарєва

297. Пацієнтка 51 року, зуби нерухомі. Об-но: маргінальний пародонт у 14, 11, 21, 23 зубів має ознаки запалення, патологічні зубоясенні кишені завглибшки до 4-5 мм. Вибрана для протезування суцільнолита металопластмасова конструкція. Які особливості відношення краю конструкції до маргінального пародонта в даному випадку?

A Формування циркулярного уступу під'ясенно
B Формування циркулярного уступу на рівні ясен
C Циркулярна гірлянда біля шийок усіх опорних зубів
D Конструкцію виконати, як поодинокі коронки
E Конструкцію виконати без облицювання, без циркулярного уступу

298. Пацієнт 42 років скаржиться на неможливість пережовування їжі у зв`язку з втратою зубів у бічних ділянках. Об-но: відсутні 18, 16, 15, 25, 26, 28, 38, 35, 36, 44, 46, 48. Інші зуби мають рухомість I-II ступенів. Діагноз: генералізований пародонтит. Яка, на вашу думку, конструкція протезів найбільш раціональна в даному випадку?

A Бюгельні протези з шинуючими елементами
B Протези з металевим базисом
C Незнімні суцільнолиті мостоподібні протези
D Часткові знімні пластинкові протези
E Знімна шина-протез

299. Пацієнт 47 років, учитель, хворіє на генералізований пародонтит. Протягом 5 років користувався незнімною коронковою пластмасовою шиною з опорою на 32, 31, 41, 42. Об-но: зуби фронтальної ділянки мають рухомість III ступеня та вестибулярний нахил. Планується видалення зубів. Яку

конструкцію після видалення зубів необхідно запропонувати пацієнту з урахуванням фаху?

A Незнімна шина-протез
B Незнімний мостоподібний протез
C Знімний мостоподібний протез
D Безпосередній протез
E Знімна шина-протез

300. Пацієнту 39 років з генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості при плануванні шинуючих конструкцій проводять обстеження витривалості пародонта до навантаження за допомогою гнатодинамометра. Які анатомо-функціональні дані отримують за допомогою цього методу?

A Жувальну ефективність
B Жувальну силу
C Піддатливість періодонта
D Тонус жувальних м'язів
E Жувальний тиск

301. При стоматологічному огляді пацієнта виявлено зміщення передньої групи зубів, супраоклюзійне положення одного з різців з різним ступенем ротації. Для яких захворювань даний симптом є патогномонічним?

A При дефектах зубних рядів
B При гострому пульпіті
C При загостренні захворювань періодонта
D Пародонтозу, пародонтиту
E При загостренні хронічного періодонтиту

302. Пацієнтові із захворюванням тканин пародонта на одному з етапів лікування призначено метод вибіркового пришліфовування зубів. Метод вибіркового пришліфовування зубів при пародонтиті передбачає:

A Вкорочення вершини опорних зубів
B Зішліфовування скатів горбків та заглиблення фісур
C Зішліфовування захисних горбків
D Зішліфовування скатів горбків
E Заглиблення фісур

303. Пацієнт 40 років скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів на обох щелепах, неприємний запах з ротової порожнини. Після обстеження встановлено діагноз: генералізований пародонтит середнього ступеня тяжкості. Після терапевтичного лікування необхідно шинувати інтактні зубні ряди. Яка найбільш раціональна конструкція шин?

A Штамповані пластмасові шини-капи
B Штамповані металеві шини-капи
C Литі багатоланкові шини за Ельбрехтом
D Коронкові шини
E Ковпачкові шини

304. У пацієнтки 64 років виявлено хронічний локалізований пародонтит середньої тяжкості у ділянці нижніх фронтальних зубів. Патологічна рухомість різців I-II ступенів. У пацієнтки високі естетичні вимоги і обмежений час. Яку шину доцільно використати у даному випадку?

A Шину з композитного фотополімерного матеріалу, армовану стрічкою Ribbond
B Ковпачкову шину
C Кільцеву шину
D Шину Мамлока
E Знімну шину Шпренга

305. Пацієнт 52 років скаржиться на рухомість зубів верхньої щелепи та відсутність 46, 45, 35 та 36 зубів. Діагностовано хронічний генералізований пародонтит середнього ступеня тяжкості на верхній щелепі, патологічна рухомість зубів I-II ступеня. Якому виду стабілізації необхідно віддати перевагу при виготовленні постійного шинуючого протеза?

A Фронто-сагітальна стабілізація
B Сагітальна стабілізація
C Фронтальна стабілізація
D Парасагітальна стабілізація
E Стабілізація по дузі

306. Пацієнт 43 років скаржиться на кровотечу з ясен, біль в яснах в ділянці окремих зубів, кровоточивість під час чищення зубів. Встановлено діагноз: локалізований пародонтит. За допомогою оклюдограми визначено точки посиленого оклюзійного контакту. Яка тактика лікаря?

A Пришліфувати оклюзійні поверхні
B Виготовити металеві коронки
C Виготовити металокерамічні коронки
D Провести функціональні проби
E Виготовити шини-капи

307. Пацієнтка 45 років скаржиться на рухомість передніх зубів. Об-но: зубні ряди інтактні, 33, 32, 31, 43, 42, 41 зуби мають рухомість I-II ступенів. Іммобілізацію рухомих зубів планується провести шиною Мамлока. Яку стабілізацію дозволить провести дана шина?

A Сагітальну
B Фронтальну
C Кругову
D Поперечну
E Фронто-сагітальну

308. Пацієнт 30 років хворіє на генералізований пародонтит. Планується виготовлення шини Ельбрехта. Верхній зубний ряд інтактний, зуби віялоподібно нахилені вестибулярно, мають рухомість I-II ступенів за Ентіним. При незначному тиску позиціонуються в зубному ряду з відновленням апроксимальних контактів. Який вид тимчасового шинування необхідно провести у даного пацієнта до отримання робочих відбитків?

A Зв’язуванням зубів поліамідною ниткою

B Склеювання контактних поверхонь полікарбоксилатним цементом
C Склеювання апроксимальних контактів композитом
D Тимчасове шинування лігатурним дротом
E Склеювання зубів липким воском

309. Пацієнт 50 років, за професією артист, звернувся до лікаря-стоматолога з метою протезування. Планується виготовлення безпосереднього протеза на верхню щелепу для заміщення фронтальної групи зубів з II ступенем рухомості. Виберіть відбиткову масу.

A Спідекс
B Гіпс
C Стенс
D Хромопан
E Репін

310. Пацієнт 45 років звернувся в клініку з метою протезування після видалення 11 зуба. Об-но: рухомість 13, 12, 21, 22, 23 зубів II ступеня. Яка ортопедична конструкція буде більш раціональною в даному випадку в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту?

A Вантове шинування
B Імедіат-протез
C Адгезивний мостоподібний протез
D Суцільнолитий мостоподібний металокерамічний протез
E Комбінація фотополімерного матеріалу із скловолоконним каркасом

311. Жінка 40 років хворіє на хронічний генералізований пародонтит. Об-но: зубні ряди безперервні, зуби 42, 41, 31, 32 мають рухомість I ступеня. Яка шина найбільш естетична для цієї групи зубів?

A Шинування на основі Glass Span та фотополімерів
B Капова шина
C Шина зі спаяних комбінованих коронок
D Ковпачкова шина
E Кільцева шина

12.14. Надмірне стирання зубів, парафункції жувальних м'язів

312. Пацієнт 45 років скаржиться на незначне стирання зубів на верхній та нижній щелепах. Об-но: при огляді встановлена горизонтальна форма патологічного стирання зубів I ступеня, без зниження міжальвеолярної висоти. Прикус ортогнатичний. Який метод лікування треба застосувати для профілактики подальшого стирання зубів та зниження міжальвеолярної висоти ?

A Виготовити зустрічні конструкції у бічних ділянках (коронки, вкладки)
B Виготовити пластмасову капу на верхню щелепу
C Відновити анатомічну форму зубів за допомогою пломбувальних матеріалів
D Виготовити пластмасову капу на нижню щелепу

E Лікування провести в два етапи (підготовчий, раціональне протезування)

313. Чоловік 43 років скаржиться на підвищену чутливість зубів до температурних подразників, неприємні відчуття при вживанні солодкої і кислої їжі. Об-но: стертість всіх поверхонь верхніх і нижніх зубів до утворення контактних площадок. Міжальвеолярна висота і висота нижньої третини обличчя знижена на 5-6 мм. Всі зуби стійкі. Визначте найбільш ймовірний діагноз захворювання даного пацієнта.

A Патологічне стирання, локалізована форма, горизонтальний тип, I-II ступенів
B Патологічне стирання, генералізована форма, змішаний тип, II ступінь
C Патологічне стирання, генералізована форма, вертикальний тип, I ступінь
D Прикус, що знижується I-II ступенів
E Симптомокомплекс Костена

314. Пацієнтка 19 років скаржиться на біль і напруження у жувальних м'язах, стертість горбків жувальних зубів, нічний скрегіт зубами. Який із методів лікування найбільш прийнятний?

A Виготовлення коронок на бічні ділянки зубного ряду
B Призначення заспокійливих засобів лікування
C Лікування у психолога
D Використання роз'єднуючих кап, міогімнастика, самомасаж
E Використання накушувальних пластинок

315. Пацієнтка 45 років скаржиться на стирання зубів, косметичний дефект, підвищену чутливість. Об-но: всі зуби більш як на $^1/_3$ довжини коронки стерті, міжальвеолярна висота знижена на 6-7 мм. Прикус ортогнатичний. Всі зуби стійкі. Який вид конструкції найбільш раціональний у даному випадку?

A Золоті коронки
B Пластмасові коронки
C Суцільнолиті конструкції
D Металокерамічні коронки
E Фарфорові коронки

316. Пацієнт 40 років скаржиться на естетичний дефект, порушення жування, мовлення. Об-но: зуби верхньої та нижньої щелеп стерті до ясенного краю. Фасетки стертих зубів мають плоску форму. Яка форма патологічного стирання?

A Генералізована горизонтальна, III ступеня тяжкості
B Генералізована горизонтальна II ступеня тяжкості
C Генералізована вертикальна III ступеня тяжкості
D Генералізована вертикальна II ступеня тяжкості
E Змішана форма

317. Чоловік 47 років, шахтар, обстежується з приводу стирання зубів. Об-но: коронки зубів верхньої та нижньої щелеп стерті до ясен. Висота нижньої третини обличчя зменшена. Вкажіть найбільш можливу причину стирання зубів у цьому випадку.

A Генетична неповноцінність емалі
B Вплив виробничого чинника
C Гіпертрофія жувальних м'язів
D Гіпертрофія мімічних м'язів
E Гіпертрофія альвеолярних відростків

318. Пацієнт 50 років скаржиться на біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба. При обстеженні виявлено горизонтальну генералізовану форму патологічного стирання зубів та гіпертонус жувальних м'язів. Планується виготовлення капи. Який лікувальний ефект вона зумовить?

A Перебудова міостатичного рефлексу
B Координація функції жувальних м'язів
C Усунення гіпертонусу жувальних м'язів
D Перебудова періодонтально-м'язового рефлексу
E Збільшення висоти обличчя

319. Пацієнт 48 років скаржиться на стертість зубів, естетичний недолік, чутливість зубів до температурних подразників. Об-но: змішана форма патологічного стирання більш ніж на $^1/_3$ довжини їх коронки. Міжальвеолярна висота знижена на 5-6 мм. Прикус ортогнатичний. Якому із методів лікування потрібно віддати перевагу?

A Виготовлення зустрічних конструкцій в бічних ділянках
B Виготовлення пластмасової капи на весь зубний ряд нижньої щелепи
C Виготовлення пластмасової капи на весь зубний ряд верхньої щелепи
D Лікування провести в 2 етапи (підготовчий і раціональне протезування)
E Виготовлення металокерамічних конструкцій на верхню та нижню щелепи

320. Чоловік 43 років скаржиться на стирання зубів верхньої та нижньої щелеп. Об-но: зуби верхньої та нижньої щелеп стерті до ясенного краю. В окремих ділянках від них залишились невеликі, ледь виступаючі над яснами кукси. Яка форма патологічного стирання в даному випадку?

A Генералізована вертикальна
B Локалізована вертикальна
C Локалізована горизонтальна
D Змішана
E Генералізована горизонтальна

321. Пацієнт 52 років скаржиться на стирання зубів, естетичний недолік, чутливість зубів до температурних подразників. В анамнезі: неодноразово проводилось лікування стертості, але безуспішно. Об-но: змішана форма

патологічного стирання більш ніж на $^{2}/_{3}$ довжини їх коронки. Міжальвеолярна висота знижена на 6-7 мм. Прикус ортогнатичний. Якому із методів лікування необхідно віддати перевагу?

A Виготовлення зустрічних конструкцій в бічних ділянках
B Лікування провести в 2 етапи
C Виготовлення коронок із пластмасовою жувальною поверхнею
D Виготовлення пластмасової капи на весь зубний ряд
E Виготовлення бюгельного протеза на нижню щелепу

322. Пацієнт 30 років, шахтар, скаржиться на естетичний дефект передніх зубів, відчуття оніміння та оскоми при вживанні холодної, солодкої та кислої їжі, що з'явилися близько року тому. Об-но: обличчя пропорційне, коронки 12, 11, 21, 22 стерті на $^{1}/_{3}$ висоти, в 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубах стертий ріжучий край, площадки стирання гладкі. При зімкнутих зубних рядах між передніми зубами є щілина 3 мм, жувальні зуби обох щелеп у щільному контакті. Вкажіть форму патологічного стирання.

A Горизонтальна, локалізована, некомпенсована
B Горизонтальна, локалізована, компенсована
C Змішана, генералізована, компенсована
D Вертикальна, локалізована, субкомпенсована
E Вертикальна, генералізована, некомпенсована

323. У пацієнта 40 років патологічне стирання зубів, викликане функціональним перевантаженням після втрати великої кількості антагоністів. При прямому прикусі вертикальне стирання верхніх передніх зубів призвело до висування нижньої щелепи. Міжальвеолярна відстань знижена, нижня третина обличчя вкорочена. Який метод лікування доцільно використовувати у даному випадку?

A Вкорочення зубів
B Протетичний метод
C Протезування із збільшенням міжальвеолярної висоти
D Ортопедичний метод
E Апаратно-хірургічний метод

324. Пацієнт 48 років, етнічний ненець, звернувся в консультативну клініку із скаргами на стирання зубів. Об-но: обличчя пропорційне, зубні ряди інтактні, прикус прямий, коронки верхніх зубів стерті на $^{2}/_{3}$ висоти, нижніх - на $^{1}/_{3}$, альвеолярний відросток верхньої щелепи гіпертрофований, висота прикусу не змінена. Яка найбільш ймовірна причина призвела до патологічного стирання?

A Розлади обміну речовин
B Холодний суворий клімат (метеорологічні умови)
C Хімічне пошкодження твердих тканин зуба
D Бруксизм
E Абразивна дія твердої їжі (морожені м'ясо та риба)

325. Пацієнт 30 років, шахтар, скаржиться на естетичний дефект передніх зубів, відчуття оніміння та оскоми при вживанні холодної, солодкої та кислої їжі, що з'явилися близько року тому. Об-но: обличчя пропорційне,

коронки 12, 11, 21, 22 стерті на $^1/_3$ висоти, в 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубах стертий ріжучий край, площадки стирання гладкі. При зімкнутих зубних рядах між передніми зубами є щілина 3 мм, жувальні зуби обох щелеп у щільному контакті. Встановіть попередній діагноз.

A Ерозія твердих тканин зубів
B Некроз емалі
C Гіпоплазія емалі
D Патологічне стирання
E Гострий початковий карієс

326. У пацієнта 48 років патологічне стирання зубів верхньої й нижньої щелеп, генералізована горизонтальна форма. Як визначити ступінь патологічного стирання?

A За формою коронок зубів
B За рівнем стертості зубів
C За кольором зубів
D За кількістю стертих зубів
E За площиною стертості зубів

327. Пацієнту 45 років встановлено діагноз: патологічне стирання, горизонтальна генералізована форма, ускладнена зниженням висоти прикусу на 10 мм. Для відновлення оклюзійної висоти планується виготовити пластмасову капу. Яке допустиме одномоментне роз'єднання зубних рядів?

A 0,5 - 1 мм
B 3 - 4 мм
C 4 - 6 мм
D 9 - 10 мм
E 1 - 2 мм

328. Пацієнт 40 років скаржиться на стирання зубів, біль від термічних та хімічних подразників, естетичний дефект. Об-но: зубна формула 17, 14, 13, 12, 22, 23, 24, 48, 44, 43, 42, 32, 33, 36, 37. Коронки всіх зубів на нижній щелепі стерті на $^2/_3$, на верхній щелепі - наполовину. Форма стирання горизонтальна. Висота нижньої третини обличчя знижена. Міжальвеолярна висота знижена. Яким методом краще визначити та зафіксувати центральну оклюзію?

A Воскових шаблонів з оклюзійними валиками
B Восковим блоком
C Термопластичною масою
D Гіпсоблоками
E Знімною капою

329. Пацієнт 52 років скаржиться на стирання зубів, естетичний дефект, підвищену чутливість від температурних подразників. Об-но: всі зуби стерті на $^1/_3$ висоти коронки, міжальвеолярна висота знижена на 5-6 мм. Всі зуби стійкі. Якими конструкціями доцільно відновити висоту прикусу?

A Тричетвертні коронки
B Суцільнолиті коронки
C Пластмасові коронки

D Штамповано-паяні коронки
E Напівкоронки

330. Пацієнт 48 років скаржиться на порушення анатомічної форми зубів на верхній та нижній щелепах, підвищену чутливість від температурних та хімічних подразників. Об-но: незначне зниження висоти прикусу, коронки зубів зменшені майже на половину висоти, «вакантна гіпертрофія» альвеолярного відростка на верхній та нижній щелепах. Відкривання рота вільне, безболісне. Який діагноз найбільш імовірний?

A Патологічне стирання зубів I ступінь, генералізована форма
B Гіпоплазія емалі
C Патологічне стирання зубів II ступінь, генералізована форма
D Синдром Костена
E Дисфункція СНЩС

331. Студентка 21 року скаржиться на біль у ділянці жувальних м'язів, особливо вранці, кровоточивість ясен, стертість в ділянці горбків жувальних зубів. Які заходи профілактики необхідно застосувати?

A Протезування зустрічними коронками в бічних ділянках
B Кюретаж ясенних кишень, парафінові ванни, використання лікувальної пасти «Метрогіл-Дента»
C Вибіркове пришліфовування жувальних зубів, реставрація
D Міогімнастика, седативна терапія, аутотренінг, роз'єднуюча капа на ніч
E Використання ремтерапії з наступною реставрацією

332. Студентка стоматологічного факультету скаржиться на біль у зубах від термічних подразників. Об-но: на жувальних зубах помітна характерна кратероподібна стертість, оголені ділянки дентину. ЕМГ підтверджує підвищений тонус жувальних м'язів. Якому методу лікування варто надати перевагу?

A Протезування бічної ділянки металокерамічними коронками
B Ремтерапія, реставрація бічної ділянки, зволоження ділянки ясенних кишень
C Використання розчинів для зменшення чутливості зубів, реставрація горбків і фісур жувальних зубів
D Вибіркове зішліфовування, ремтерапія, відновлення оголених ділянок
E Міогімнастика, роз'єднуюча капа на ніч, реставрація, диспансерне спостереження

333. Пацієнт 57 років скаржиться на естетичний недолік, хрускіт в скронево-нижньощелепному суглобі у зв'язку із стиранням зубів на верхній щелепі. Об-но: висота нижньої третини обличчя знижена. Носо-губні складки різко виражені. Стирання твердих тканин зубів верхньої щелепи майже до рівня ясен. Міжальвеолярна висота складає 7 мм. Яка тактика лікаря у даному випадку?

A Поетапна перебудова міостатичного рефлексу назубними капами
B Видалення зубів

C Ортодонтичне лікування
D Використання зустрічних коронок
E Використання зустрічних вкладок

12.15. Вторинні деформації зубних рядів

334. Пацієнт 42 років скаржиться на утруднене пережовування їжі. Об-но: встановлено, що в ділянці включеного дефекту зубного ряду зуби конвергували, а зуб-антагоніст змістився в сторону дефекту. Що стало причиною утрудненого пережовування їжі?

A Вторинна деформація зубного ряду
B Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба
C Міозит
D Запалення трійчастого нерва
E Патологічний прикус

335. Пацієнт 52 років скаржиться на часткову відсутність зубів на нижній щелепі, утруднене пережовування їжі. З анамнезу: зуби на нижній щелепі видалили 2 роки тому унаслідок захворювання тканин пародонта, не протезувався. Об-но: на нижній щелепі відсутні 34 та 35 зуби, 33 та 36 зуби I ступеня рухомості, їх корені оголені на $^1/_2$. Оклюзійна поверхня верхнього зубного ряду деформована за рахунок вертикального зміщення 24 зуба на 3 мм в сторону дефекту на нижній щелепі. Корінь 24 оголений на 3 мм. Вкажіть, яким способом необхідно виправити вертикальну деформацію в даному випадку?

A Зішліфувати виступаючі тканини 24 зуба та заполірувати
B Зняти виступаючу частину 24 зуба та покрити його штучною коронкою
C Застосувати метод етапної дезоклюзії 24 зуба
D Депульпувати 24 зуб та зішліфувати виступаючу частину
E Провести вколочування 24 зуба шляхом підвищення висоти прикусу

336. У пацієнта 40 років діагностовано частковий дефект зубного ряду нижньої щелепи II класу за Кеннеді, ускладнений деформацією (вертикальним зміщенням молярів) верхнього зубного ряду. Яку конструкцію необхідно застосувати для вирівнювання оклюзійної поверхні верхнього зубного ряду?

A Адгезивний мостоподібний протез з накусочною пластинкою в ділянці зміщених зубів
B Суцільнолитий мостоподібний протез з накусочною пластинкою в ділянці зміщених зубів
C Пластинковий протез з накусочною пластинкою в ділянці зміщених зубів
D Бюгельний протез з накусочною пластинкою в ділянці зміщених зубів
E Штамповано-паяний мостоподібний протез з накусочною пластинкою в ділянці зміщених зубів

337. Пацієнт 37 років звернувся з метою протезування. Зуби видалені 5 років тому. Об-но: конфігурація обличчя не змінена, наявний включений дефект зубного ряду нижньої щелепи за рахунок відсутності 35, 36, 37 зубів. Спостерігається зміщення 26, 27 у вертикальному напрямку на 2-2,5 мм відносно оклюзійної площини та збільшення альвеолярного відростка. Шийки зубів не оголені. Визначте патологічний стан пацієнта.

A Дивергенція зубів
B Вертикальна аномалія
C Конвергенція зубів
D Зубоальвеолярне подовження
E Функціональне перевантаження зубів

338. Пацієнт 48 років скаржиться на біль в зубах під час жування, кровоточивість ясен, рухомість зубів I ступеня. Зубні ряди інтактні. Проводиться вибіркове пришліфовування зубів. Скільки відвідувань необхідно зробити пацієнту в даному випадку?

A 5 відвідувань
B 1 відвідування
C 3 відвідування
D 2 відвідування
E 4 відвідування

339. Пацієнт 45 років скаржиться на кровоточивість ясен і рухомість фронтальних зубів нижньої щелепи. Наявність бруксизму. Об-но: зуби інтактні, відсутній множинний контакт у центральній оклюзії. Відмічається наявність передчасних контактів 47, 46, 45, 35, 36, 37. Яка тактика лікаря?

A Зішліфувати схили горбків
B Зішліфувати опорні горбки
C Зішліфувати вершину горбків
D Зішліфувати жувальні поверхні
E Зішліфувати зуби-антагоністи

340. Пацієнт 60 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології з метою протезування. Рік тому лікувався з приводу перелому нижньої щелепи зліва. Об-но: на верхній щелепі відсутні 17, 26, на нижній - 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46. Зуби, що залишились, стійкі. Трансверзальне порушення оклюзії у зв'язку з оральним зміщенням 33, 34, 35, 36, 37. Від операції кровавої репозиції відламків нижньої щелепи пацієнт відмовився. Який метод лікування найбільш доцільний?

A Ортодонтичне лікування
B Протезування знімним протезом з дублюючим зубним рядом
C Протезування знімним протезом з шарніром в ділянці лінії перелому
D Видалення 33, 34, 35, 36, 37 з наступним протезуванням
E Апаратно-хірургічний метод лікування

341. Пацієнт 40 років скаржиться на біль під час прийому їжі в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба зліва. Три місяці тому були видалені 36 та 46 зуби. Біль з'явився тиждень тому. Об-но: обличчя симетричне,

відкривання рота в повному обсязі, зубні горбки круті. При рентгенологічному обстеженні патологічних змін у елементах суглоба не виявлено. Спостерігаються численні передчасні контакти зубів. Що повинен виконати лікар на початковому етапі ортопедичного лікування?

A Усунути дефект зубного ряду штамповано-паяними мостоподібними протезами
B Усунути дефект зубного ряду суцільнолитими мостоподібними протезами
C Провести вибіркове пришліфовування зубів
D Накласти шини Тігерштедта із зачіпними гачками і гумовою тягою
E Іммобілізувати нижню щелепу за допомогою шин Васильєва

342. Пацієнт 45 років скаржиться на естетичну ваду. Об-но: 12, 11, 21, 22 зуби стерті на $^1/_2$ висоти коронок, але контактують з антагоністами за рахунок «вакантної гіпертрофії» альвеолярного відростка. Решта зубів інтактні. Міжальвеолярна висота не порушена. Оберіть тактику лікування даного пацієнта на першому етапі.

A Виготовлення накусочної пластинки з похилою площиною
B Покриття бічних зубів стабілізуючою капою
C Покриття стертих зубів пластмасовою капою
D Виготовлення релаксаційної капи
E Покриття бічних зубів роз'єднуючо-репозиційною капою

343. Пацієнт 40 років скаржиться на біль під час прийому їжі в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба справа. Три місяці тому були видалені 36 та 46 зуби. Біль з`явився тиждень тому. Об-но: обличчя симетричне, відкриття рота в повному обсязі, зубні горбки виражені. При рентгенологічному обстеженні патологічних змін в елементах суглоба не виявлено. Виявлено численні передчасні контакти зубів. Що повинен виконати лікар на початковому етапі ортопедичного лікування?

A Усунути дефект зубного ряду штамповано-паяними мостоподібними протезами
B Усунути дефект зубного ряду суцільнолитими мостоподібними протезами
C Виконати вибіркове пришліфовування зубів
D Накласти шини Тігерштедта із зачіпними гачками і гумовою тягою
E Іммобілізувати нижню щелепу за допомогою шин Васильєва

344. Пацієнт 46 років скаржиться на порушення функції жування унаслідок відсутності зубів на верхній щелепі зліва. Об-но: патології твердих тканин зубів та пародонта не виявлено. На підставі яких ознак можна встановити діагноз вторинної деформації зубних рядів?

A Неправильна форма зубної дуги
B Поворот зуба навколо своєї осі
C Скупченість зубів
D Супра- та інфраоклюзія

E Треми, діастема

345. У пацієнта 49 років діагностовано зубоальвеолярне подовження у ділянці 25, 26, 27. Виправлення оклюзії методом підвищення міжальвеолярної висоти бажаних результатів не дало. Який метод вирівнювання оклюзійної поверхні показаний у даному випадку?

A Ортодонтичний
B Хірургічний
C Вкорочення зубів
D Зниження міжальвеолярної висоти
E Апаратно-хірургічний

346. Пацієнтка 45 років звернулась у клініку з метою протезування. Об-но: відсутні 47, 46, 45, 35, 36, 37 зуби. Спостерігається зубоальвеолярне вертикальне переміщення 17, 16, 26, 27 зубів, альвеолярний відросток збільшений, шийки зубів не оголені. При змиканні зубних рядів відстань між оклюзійними поверхнями зубів та альвеолярним відростком близько 6 мм. Визначте найбільш раціональний метод лікування вторинної деформації у даної хворої.

A Метод дезоклюзії
B Хірургічний
C Метод зішліфовування зубів
D Апаратно-хірургічний метод
E Депульпування та зішліфування

347. У хворої 36 років визначається зубоальвеолярне подовження 26, 27 зубів (початкова стадія 2-ї форми за Пономарьовою). Яким методом доцільно усувати дану деформацію?

A Методом підвищення міжальвеолярної висоти
B Ортодонтичним
C Апаратно-хірургічним
D Вкороченням зубів
E Ортопедичним

348. Пацієнт 40 років скаржиться на часткову відсутність зубів, погане пережовування їжі. Об-но: відсутні 48, 47, 46, 45, 44 зуби, 17, 16 та 15 зміщені разом із альвеолярним відростком до альвеолярного відростка нижньої щелепи. Які причини зумовили виникнення феномену Попова- Годона?

A Втрата зубів-антагоністів
B Рахіт
C Травма
D Ротове дихання
E Каріозна хвороба

349. Пацієнт 47 років скаржиться на дефекти зубного ряду. Об-но: на верхній щелепі дефекти зубного ряду III класу за Кеннеді. Зуби на нижній щелепі висунулися в бік відсутніх зубів, з оголенням коренів на $^1/_3$ довжини. Яка назва даного феномена?

A Стептона-Капдепона

B Попова-Годона
C Папійона-Лефевра
D Летерера-Зіве
E Гаврилова

350. Пацієнт 60 років звернувся з метою протезування. Об-но: на нижній щелепі дефект зубного ряду III класу за Кеннеді. Зуби, що обмежують дефект, нахилені в бік дефекту під кутом 45°, верхній зубний ряд інтактний. Яка конструкція протеза буде доцільна в даному випадку?

A Частковий знімний пластинковий протез
B Бюгельний протез
C Розбірний мостоподібний протез
D Консольний мостоподібний протез
E Штамповано-паяний мостоподібний протез

12.16. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба

351. Пацієнтка 38 років скаржиться на біль спереду проекції зовнішнього слухового проходу, клацання при відкриванні рота, «закладання» у вухах. Об-но: обличчя симетричне, відкривання рота за рівною траєкторією. Дефект зубного ряду верхньої щелепи I класу за Кеннеді, відсутні 18, 17, 16, 26, 27, 28. Яке з анатомічних утворень сприймає найбільше навантаження ?

A Дно суглобової ямки скроневої кістки
B Суглобова головка
C Дистальний скат медіального суглобового горбика
D Суглобовий диск (меніск)
E Капсула суглоба

352. Пацієнтка 40 років скаржиться на хрускіт у ділянці проекції скронево-нижньощелепного суглоба справа, який виникає в кінцевій фазі відкривання рота. Суглобові звуки з'явились після протезування. Відкривання рота вільне, за прямою траєкторією, амплітуда відкривання 5 см. Який діагноз найбільш імовірний ?

A Перфорація меніска
B Вивих нижньої щелепи
C Передній вивих суглобового диску
D Задній вивих суглобового диску
E Підвивих нижньої щелепи

353. Пацієнт 50 років скаржиться на біль в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба при відкриванні рота. Зубна формула 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44. При відкриванні рота нижня щелепа зміщується зигзагоподібно у бік пацієнта суглоба. Для якого патологічного стану характерні дані симптоми?

A М'язово-суглобова дисфункція
B Звичний вивих скронево-нижньощелепного суглоба
C Склерозуючий артроз скронево-нижньощелепного суглоба
D Хронічний артроз скронево-нижньощелепного суглоба
E Деформуючий артроз скронево-нижньощелепного суглоба

354. У пацієнта 37 років діагностовано: артроз скронево-нижньощелепного суглоба. При аускультації лікар почув патологічний шум в ділянці суглоба, а саме «клацання», які виникають при навантаженні. Який механізм виникнення даного патологічного шуму?

A Тертя кісткових поверхонь в суглобі
B Асинхронний рух диска і суглобової голівки
C Ослаблення зв'язок скронево-нижньощелепного суглоба
D Кальцифікація диска сконево-нижньощелепного суглоба
E Запалення хрящової тканини диска

355. У хворої рентгенологічно виявлено сплощення голівки правого скронево-нижньощелепного суглоба, утворення екзофітів у ділянці шийки суглобового відростка і вирізки гілки нижньої щелепи. З анамнезу відомо про поступове порушення рухів нижньої щелепи. Яке захворювання суглоба має пацієнт?

A Хронічний артрит
B Гострий артрит
C Деформуючий артроз
D Кістковий анкілоз
E Фіброзний анкілоз

356. Жінка 45 років скаржиться на вивих скронево-нижньощелепного суглоба, що часто повторюється. Об-но:

-161514131211/212223242526-
-464544434241/313233343536-

Діагностовано звичний вивих скронево-нижньощелепного суглоба. Виберіть метод ортопедичного лікування даної хворої.

A Повна іммобілізація рухів нижньої щелепи
B Міогімнастика
C Масаж
D Обмеження відкривання рота
E Проведення фізіотерапевтичних процедур

357. Пацієнт 30 років скаржиться на часті вивихи нижньої щелепи. Об-но: зубні ряди збережені, ортогнатичний прикус. Визначається клацання в скронево-нижньощелепному суглобі при відкриванні рота. Застосування якого із зазначених апаратів дозволить запобігти вивиху?

A Апарат Оксмана
B Апарат Лімберга
C Апарат Збаржа
D Апарат Шура
E Апарат Петросова

358. Пацієнт 45 років скаржиться на біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба при вживанні твердої їжі. В анамнезі лікування з приводу артриту скронево-нижньощелепного суглоба зліва. При обстеженні виявлено локалізовану форму патологічного стирання зубів нижньої щелепи, множинні передчасні контакти зубів. Коронкова частина 36 зуба відновлена

цементною пломбою. Глибоке різцеве перекриття. Яка найбільш імовірна причина виникнення захворювання скронево-нижньощелепного суглоба?

A Приймання твердої їжі
B Передчасні контакти зубів
C Запалення пульпи 36 зуба
D Запалення періодонта 36 зуба
E Глибоке різцеве перекриття

359. Пацієнт 48 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології зі скаргами на скованість руху в суглобах, особливо зранку, хрускіт при відкриванні рота. Рентгенологічне обстеження: деформація суглобової головки та суглобового горбка, звуження та деформація суглобової щілини. Яка найбільш вірогідна патологія зумовлює дану картину?

A Несправжній суглоб
B Звичний вивих
C Артроз скронево-нижньощелепного суглоба
D Артрит скронево-нижньощелепного суглоба
E Синдром Костена

360. Пацієнт 54 років скаржиться на больові відчуття в скронево-нижньощелепному суглобі. В анамнезі лікування з приводу склерозуючого артрозу. Об-но: зубні ряди інтактні. Прикус ортогнатичний. Які найбільш виражені зміни скронево-нижньощелепного суглоба у цього пацієнта?

A Дистрофія суглобових кісток
B Запалення суглоба
C Деформація суглобової головки
D Склерозування конгруентних поверхонь суглоба
E Деструкція суглобової головки

361. Пацієнтка 36 років скаржиться на різкий біль, клацання в правому скронево-нижньощелепному суглобі, печію в ділянці правого зовнішнього слухового проходу. Рухи нижньої щелепи східцеподібні, з короткочасними блокуючими моментами в суглобі та гострим болем. Об-но: обличчя симетричне. Прикус ортогнатичний, при внутрішньоротовій пальпації латеральних крилоподібних м’язів відчувається біль справа. На томограмах: контури кісткових структур суглобових поверхонь рівні, гладкі. Який найбільш імовірний діагноз?

A Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба
B Ревматичний артрит скронево-нижньощелепного суглоба
C Гострий посттравматичний артрит скронево-нижньощелепного суглоба
D Деформуючий артроз скронево-нижньощелепного суглоба
E Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба

362. Пацієнт 50 років скаржиться на біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба. При обстеженні виявлено горизонтальну генералізовану форму патологічного стирання зубів та гіпертонус жувальних м’язів. Планується виготовлення капи. Який лікувальний ефект вона зумовить?

A Усунення гіпертонусу жувальних м’язів
B Координація функції жувальних м’язів
C Перебудова міостатичного рефлексу
D Перебудова періодонтально-м’язового рефлексу
E Збільшення висоти обличчя

363. Пацієнт 45 років скаржиться на гострий біль у пришийкових ділянках зубів при термічному подразненні, болі та потріскування у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба, ранкову обмеженість рухів нижньої щелепи. Об-но: наявність генералізованої форми клиноподібних дефектів на обох щелепах. Яка найбільш імовірна причина появи клиноподібних дефектів?

A Надмірне вживання солодкої та кислої їжі
B Патологія скронево-нижньощелепного суглоба
C Використання надмірно твердої зубної щітки
D Неправильна техніка чищення зубів
E Низький рівень гігієни ротової порожнини

364. Пацієнту 37 років зі звичним вивихом нижньої щелепи виготовляється незнімний апарат для обмеження відкривання рота. Який термін користування даним апаратом?

A 3-4 тижні
B 1-2 тижні
C 2-3 місяці
D 5-6 тижнів
E 4-5 років

365. У пацієнта 37 років діагностовано артроз скронево-нижньощелепного суглоба. При аускультації лікар почув патологічний шум у ділянці суглоба, а саме «клацання», які виникають при навантаженні. Який механізм виникнення даного патологічного шуму?

A Кальцифікація диска скронево-нижньощелепного суглоба
B Тертя кісткових поверхонь у суглобі
C Ослаблення зв’язок скронево-нижньощелепного суглоба
D Асинхронний рух диска і суглобової голівки
E Запалення хрящової тканини диска

366. Пацієнтка скаржиться на обмежене відкривання рота. З анамнезу встановлено наявність внутрішньосуглобових розладів у лівому скронево-нижньощелепному суглобі. Рентгенологічне обстеження: субхондральний склероз суглобових площадок, рівномірне звуження суглобової щілини, обмеження екскурсії у лівому скронево-нижньощелепному суглобі. Який діагноз найбільш імовірний?

A Гострий серозний артрит скронево-нижньощелепного суглоба зліва
B Деформуючий артроз скронево-нижньощелепного суглоба зліва
C Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба зліва
D Гострий гнійний артрит скронево-нижньощелепного суглоба зліва

E Артроз скронево-нижньощелепного суглоба зліва

367. Пацієнтка 46 років скаржиться на утруднене відкривання рота, підвищення температури тіла, набряк тканин у ділянці обох скронево-нижньощелепних суглобів. З анамнезу встановлено: 2-3 місяці тому протягом декількох днів був нетривалий двосторонній біль у привушно-жувальних ділянках, обмеження відкривання рота, відчуття напруження і дискомфорту у ділянках лівого і правого скронево-нижньощелепних суглобів. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

A Ревматичний артрит
B Інфекційний артрит
C Артроз
D Фіброзний анкілоз
E Деформуючий артроз

368. Пацієнтка 46 років скаржиться на біль у привушно-жувальній ділянці зліва, порушення рухів нижньої щелепи, підвищення температури тіла до 38° С, загальну слабкість. Об-но: почервоніння шкіри над лівим скронево-нижньощелепним суглобом, набряк тканин довкола, пальпація привушної ділянки різко болісна. Порушення функції лівого скронево- нижньощелепного суглоба. Який діагноз найбільш імовірний?

A Артроз скронево-нижньощелепного суглоба зліва
B Гострий серозний артрит скронево-нижньощелепного суглоба зліва
C Гострий гнійний артрит скронево-нижньощелепного суглоба зліва
D Деформуючий артроз скронево-нижньощелепного суглоба зліва
E Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба зліва

369. Пацієнт 46 років скаржиться на неприємні відчуття та шум у вухах, утруднене пережовування їжі, нервозність. Об-но: двосторонній кінцевий дефект зубного ряду нижньої щелепи, обмежений першими премолярами, горизонтальне стирання передніх зубів, зигзагоподібне закривання рота. Для якого захворювання характерні ці прояви?

A Часткова втрата зубів
B Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба
C Надмірна втрата зубів
D Генералізований пародонтит
E Неврит слухового нерва

370. В клініку ортопедичної стоматології звернувся пацієнт 34 років зі скаргами на біль, хрускіт в кінцевій фазі відкривання рота. В анамнезі «вивих». Амплітуда максимального відкривання рота - 58 мм. До якої величини необхідно обмежити відкривання рота?

A До 25-30 мм
B До 40-50 мм
C До 50-60 мм
D До 10-15 мм
E До 90-100 мм

12.17. Захворювання слизової оболонки ротової порожнини

371. Пацієнт 40 років скаржиться на утруднене вживання їжі у зв'язку з травмуванням слизової оболонки альвеолярного відростка верхньої щелепи протягом 3-х днів. Об-но: на рівні перехідної складки 14, 15 з вестибулярного боку декубітальна виразка розміром 1х3 мм з гладкими краями рожевого кольору. Який діагноз у пацієнта?

A Травматичний стоматит
B Кандидоз
C Алергічний стоматит
D Туберкульозна виразка
E Сифілітична виразка

372. Пацієнтка 65 років з'явилась через 2 дні після накладання часткового знімного протеза зі скаргами на наявність виразок на слизовій оболонці порожнини рота. Яка причина виникнення виразок біля краю базису часткового знімного пластинкового протеза?

A Погана фіксація пластинкового протеза
B Механічна травма, викликана краєм базису протеза
C Неправильне розташування кламерної системи
D Надмірне вживання грубої їжі
E Помилки в підборі форми і кольору штучних зубів

373. Пацієнтка 54 років скаржиться на постійне відчуття печії в ділянці слизової оболонки протезного ложа, сухість у роті. Об-но: в ротовій порожнині повні знімні протези. Встановлено діагноз: алергічний стоматит. Яка клінічна картина аналізу крові підтверджує цей діагноз?

A Лейкопенія, моноцитоз, прискорення ШОЕ
B Лейкоцитоз, еритропенія, прискорення ШОЕ
C Лейкопенія, лімфоцитоз, моноцитоз
D Лейкоцитоз, лімфоцитоз, моноцитоз
E Еритропенія, моноцитоз, прискорення ШОЕ

374. На другий день після фіксації часткових знімних пластинкових протезів Пацієнт скаржиться на печію в ротовій порожнині, неприємний присмак під час користування протезами. Об-но: слизова оболонка гіперемована, гіперсалівація. Перед виготовленням нових протезів користувався старими 5 років. Схожих скарг не було. Яка можлива причина цього явища?

A Порушення правил користуванням протезами
B Алергічна реакція на компоненти базисної пластмаси
C Порушення гігієни ротової порожнини
D Наявність залишкового мономера в базисі протеза
E Погана якість базисної пластмаси

375. Жінка 65 років, якій виготовлено повний знімний протез на нижню щелепу, скаржиться на печію, набряк слизової оболонки. Об-но: слизова оболонка альвеолярного відростка нижньої щелепи, губ, щік, язика гіперемована. Спостерігається набрякання нижньої губи. Який діагноз найбільш імовірний у даному випадку?

A Синдром Стівенса-Джонсона
B Набряк Квінке
C Травматичний протезний стоматит
D Реакція слизової оболонки на протезування
E Алергічний протезний стоматит

376. Чоловік 60 років скаржиться на біль на нижній щелепі в бічній ділянці справа. Біль підсилюється під час вживання їжі. З анамнезу: три дні тому пацієнту був накладений повний знімний протез на нижню щелепу. Об-но: на нижній щелепі повний знімний протез. У бічній ділянці справа по перехідній складці, що відповідає краю протеза, дефект слизової оболонки овальної форми, краї вкриті білим нальотом. При доторкуванні - різкий біль. Який діагноз найбільш імовірний у даного пацієнта?

A Декубітальна виразка
B Алергічний стоматит
C Токсичний стоматит
D Актиномікотична виразка
E Сифілітична виразка

377. Чоловік скаржиться на печію в ділянці слизової оболонки твердого піднебіння при користуванні частковим знімним пластинковим протезом, виготовленим тиждень тому. Діагностовано алергічний контактний стоматит. Визначте тактику лікування, якщо відомо, що умов для виготовлення дугового протеза немає, а пацієнт вперше користується знімною конструкцією.

A Накладання виготовленого протеза з частим полосканням водою, та прийманням гіпосенсибілізуючих засобів
B Виготовлення нового знімного протеза з металевим базисом
C Виготовлення нового протеза з додаванням в пластмасове тісто меншої кількості мономера
D Виготовлення нового протеза з додаванням в пластмасове тісто меншої кількості полімеру
E Кип’ятіння раніше виготовленого протеза в дистильованій воді протягом 10 хвилин.

378. Пацієнт В. звернувся зі скаргами на неприємний запах із рота, біль в бічній ділянці нижньої щелепи зліва. Об-но: на нижній щелепі паяний мостоподібний протез з опорою на 35, 37 зуби. Тіло мостоподібного протеза щільно контактує зі слизовою оболонкою. Слизова оболонка в цій ділянці гіперемована, набрякла. Яка причина травми ?

A Довгий край коронки
B Промивна форма мостоподібного протеза
C Неправильне співвідношення проміжної частини до альвеолярного відростка
D Короткий край коронки
E Відсутність екватора

379. Пацієнтка 49 років скаржиться на значну печію слизової оболонки під протезами, особливо верхнім. Повні знімні протези виготовлені 2 дні тому. Негативні відчуття зменшуються після видалення протезів, але повністю не зникають. Об-но: гіперемія та набряк слизової оболонки в межах протезного ложа. Сосочки язика згладжені, атрофовані, гіпосалівація. У клінічному аналізі крові лейкоцитоз, еритремія, збільшення ШОЕ. Який діагноз найбільш імовірний ?

A Кандидоз
B Протезний алергічний стоматит
C Протезний травматичний стоматит
D Протезний токсичний стоматит
E Медикаментозний стоматит

380. Під час консультації пацієнта з приводу виготовлення відновлюючої коронки на 36 зуб лікар виявив на лівій бічній поверхні язика виразку округлої форми, тверду, безболісну, блискучу. Назвіть найбільш імовірний діагноз ?

A Червоний плескатий лишай
B Декубітальна виразка
C Туберкульозна виразка
D Виразково-некротичний стоматит Венсана
E Сифілітична виразка

381. Пацієнт 57 років скаржиться на печію під повним знімним протезом, яким користується протягом 2 днів. Проби провокації та експозиції позитивні. При огляді ротової порожнини фіксується запалення слизової оболонки в місці контакту з протезом. Визначте діагноз.

A Гальваноз
B Алергічний стоматит
C Травматичний стоматит
D Наявність соматичних захворювань
E Токсичний стоматит

382. Пацієнтка 57 років скаржиться на утруднене користування повними знімними протезами, виготовленими місяць тому, постійне відчуття печії, сухості слизової оболонки. Із анамнезу: раніше протягом 8 років користувалася повними знімними протезами Об-но: гіперемія, набряк слизової оболонки порожнини рота, мілкі афтоподібні папіломатозні розростання під протезом. Слина тягуча, клейка. Гострий дерматит. Який діагноз найбільш імовірний?

A Токсико-хімічний стоматит
B Травматичний стоматит
C Алергічний контактний стоматит
D Механічна травма
E Виразково-некротичний стоматит

383. Пацієнт 42 років скаржиться на больові відчуття у бічній ділянці нижньої щелепи з язикового краю зліва, що виникають при рухах язика. 2 дні тому пацієнту виготовили частковий знімний протез на нижню щелепу з

кламерною фіксацією на 47, 42, 33 зуби. На слизовій оболонці в ретроальвеолярній ділянці визначається локалізована ділянка гіперемії, яка відповідає краю протеза. Який діагноз найбільш імовірний ?

A Гальваноз
B Токсичний стоматит
C Алергічний стоматит
D Травматичний стоматит
E Кандидоз

12.18. Щелепно-лицева ортопедія

384. У пацієнта 62 років серединний перелом нижньої щелепи з утворенням несправжнього суглоба. Об-но: зубна формула 47, 46, 45, 44, 43,33, 34, 35, 36, 37. Зуби інтактні, стійкі, коронки високі. Рухомість відламків незначна, зміщення немає. Застосування якого протеза більш показане?

A Мостоподібний протез із шарніром
B Пластинковий протез без шарніра
C Пластинковий протез із шарніром Гаврилова
D Пластинковий протез із шарніром Оксмана
E Пластинковий протез із шарніром Ванштейна

385. Пацієнтка 62 років звернулася з метою протезування. При обстеженні визначений несправжній суглоб у ділянці ментального отвору нижньої щелепи справа. Відсутні 18, 27, 28, 38, 37, 35, 34, 31, 41, 44, 45, 46, 48 зуби. Від операції остеосинтезу пацієнтка відмовилася. Яка конструкція забезпечить найбільшу (індивідуальну) рухомість частин знімного протеза?

A Кулясте (двосуглобне) зчленування за Оксманом
B Дротяний шарнір Гаврилова
C Шарнір Ванштейна
D Шарнір Коппа I типу
E Шароамортизаційний кламер Курляндського

386. У дівчини 17 років неправильно зрощений перелом нижньої щелепи з утворенням переднього відкритого прикусу. Об-но: зубні ряди інтактні, зуби стійкі. Між передніми зубами верхньої і нижньої щелеп вертикальна щілина розміром до 3 мм. Який метод лікування більш показаний?

A Зішліфування артикулюючих зубів
B Ортодонтичне лікування
C Видалення артикулюючих зубів
D Протезування коронками
E Виготовлення протеза з подвійним зубним рядом

387. Пацієнт 59 років звернувся з метою протезування. Три місяці тому лікувався з приводу перелому тіла нижньої щелепи зліва. Об-но: відсутні 18, 27, 28, 38, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, зуби. Прикус перехресний лівобічний із змиканням зубів бічними поверхнями. Який метод лікування найбільш ефективний?

A Пришліфовування зубів з подальшим незнімним протезуванням
B Знімний протез із подвійним зубним рядом

C Ортодонтичне лікування
D Незнімний протез на імплантатах
E Знімний протез з кламерами за Кемені

388. Пацієнт 51 року протягом 24 днів перебував на стаціонарному лікуванні з приводу перелому нижньої щелепи. Після зняття шин відчув обмежене відкривання рота, незначний біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба. Об-но: відстань між ріжучими краями центральних різців при максимальному відкриванні рота становить 2,5 см. Встановіть діагноз.

A Неправильно зрощений перелом
B Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба
C Контрактура нижньої щелепи
D Мікростомія
E Несправжній суглоб

389. Пацієнт 41 року звернувся до лікаря-стоматолога-ортопеда зі скаргами на обмежене відкривання рота (1-2 см), яке пов'язує з результатами перелому нижньої щелепи. Встановлено діагноз: посттравматична контрактура нижньої щелепи. Яке ортопедичне лікування необхідно призначити даному пацієнту?

A Ортодонтичне лікування
B Міжщелепний витяг
C Шини з похилою площиною
D Механотерапію
E Вибіркове вирівнювання оклюзійної поверхні

390. Пацієнту 50 років з мікростомією виготовляють частковий знімний протез. Які відбиткові ложки краще використати для отримання відбитків?

A Стандартні індивідуалізовані
B Стандартні металеві
C Стандартні одноразові
D Стандартні перфоровані
E Стандартні розрізані

391. Пацієнт 53 років скаржиться на відсутність зубів на нижній щелепі. Об-но: мікростомія, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 45, 46, 47, 48 відсутні. Зуби, що залишилися, стійкі, нерухомі. Яку конструкцію протеза необхідно виготовити пацієнту?

A Розбірний частковий знімний пластинковий протез
B Частковий знімний пластинковий протез на нижню щелепу
C Мостоподібний протез з опорою на 43, 33 і знімний протез
D Бюгельний протез
E Шину-протез

392. Пацієнт К., 34 років скаржиться на гострий біль в зубах у фронтальній ділянці верхньої щелепи, який підсилюється при накушуванні, рухомість і зміщення зубів. В анамнезі травма обличчя. Об-но: зуби 11, 12 рухомі I-II ступенів, слизова оболонка в ділянці 11, 12, 13 зубів гіперемована. На рентгенограмі - в ділянці верхньої третини коренів 11, 12 - чіткі контури

перелому. Пальпація в ділянці проекції верхівок коренів 11, 12 та перкусія болючі. Яка першочергова тактика лікаря в даній клінічній ситуації?

A Провести резекцію верхівок коренів 11, 12
B Провести лігатурне ув'язування рухомих і стійких зубів
C Депульпувати 11, 12 зуби, виготовити штифтові конструкції
D Видалити рухомі зуби
E Накласти гладку шину-скобу

393. Пацієнт 32 років скаржиться на гострий біль, рухомість зубів у фронтальній ділянці верхньої щелепи, порушення мовлення, що виникли унаслідок травми. Об-но: альвеолярний відросток верхньої щелепи разом з 12, 11, 21 зубами зміщений вниз, є розриви слизової оболонки. Спостерігається рухомість опорних 16, 15, 14, 13, 22, 23, 24 зубів - I ступеня, клінічні коронки низькі. Яка ортопедична конструкція доцільна в цьому випадку для репозиції відламків?

A Сталева стаціонарна дротяна дуга завтовшки 1,2-1,5 мм з гумовою тягою
B Дротяна шина з П-подібним виступом униз з лігатурною тягою
C Дротяна шина з П-подібним виступом угору з гумовою тягою
D Шина Тігерштедта з опорною площиною
E Пружна дуга Енгля

394. Пацієнт 30 років отримав травму у ділянці середньої третини обличчя. Звернувся зі скаргами на біль, припухлість м'яких тканин в ділянці верхньої щелепи, біль при закриванні рота. При обстеженні діагностовано перелом верхньої щелепи типу Лефор-III. Яку шину необхідно використовувати при лікуванні?

A Шина Ванкевич
B Шина Лімберга
C Шина Гунінга-Порта
D Апарат Збаржа
E Шина Степанова

395. Пацієнт 68 років має дефект нижньої третини носа в результаті видалення злоякісної пухлини, у нього збережена спинка носа до середньої третини і зовнішні обриси ніздрів. Шкіра в ділянці основи носа стоншена, ерозована. Від пластичної операції пацієнт категорично відмовився. Який спосіб фіксації ектопротеза носа найбільш прийнятний у даному випадку?

A За допомогою головної шапочки
B За допомогою тасьми
C Прозорою липкою стрічкою
D Використання анатомічної ретенції
E На оправі окулярів

396. Чоловік 45 років скаржиться на виливання рідини через ніс, неможливість надути щоки. Об-но: у бічному відділі верхньої щелепи на рівні видаленого 26 перфораційний дефект альвеолярного відростка розміром 1х1,5 см. При видиханні повітря через ніс при затиснутих ніздрях виділення

бульок в ділянці перфорації. Яку конструкцію можна запропонувати пацієнту?

A Малий сідлоподібний протез із кламерною фіксацією
B Бюгельний протез з обтуруючою частиною
C Звичайний частковий знімний протез
D Звичайний мостоподібний протез
E Захисна піднебінна пластинка

397. Пацієнт А., 44 років скаржиться на невиразне мовлення, попадання рідкої їжі в носову порожнину. В анамнезі вогнепальне поранення. Об-но: зубний ряд верхньої щелепи з двосторонніми включеними дефектами зубного ряду, опорні зуби стійкі, в передній третині піднебіння дефект розміром 1,0х1,5 см, межі дефекту рубцево змінені, рубці мають заокруглену форму. Пацієнт від хірургічного лікування відмовився. Яка конструкція протеза показана даному пацієнту?

A Заміщуюча піднебінна пластинка
B Протез-обтуратор з двошаровим базисом
C Частковий знімний протез з утримуючими кламерами
D Розбірна конструкція - обтуратор, фіксуюча пластинка
E Бюгельний протез з обтуратором із еластичної пластмаси

398. Пацієнт 70 років з повною втратою зубів на верхній щелепі і дефектом твердого піднебіння скаржиться на утруднене вживання їжі, виливання рідкої їжі через ніс, часті хронічні захворювання слизової оболонки порожнини носа. Дефект на піднебінні утворився в результаті травматичного пошкодження (вогнепальне поранення). Об-но: альвеолярний відросток верхньої щелепи атрофований - I тип за Шредером, піддатливість за Суппле - 1 клас. На твердому піднебінні рубцевозмінений дефект розміром 2х3 см. Яка конструкція протеза найбільш доречна в даному випадку?

A М’який обтуратор і повний знімний протез
B Повний знімний протез із постановкою зубів на штучних яснах
C Повний знімний протез з системою внутрішнього і периферичного клапанів
D Повний знімний протез із потовщенням у ділянці дефекту
E Повний знімний протез із металевим базисом і м’яким обтуратором

399. Пацієнт 45 років звернувся у відділення ортопедичної стоматології для лікування після вогнепального поранення нижньої щелепи. Об-но: дефект м’яких тканин та кістки в ділянці підборіддя в межах від 33 до 43 зуба. 47, 46, 45, 44, 34, 35, 36, 37 зуби стійкі, інтактні. Який щелепно-лицевий апарат доцільно використати для формування м’яких тканин у фронтальній ділянці у післяопераційному періоді?

A За Оксманом
B За Шуром
C За Курляндським
D За Бетельманом
E За Вебером

400. Пацієнту 63 років після вогнепального поранення верхньої щелепи з дефектом верхньої губи та альвеолярного відростка планується реконструктивна операція з пластикою верхньої губи та кута рота. Якому щелепно-лицевому апарату варто надати перевагу?

A За Збаржем
B За Бетельманом
C За Оксманом
D За Курляндським
E За Шуром з пальцеподібними відростками

401. Пацієнт 52 років направлений в ортопедичне відділення хірургом онкологічного диспансеру з метою вибору конструкції протеза. Пацієнту планується проведення резекції альвеолярного відростка верхньої щелепи у фронтальній ділянці без сполучення з порожниною носа. Які повинні бути вимоги до конструкції пострезекційного протеза у даному випадку?

A Виготовляється знімний мостоподібний протез
B Обтуруюча частина протеза виготовляється порожнистою
C Виготовляється звичайний частковий знімний протез із постановкою зубів «на дотику»
D Виготовляється бюгельний протез з обтуратором
E Базис протеза в ділянці резекції виготовляється з потовщенням

402. Хворому 54 років планується операція видалення лівої половини верхньої щелепи з приводу злоякісної пухлини, що проросла з гайморової порожнини. Видалення буде проведено по серединному кістковому шву зі збереженням правої половини верхньої щелепи і зубного ряду. Який вид безпосереднього протезування найбільш прийнятний у даному випадку?

A Захисна пластинка за Збаржем
B За Шуром
C За Курляндським
D За Оксманом
E Захисна пластинка за Рофе

403. Військовослужбовець 20 років з великим дефектом у ділянці лівої половини верхньої щелепи із сполученням з порожниною носа і відсутністю 21, 22, 23, 24, 25, 26 користується протезом-обтуратором з кламерною фіксацією на 16, 11. Пацієнт звернувся повторно унаслідок рухомості опорних зубів, поганої фіксації протеза. Що в цьому випадку для покращення фіксації протеза рекомендував Оксман?

A Покриття опорних зубів коронками з напайками чи виступами Гафнера
B Накладання на перший премоляр кільця, яке з'єднане з фіксуючою частиною протеза
C Видалення другого премоляра для збільшення числа кламерів
D Виготовлення S-подібного дентоальвеолярного кламера на зуби здорової сторони
E Телескопічну систему фіксації

404. Пацієнту 52 років чотири місяці тому була проведена резекція правої і частини лівої верхньої щелепи з приводу злоякісної пухлини. Безпосередньо після операції він користувався захисною пластинкою. На верхній щелепі у пацієнта є великий наскрізний дефект піднебіння в ділянці 23, 24, 25, 26 зубів. Який найбільш раціональний спосіб фіксації резекційного протеза в даному випадку?

A За Збаржем
B За Варесом-Кнотько
C За Шуром
D За Оксманом
E За Курляндським

405. Хвора 50 років направлена на консультацію до ортопеда-стоматолога онкодиспансером з метою ортопедичного забезпечення післяопераційного періоду. Діагноз: адамантинома тіла нижньої щелепи з порушенням цілісності нижнього краю завдовжки 2 см. Який вид протеза рекомендовано в даній ситуації?

A Малий сідлоподібний протез з кламерною фіксацією
B Знімний пластинковий протез
C Шина-капа
D Однощелепна паяна шина
E Двощелепна шина Порта

406. Пацієнту 53 років планується резекція лівої половини нижньої щелепи разом з її гілкою. Показано виготовлення щелепного безпосереднього протеза за Оксманом. Який елемент протеза служить для утримання фрагмента нижньої щелепи, що залишився, від зміщення у бік дефекту?

A Фіксуюча частина в цілому
B Знімна або незнімна похила площина
C Багатокламерна система
D Частина резекції
E Штучні зуби

407. Пацієнт 25 років звернувся в клініку на третій день після травми обличчя зі скаргами на біль у нижній щелепі з обох боків, утруднене ковтання і дихання. Об-но: незначний набряк у ділянці підборіддя, фрагмент у ділянці 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зміщений вниз і назад. Одномоментна репозиція відламків не призвела до бажаного результату. Який апарат необхідно застосувати для репозиції відламка?

A Апарат Вебера
B Однощелепна капова шина з важелями за Курляндським
C Апарат Поста
D Апарат Бетельмана
E Апарат з пружними важелями за Катцом

408. Пацієнт 52 років звернувся в щелепно-лицевий стаціонар зі скаргами на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі: травма нижньої щелепи на рівні іклів зліва. Об-но: набряк на місці перелому,

утруднене відкривання рота. Обидві щелепи беззубі. Яку конструкцію потрібно запропонувати пацієнту ?

A Наясенна шина Гунінга
B Наясенна шина Порта
C Апарат Рудько
D Наясенна шина Лімберга
E Назубоясенна шина Ванкевич

409. Пацієнт 67 років скаржиться на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі: побутова травма нижньої щелепи. Об-но: зубний ряд на верхній щелепі збережений. Нижня щелепа беззуба, серединний перелом нижньої щелепи з дефектом кістки, набряк на місці перелому. Яка конструкція найбільш доцільна у даному випадку?

A Стандартний комплекс Збаржа
B Наясенна шина Порта
C Наясенна шина Гунінга
D Назубоясенна шина типу Вебер
E Назубоясенна шина Ванкевич

410. Постраждалий 52 років звернувся в щелепно-лицевий стаціонар зі скаргами на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі травма нижньої щелепи на рівні центральних різців. Припухлість на місці перелому. Відкривання рота вільне. Обидві щелепі беззубі. Яку конструкцію можна запропонувати пацієнту ?

A Назубоясенна шина Ванкевич
B Наясенна шина Лімберга
C Апарат Рудько
D Наясенна шина Гунінга
E Наясенна шина Порта

411. Жінка 65 років звернулась у клініку щелепно-лицевої хірургії у зв'язку з переломом беззубої нижньої щелепи (в зоні відсутніх премолярів з обох сторін - зі зміщенням відламків, у ділянці кута справа і вінцевого відростка зліва - без зміщення). В анамнезі: травма нижньої щелепи. Пацієнтка користується повним знімним протезом на нижній щелепі. Який метод іммобілізації варто застосувати?

A Протез хворої з фіксацією лігатурами до нижньої щелепи
B Остеосинтез з використанням кісткових рамок чи гвіздків
C Назубоясенну шину Ванкевич з однією похилою площиною
D Наясенні шини типу Лімберга, Шеремета
E Наясенні шини типу Гунінга-Порта

412. Пацієнт 25 років звернувся в клініку щелепно-лицевої хірургії у зв’язку з переломом нижньої щелепи (в зоні відсутніх молярів з обох сторін - зі зміщенням відламків). На обох щелепах залишилися по обидва боки перелому по 3 зуба. Який метод іммобілізації нижньої щелепи найбільш доцільний?

A Двощелепне витягування за допомогою шин Тігерштедта
B Назубоясенна шина Ванкевич з двома похилими площинами

C Остеосинтез з використанням кісткових рамок чи гвіздків
D Назубоясенна шина типу Вебер
E Лігатурне ув'язування зубів

413. Постраждалий 19 років доставлений у клініку з ознаками струсу головного мозку (нудота, багаторазова блювота). При обстеженні визначений перелом нижньої щелепи в ділянці ментального отвору справа зі зсувом відламків, зубні ряди інтактні, зуби стійкі. Чим необхідно провести шинування в умовах обмеженого часу (у зв'язку з несприятливим загальним станом)?

A Шиною Тігерштедта
B Пластмасовою шиною за Мареєм
C Стандартною стрічковою шиною Васильєва
D Назубоясенною шиною типу Вебер
E Назубоясенною шиною Ванкевич

414. Постраждалий 35 років доставлений бригадою швидкої допомоги у щелепно-лицевий стаціонар після травми обличчя на виробництві. Об-но: зубні ряди інтактні. Перелом нижньої щелепи у фронтальному відділі з дефектом кістки розміром 0,8 см, відламки рухомі. Проведена первинна хірургічна обробка рани, накладена асептична пов’язка. Який метод лікувальної іммобілізації відламків нижньої щелепи необхідно застосувати?

A Накладання шини Тігерштедта з похилою площиною
B Накладання шини Тігерштедта з розпірковим вигином
C Накладання шини Тігерштедта із зачіпними петлями
D Накладання витої шини-розпірки Ентеліса
E Накладання гладкої шини-скоби зі стенсовим вкладишем

415. Пацієнт 25 років звернувся в клініку щелепно-лицевої хірургії у зв’язку з переломом нижньої щелепи (в зоні відсутніх молярів з обох сторін - зі зміщенням відламків). На обох щелепах залишилися по обидва боки перелому по 3 зуба. Для іммобілізації запропонована шина Ванкевич з двома похилими площинами. Надайте характеристику цієї шини згідно з класифікацією Бетельмана.

A Позалабораторна, однощелепна, назубна
B Позаротова
C Внутрішньоротова, двощелепна, ясенна, знімна
D Внутрішньопозаротова
E Внутрішньоротова, однощелепна, назубоясенна, знімна, лабораторна

416. Постраждалий 52 років звернувся в щелепно-лицевий стаціонар зі скаргами на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі травма нижньої щелепи на рівні іклів зліва. Об-но: припухлість на місці перелому, утруднене відкривання рота. Обидві щелепи беззубі. Яку конструкцію доцільно запропонувати пацієнту ?

A Апарат Рудько
B Наясенна шина Порта
C Наясенна шина Лімберга

D Наясенна шина Гунінга
E Назубоясенна шина Ванкевич

417. Пацієнт 53 років скаржиться на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі: побутова травма нижньої щелепи. Об-но: зубний ряд на верхній щелепі збережений, нижня щелепа беззуба, серединний перелом нижньої щелепи з дефектом кістки, припухлість на місці перелому. Яка конструкція найбільш доцільна у даному випадку?

A Назубоясенна шина Ванкевич
B Наясенна шина Порта
C Наясенна шина Гунінга
D Назубоясенна шина типу Вебер
E Стандартний комплекс Збаржа

418. Пацієнтка 52 років звернулася в щелепно-лицевий стаціонар зі скаргами на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі травма нижньої щелепи на рівні центральних різців. Об-но: припухлість на місці перелому. Відкривання рота вільне. Обидві щелепи беззубі. Яку конструкцію необхідно запропонувати Пацієнтці ?

A Наясенна шина Лімберга
B Наясенна шина Порта
C Апарат Рудько
D Наясенна шина Гунінга
E Назубоясенна шина Ванкевич

419. Чоловік 48 років звернувся зі скаргами на утруднене вживання їжі, деформацію прикусу. В анамнезі: перелом нижньої щелепи 2,5 місяця тому. Об-но: дефект нижньої щелепи у фронтальній ділянці 1,8 мм (несправжній суглоб). По обидва фрагменти нижньої щелепи є по 4 стійких зуба, перкусія безболісна. Яку конструкцію протеза необхідно використовувати у даному випадку?

A Протез із шароамортизаційним кламером за Курляндським
B Протез із шарніром за Оксманом із двосуглобовим зчленуванням
C Протез із шарніром за Оксманом з односуглобовим зчленуванням
D Шарнірний протез незнімної конструкції за Оксманом
E Безшарнірний знімний протез

12.19. Дентальна імплантація

420. Пацієнт 30 років, приватний підприємець, звернувся з метою протезування. Раніше ортопедичне лікування не проводилося. Об-но: зубний ряд верхньої щелепи безперервний. На нижній щелепі дефект зубного ряду II класу за Кеннеді із вкороченням зубної дуги справа до 44, решта зубів інтактні. Прикус ортогнатичний. Яка конструкція протеза найбільш раціональна в даному випадку?

A Мостоподібний протез на імплантатах
B Бюгельний протез із кламерною фіксацією
C Бюгельний протез із телескопічною фіксацією
D Малий сідлоподібний протез із опорно-утримуючим кламером
E Консольний незнімний протез

421. Пацієнт 22 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології з приводу відсутності 21 зуба, 11 і 22 зуби інтактні. Яка конструкція найбільш доцільна в даному випадку, якщо з часу видалення 22 зуба минуло 2 місяці?

A Одноетапна імплантація з одночасним виготовленням металокерамічної коронки
B Двоетапна імплантація
C Частковий знімний протез
D Штамповано-паяний протез із опорою на 11 і 22 зуби
E Металопластмасовий протез із опорою на 11 і 22 зуби

422. У пацієнта 45 років відсутні 11, 21 зуби. Проведена операція двоетапної імплантації. Через який час при сприятливому загоюванні рани на них можна буде закріпити штучні коронки?

A 7-9 місяців
B 1-3 місяці
C 4-6 місяців
D 10-12 місяців
E Більше 12 місяців

423. Пацієнту з повною відсутністю зубів у імплантологічному центрі запропонували операцію по вживленню біоінертних імплантатів. Оберіть матеріал для таких імплантатів.

A Сапфір
B Золото
C СПС
D Титан
E Фарфор

424. Пацієнту 35 років з одностороннім кінцевим дефектом зубного ряду верхньої щелепи було встановлено внутрішньокістковий імплантат у якості дистальної опори з метою протезування незнімним мостоподібним протезом з опорами на блоки «зуб-імплантат» та «імплантат-імплантат». Яким має бути оптимальне співвідношення опорних блоків і штучних зубів у мостоподібному протезі?

A 1,25
B 1,5
C 1,75
D 2,0
E 1,0

425. Пацієнту 46 років з метою протезування показана класична двоетапна хірургічна установка імплантатів на верхній щелепі. Який повинен бути інтервал між цими етапами?

A 1 місяць
B 3-6 місяців
C 1,5 місяця
D 2 місяці
E 0,5 місяця

426. Пацієнту 50 років з метою протезування показане встановлення імплантатів на верхній та нижній щелепах. Якому додатковому методу обстеження варто надати перевагу при плануванні імплантологічного лікування?

A Мастикаціодинамометрія
B Електроміомастикаціографія
C Ортопантомографія
D Міотонометрія
E Міографія

427. Пацієнту 38 років була проведена перша фаза ендоосальної імплантації у ділянці 13, 15 зубів. Через який період після загоювання необхідно проводити другу фазу імплантації?

A 1 тиждень
B 8-9 місяців
C 2-3 тижні
D 3-6 місяців
E 1-2 місяці

12.20. Військова ортопедична стоматологія

428. Під час бойових дій виникла необхідність у поповненні відбиткових матеріалів. У який комплект їх вкласти?

A ЗТ-3
B ЗЛ
C ЗТ-1
D ЗТ-2
E ЗП

429. Під час бойових дій у зубного техніка спеціалізованого шпиталю виникла потреба заміни зламаних зуботехнічних інструментів. У якому комплекті вони містяться?

A ЗТ-2
B ЗТ-1
C ЗТ-3
D ЗП
E ЗВ

430. Під час бойових дій у зубного техніка спеціалізованого шпиталю для виготовлення зубних протезів виникла потреба поповнення зуботехнічних матеріалів із комплекту. В якому комплекті вони містяться?

A ЗТ-1
B ЗТ-3
C ЗТ-2
D ЗП
E ЗВ

431. Під час бойових дій при розгортанні зубопротезної лабораторії у спеціалізованому шпиталі для виготовлення зубних протезів виникла потреба в заміні зламаного апарата «Самсон». В якому комплекті він міститься?

A ЗТ-3

B ЗТ-2
C ЗТ-1
D ЗП
E ЗВ

432. Щелепно-лицевий поранений по етапах евакуації був доставлений в окремий медичний батальйон (ОМедБ) з відкритим переломом нижньої щелепи. Пораненому була проведена первинна хірургічна обробка рани, зупинена кровотеча. Які ортопедичні заходи необхідно провести щелепно-лицевому пораненому на цьому етапі?

A Шини із зачіпними гачками на нижню щелепу за Тігерштедтом
B Накладання пращі з головною пов'язкою
C Апарат Збаржа
D Стандартні назубні стрічкові шини із сталі з зачіпами
E Однощелепна дротяна шина-скоба за Тігерштедтом

433. Рядовий 20 років отримав вогнепальне поранення з дефектом тіла нижньої щелепи. На якому етапі евакуації йому буде надана спеціалізована стоматологічна ортопедична допомога?

A На всіх етапах евакуації
B На полі бою
C В ОМедБ
D В ОМЗ (окремому медичному загоні)
E У госпітальній базі

434. В якому лікувальному закладі поранені на полі бою у щелепно-лицеву ділянку одержують відповідну ортопедичну (виготовлення лікувальних шин, апаратів, протезів) та зуболікарську допомогу?

A У СВПХГ (спеціалізованому військово-польовому хірургічному госпіталі)
B В ОМедБ
C В ОМЗ
D В евакогоспіталях
E У цивільних медичних закладах

12.21. Невідкладні стани

435. Під час препарування 45 зуба під штучну коронку чоловік 32 років знепритомнів. У нього широкі зіниці, що не реагують на світло, відсутні дих і пульс на сонних артеріях. Стоматолог приступив до надання допомоги. Які невідкладні заходи необхідно проводити у даному випадку?

A Чергувати непрямий масаж серця зі штучною вентиляцією легень (співвідношення масажу серця і вдихів 15:2)
B Проводити тільки непрямий масаж серця шляхом натиснення на ділянку середньої третини грудини з частотою 60-90 разів на хвилину
C Чергувати непрямий масаж серця зі штучною вентиляцією легень (співвідношення масажу серця і вдихів 2:15)

D Проводити тільки непрямий масаж серця шляхом натиснення на ділянку середньої третини грудини з частотою 20-30 разів на хвилину
E Проводити тільки штучну вентиляцію легень з частотою вдихів 16-18 на хвилину

436. Під час препарування 44 зуба у чоловіка 35 років виник сильний біль, що іррадіює у нижню щелепу. Біль зникає після прийому нітрогліцерину через 5 хвилин. З анамнезу встановлено, що подібні напади виникали і раніше при фізичному навантаженні, а в спокої вони зменшувалися. Який діагноз у пацієнта?

A Інфаркт міокарда
B Стенокардія
C Судомний синдром
D Судинний колапс
E Больовий шок

437. Чоловік 58 років, що страждає на стенокардію напруги, звернувся до стоматолога з гострим зубним болем. Під час лікування у пацієнта виник напад болю, що характеризується стискуючим болем за грудиною, з іррадіацією у ліве плече, шию і нижню щелепу. Прийом нітрогліцерину не зняв біль. Який діагноз у даного пацієнта?

A Ішемічна хвороба серця
B Стенокардія
C Інфаркт міокарда
D Больовий шок
E Анафілактичний шок

438. Під час лікування генералізованого пародонтиту в стадії загострення чоловік 32 років поскаржився на слабкість, запаморочення, шум у вухах, відчуття ознобу. Риси обличчя загострилися. Шкірні покриви стали блідими, вкрилися липким потом. Виник тремор кінцівок. Дихання стало поверхневим і прискореним. Відмічається слабкий пульс і тахікардія. Артеріальний тиск: 80/60 мм рт. ст. Який невідкладний стан розвинувся?

A Анафілактичний шок
B Інфаркт міокарда
C Судомний синдром
D Судинний колапс
E Напад стенокардії

439. З метою препарування 47 зуба жінці 48 років стоматолог провів анестезію 4% розчином септонесту. У пацієнтки виник пульсуючий головний біль, біль за грудиною, з'явилась гіперемія склер, сльозотеча, ціаноз слизової оболонки ротової порожнини, виражена задишка, гучне дихання. Артеріальний тиск знизився до 30/10 мм рт. ст. Пацієнтка знепритомніла. Який діагноз найбільш імовірний?

A Стенокардія
B Інфаркт міокарда
C Судомний синдром

D Судинний колапс
E Анафілактичний шок

440. Під час препарування 46 зуба у чоловіка 29 років виник напад судоми. З анамнезу було з’ясовано, що пацієнт хворіє на епілепсію. Судоми продовжувалися 40 хв. Під час надання допомоги цьому пацієнту протипоказано:

A Вставляти роторозширювач
B Закидати голову
C Видаляти зубні протези
D Повертати голову на бік
E Щільно притискати нижню щелепу до верхньої

441. Чоловік 28 років під час лікування періодонтиту 45 зуба, що загострився, поскаржився на запаморочення, шум у вухах, відчуття жару, нудоти, сухості в порожнині рота. Відмічає оніміння руки і ноги зліва. Носо-губна складка зліва згладилася, мовлення стало нерозбірливим, з'явилися судоми лицевих м’язів. АТ 170/100 мм рт. ст. Який діагноз найбільш імовірний?

A Судинний колапс
B Больовий шок
C Судомний синдром
D Гостре порушення кровообігу мозку
E Інфаркт міокарда

442. Під час лікування гострого дифузного пульпіту 25 зуба методом вітальної екстирпації у чоловіка 32 років виникли гучний подих, задишка (40 дихальних рухів на хвилину), виражений ціаноз шкіри і слизової оболонки ротової порожнини, болючий кашель без мокротиння. Пульс 130 ударів на хвилину, АТ 170/100 мм рт. ст. Який діагноз найбільш імовірний?

A Інфаркт міокарда
B Гіпертонічний криз
C Тромбоемболія легеневої артерії
D Анафілактичний шок
E Гострий напад бронхіолоспазму

443. Під час препарування 46 зуба чоловік 30 років знепритомнів. У нього широкі зіниці, що не реагують на світло, відсутні дихання і пульс на сонних артеріях. Стоматолог приступив до надання допомоги. Проводячи непрямий масаж серця, лікар розташував долоню лівої руки на нижній третині грудини, а праву наклав хрестоподібно і став натискати на грудину з частотою 10-20 разів на хвилину. Реанімаційні заходи виявилися неефективними. При наданні допомоги цьому пацієнту - з якою частотою повинний був натискати лікар на грудну клітину?

A Натискувати на грудину 10 - 15 разів на хвилину
B Натискувати на грудину 20 - 30 разів на хвилину
C Натискувати на грудину 60 - 90 разів на хвилину
D Натискувати на грудину 25 - 40 разів на хвилину
E Натискувати на грудину 45 - 50 разів на хвилину

444. Під час протезування чоловік 38 років поскаржився на слабкість, запаморочення, шум у вухах, відчуття ознобу. Риси обличчя загострилися. Шкірні покриви стали бліді і вкрилися липким потом. Виник тремор кінцівок. Дихання поверхневе і прискорене. Відзначається слабкий пульс і тахікардія. АТ 80/60 мм рт. ст. Який препарат протипоказано застосовувати при наданні допомоги даному пацієнту?

A 2,4% р-р еуфіліну
B 1% р-р мезатону
C 1% р-р кордіаміну
D 10% р-р кофеїну
E 0,1% р-р норадреналіну

445. Під час протезування зубів пацієнтка 52 років, яка страждає на гіпертонічну хворобу, поскаржилась на головний біль. Пацієнтка більше години сиділа у кріслі ортопеда, стомилась, нервувалася, ідучи до лікаря, не прийняла гіпотензивних засобів. Лікар вирішив, що через 10-15 хвилин закінчить маніпуляцію, попросив хвору потерпіти. Через деякий час у пацієнтки з'явилось запаморочення, нудота, ниючий біль за грудиною, погіршився зір. Інтенсивність головного болю зростала, з'явилось блювання. Пульс 64 уд/хв, ритмічний, напружений, артеріальний тиск 220/150 мм. рт. ст. Тони серця звучні, систолічний шум над верхівкою серця 2-го тону над аортою. Дихання везикулярне. Визначте діагноз у даному випадку.

A Гіпертонічний криз
B Інфаркт міокарда
C Стенокардія
D Гіпертонічна хвороба 2 ступеня
E Вроджена серцева недостатність

446. У пацієнта 66 років, що страждає на ІХС, атеросклероз, під час стоматологічного прийому з'явився сильний загрудинний біль, з іррадіацією в ліву лопатку, який супроводжувався онімінням лівої руки. Пацієнт зблід, на лобі виступив піт. АТ 140/90 мм. рт. ст., пульс 75 уд/хв, ритмічний. Біль не знімається валідолом, але після прийому «нітрогліцерину» став зменшуватись. Напад якої хвороби розвинувся у пацієнта?

A Інфаркт міокарда
B Стенокардія
C Гіпертонічний криз
D Тахікардія
E Пароксизмальна тахікардія

447. У пацієнта 30 років під час отримання відбитка з верхньої щелепи для виготовлення відновлювальної коронки раптово виникли збудження, прискорення та поглиблення дихання, прискорення пульсу, підвищення АТ, ціаноз, пітливість. Який діагноз найбільш вірогідний у даному випадку?

A Колапс
B Непритомність
C Асфіксія
D Гіпертонічний криз

E Інфаркт міокарда

448. Для анестезії під час препарування зубів був використаний препарат з немаркованою ампулою. Під час препарування пацієнт втратив свідомість, відмічалися судоми, блідість шкіри. Артеріальний тиск 80/60 мм. рт. ст. Яку помилку допустив лікар?

A Не виявив анамнез життя
B Не обробив місце уколу
C Не провів алергологічні проби
D Використав невідому речовину
E Не провів премедикацію

449. На прийомі у лікаря-ортопеда-стоматолога стан пацієнта після проведення торусальної анестезії погіршився: відмічаються бліді губи й щоки, набряклість обличчя, осиплість голосу. Який патологічний стан розвинувся у пацієнта?

A Набряк Квінке
B Кардіогенний шок
C Травматичний шок
D Колапс
E Септичний шок

450. У хворої 67 років під час препарування зубів під металокерамічні коронки розвинулась гіпоглікемічна кома. Що із переліченого необхідно ввести внутрішньовенно, якщо явища після випитого гарячого чаю продовжують наростати?

A Розчин калію
B Розчин кальцію
C Розчин лідокаїну
D Фізіологічний розчин
E Розчин глюкози

451. У пацієнта 59 років під час препарування зубів розвинувся колапс. Що із переліченого необхідно застосувати для надання першої допомоги?

A Розчин мезатону
B Розчин атропіну
C Розчин дибазолу
D Розчин супрастину
E Розчин ефедрину

452. Пацієнт 68 років з компенсованою формою інсулінозалежного цукрового діабету, який довго перебував у стоматологічній поліклініці (проводилося зняття чотирьох мостоподібних протезів і видалення двох коренів), раптово зблід, укрився липким потом, знепритомнів. Який патологічний стан розвинувся?

A Гіпертонічний криз
B Гіперглікемічна кома
C Гіпоглікемічна кома
D Гостра серцева недостатність
E Колапс

453. На прийомі у стоматолога у пацієнта виник гострий біль за грудиною, іррадіюючий у ліву руку і плече, відчуття нестачі повітря, страх. Яка із запропонованих речовин найбільш ефективна у даному випадку?

A Нітросорбід
B Діазепам
C Нітрогліцерин
D Парацетамол
E Анальгін

454. Під час стоматологічного втручання пацієнт 58 років поскаржився на сильний головний біль, шум у вухах, порушення зору у вигляді появи сітки перед очима, нестачу кисню, нудоту. Об-но: свідомість порушена, шкіряні покриви вологі, тремтіння рук, АТ 240/120 мм. рт. ст., пульс 96 ударів на хвилину. Який стан розвинувся у даного пацієнта?

A Інфаркт міокарда
B Гостра серцево-судинна недостатність
C Колапс
D Гіпертонічний криз
E Непритомність

455. Під час протезування зубів пацієнтка Г., 52 років, яка хворіє на гіпертонічну хворобу (більше години перебувала у стоматологічному кріслі, стомилась, нервувалась, ідучи до лікаря, не прийняла гіпотензивних засобів) поскаржилась на головний біль. Лікар вирішив, що через 10-15 хв закінчить примірку протезів. Попросив хвору потерпіти і продовжував маніпуляцію. Через деякий час у пацієнтки з'явилось запаморочення, нудота, ниючий біль за грудиною, погіршився зір. Інтенсивність головного болю зростала, з'явилось блювання. Пульс 64 уд/хв, ритмічний, напружений, АТ 220/150 мм. рт. ст. Тони серця звучні, систолічний шум над верхівкою серця 2-го тону над аортою. Дихання везикулярне. Визначте діагноз у даному випадку.

A Стенокардія
B Інфаркт міокарда
C Вроджена серцева недостатність
D Гіпертонічна хвороба 2 ступеня
E Гіпертонічний криз

456. У пацієнта 30 років під час отримання відбитка з верхньої щелепи для виготовлення відновлювальної коронки раптово виникли збудження, прискорення та поглиблення дихання, прискорення пульсу, підвищення АТ, ціаноз, пітливість. Який діагноз найбільш вірогідний у даному випадку?

A Асфіксія
B Непритомність
C Колапс
D Гіпертонічний криз
E Інфаркт міокарда

457. На прийомі у лікаря-стоматолога під час препарування зуба у пацієнта почався напад епілепсії. Напад був купований. Якої помилки припустився лікар?

A Не відмовив пацієнту у прийомі
B Не виявив анамнез захворювання
C Не провів анестезію
D Грубо проводив препарування
E Не виявив анамнез життя

458. В очікуванні своєї черги біля кабінету стоматолога-ортопеда сиділа пацієнтка Б., 64 років. Раптово вона впала, з’явилось хрипле дихання, судомне посмикування рук та ніг, обличчя та шия набули ціанотичного відтінку, зіниці розширились, реакція на світло відсутня. Артеріальний тиск і пульс не визначаються. Тони серця не прослуховуються. Відзначено мимовільне сечовиділення. Який стан характеризується вказаними симптомами?

A Епілепсія
B Клінічна смерть
C Шок
D Кома
E Колапс

459. Пацієнтка 76 років страждає на гіпертонічну хворобу. Звернулася з приводу наявності гострого болю в ділянці ікла верхньої щелепи справа. Під час лікування з'явився сильний головний біль, темні плями перед очима, відчуття шуму в голові. Свідомість збережена, АТ 210/120 мм. рт. ст. Яке ускладнення супутнього захворювання спостерігається?

A Колапс
B Асфіксія
C Гіпертонічний криз
D Інфаркт міокарда
E Непритомність

460. У юнака 22 років під час препарування зубів без анестезії раптом виникло запаморочення, блідість шкіри, легкий ціаноз губ, тимчасова втрата свідомості. Який невідкладний стан виник у пацієнта?

A Стенокардія
B Колапс
C Непритомність
D Інфаркт міокарда
E Гіпертонічний криз

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ

1C	2A	3E	4C	5B	6E	7A	8A	9C	10C
11E	12E	13A	14A	15A	16C	17B	18E	19A	20D
21E	22C	23E	24B	25D	26E	27A	28C	29D	30B
31A	32A	33C	34E	35D	36D	37E	38B	39B	40D
41C	42A	43A	44D	45B	46C	47C	48E	49A	50B
51D	52A	53D	54B	55C	56E	57D	58B	59E	60A
61C	62B	63B	64D	65A	66E	67C	68D	69B	70E
71E	72E	73A	74B	75C	76D	77D	78E	79A	80C
81C	82B	83A	84A	85C	86B	87D	88A	89A	90D
91A	92C	93A	94E	95B	96A	97A	98C	99D	100B
101A	102C	103D	104A	105B	106E	107A	108B	109C	110A
111E	112D	113C	114B	115A	116A	117B	118A	119C	120D
121A	122B	123C	124D	125E	126A	127B	128C	129C	130E
131A	132C	133B	134D	135E	136E	137A	138A	139A	140B
141B	142C	143C	144D	145D	146E	147E	148A	149A	150A
151B	152B	153B	154C	155C	156C	157D	158D	159D	160E
161E	162E	163A	164C	165A	166B	167D	168B	169E	170A
171E	172A	173B	174C	175D	176E	177B	178C	179D	180E
181A	182D	183E	184C	185B	186A	187B	188C	189D	190E
191E	192D	193C	194B	195A	196C	197B	198A	199E	200D
201A	202B	203C	204D	205E	206C	207A	208D	209B	210E
211A	212B	213C	214D	215E	216E	217B	218A	219D	220C
221A	222B	223D	224A	225D	226D	227B	228C	229B	230E
231B	232A	233C	234B	235C	236D	237A	238D	239B	240D
241A	242E	243E	244A	245C	246E	247B	248D	249B	250A
251C	252A	253C	254A	255B	256A	257C	258D	259A	260E
261C	262D	263C	264B	265B	266C	267D	268C	269A	270C
271A	272C	273B	274B	275A	276C	277D	278D	279B	280A
281B	282C	283D	284E	285A	286C	287D	288E	289B	290A
291E	292D	293C	294B	295A	296B	297C	298A	299D	300E
301D	302B	303C	304A	305E	306A	307B	308C	309D	310E
311A	312C	313B	314D	315C	316A	317B	318C	319D	320E
321B	322B	323C	324E	325D	326B	327C	328A	329B	330C
331D	332E	333A	334A	335C	336D	337D	338A	339A	340B
341C	342C	343C	344D	345E	346E	347E	348A	349B	350C
351D	352E	353A	354B	355C	356D	357E	358B	359C	360D
361E	362A	363B	364C	365D	366E	367A	368C	369B	370B
371A	372B	373C	374D	375B	376A	377B	378C	379D	380E
381E	382C	383D	384B	385A	386B	387B	388C	389D	390E
391A	392B	393C	394D	395E	396A	397B	398C	399D	400E
401E	402D	403C	404B	405A	406B	407C	408D	409E	410E
411A	412B	413A	414D	415E	416C	417A	418B	419D	420A
421B	422C	423D	424E	425B	426C	427D	428A	429A	430B
431C	432D	433E	434A	435A	436B	437C	438D	439D	440B
441D	442E	443B	444A	445A	446B	447C	448D	449A	450E
451A	452B	453C	454D	455E	456A	457E	458B	459C	460C

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Беляєв ЕВ, Король ДМ, Гасюк ПА, Коробейніков ЛС, Коробейнікова ЮЛ, Воробець АБ, Орловський ВО. Основні технології виготовлення зубних протезів. Вінниця: Твори; 2019. 104 с.
2. Бєлікова НІ, Петрушанко ТО, Бєліков ОБ. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів: монографія. Riga: LAP LAMBERT Academic Publishing; 2019. 187 с.
3. Бєліков ОБ, Хухліна ОС, Бєлікова НІ, Левандовський РА Алгоритми виконання практичних навичок з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до практично-орієнтованого іспиту зі спеціальності «Стоматологія» (навчально-методичні матеріали) : навчальний посібник. Чернівці : Друк Арт; 2015. 272 с.
4. Бєліков ОБ, Хухліна ОС, Бєлікова НІ, Левандовський РА. Алгоритми виконання практичних навичок з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до практично-орієнтованого іспиту зі спеціальності «Стоматологія»: навчально-методичний посібник. Чернівці: Друк Арт; 2017. 276 с.
5. Бєліков О, Бєлікова Н, Шайко-Шайковський О. Вторинні зубощелепні деформації: монографія. LAP LAMBERT Academic Publishing; 2022. 172 с.
6. Бєліков ОБ, Левандовський РА, Шуклін ВД, Дворник ВМ та ін. Деякі аспекти клінічних і лабораторних етепів виготовлення повних знімних протезів при несприятливих умовах до протезування: за ред. проф. ОБ. Бєлікова : навчальний посібник. Чернівці - Полтава - Івано-Франківськ; 2012. 240 с.
7. Бєліков ОБ, Левандовський РА, Бєлікова НІ, Гавалешко ВП, Сорохан ММ. Історія хвороби стоматологічного ортопедичного хворорого: навчальний посібник ТОВ НВП «Інтерсервіс»;2021. 120 с.
8. Бєліков ОБ, Рощук ОІ, Гавалешко ВП, Бєлікова НІ, Сорохан ММ. Курс лекцій: «Матеріалознавство в ортопедичній стоматології»: навчальний посібник під загальною ред. проф. О.Б. Бєлікова. Одеса: Видавничий дім: «Гельветика»; 2024.
9. Бєліков ОБ Щелепно-лицева ортопедія. Ч.1. Щелепно-лицева травматологія: навчальний посібник. Полтава: «ДексіПринт»; 2002. 208 с.
10. Біда ВІ Заміщення дефектів зубних рядів незнімними конструкціями зубних протезів. Лекція. К.; 2001. 26 с.
11. Біда ВІ Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування: навчально-методичний посібник. К.: ВАТ «Видавництво. Київська правда»; 2002. 96 с.
12. Виженко ЄЄ, Король ДМ Цементна фіксація незнімних ортопедичних конструкцій на імплантатах. Полтава: ТОВ «Бліц Стайл». 2023. 124 с.
13. Гасюк ПА, Костенко ЄЯ, Мачоган ВР, та ін. Альманах з ортопедичної стоматології. Тернопіль: Богдан; 2015. 352 с.

14. Гітлан ЄМ, Кроть КМ Посібник з бюгельного протезування- К.: Здоров'я, 2001. - 140 с.
15. Гумецький Р.А., Рожко М.М., Завадка О.Є., Скрипніков П.М. Ускладнення місцевої анестезії у щелепно-лицевій ділянці: посібник у 3 т. - Львів - Івано-Франківськ - Полтава: Видавничий дім «Наутілус», 2002. - 231 с.
16. Іщенко ПВ, Кльомін ВА, Камалов РХ, Лихота АМ Військова ортопедична стоматологія: ВСВ «Медицина», 2013. - 312 с.
17. Король М.Д., Коробейніков Л.С., Кіндій Д.Д., Ярковий В.В. Практикум з ортопедичної стоматології. Частина II. - Полтава: ПП «Форміка», 2002. - 168 с.
18. Король Д, Кіндій Д, Рамусь М, Зубченко С, Калашніков Д, Тончева К. Технологія виготовлення незнімних зубних протезів. Полтава: ПП Астрая; 2021. 142 с.
19. Король МД, Оджубейська ОД. Цементи для фіксації незнімних протезів. Вінниця: Нова книга; 2016. 96 с.
20. Король ДМ, Кіндій ДД, Коробейніков ЛС, Оджубейська ОД, Козак РВ, Малюченко ТП. Основи бюгельного протезування. Полтава; 2019. 139 с.
21. Купновицька ІГ, Кононенко ЮГ, Нейко НВ, Рожко ММ. Невідкладні стани на амбулаторному прийомі у стоматолога: навчальний посібник. Вінниця: Нова Книга; 2017. 288 с.
22. Левенец О.К., Матрос-Таранець І.М., Каліновський Д.К. Медико-соціальна експертиза при травмі щелепно-лицевої ділянки. Військово-лікарська експертиза в збройних силах України - Донецьк, 2002, - 170 с.
23. Макєєв В.Ф., Ступницький Р.М. Теоретичні основи ортопедичної стоматології: навчальний посібник- Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2010, - 394 с.
24. Наказ МОЗ України № 900 від 24 травня 2024 року «Про затвердження змін до Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів», Київ. 2024.
25. Наказ МОЗ України № 1035 від 14.06.2024 « Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2024 року № 900», Київ. 2024.
26. Неспрядько В.П., Куц П.В. Дентальна імплантологія. Основи теорії та практики - Харків: ВПП «Контраст», 2009. - 292 с.
27. Нідзельський М.Я. Механізми адаптації до стоматологічних протезів - Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2003. - 116 с.
28. Ожоган ЗР, Кріль АЙ Методи лікування та етапи виготовлення ортопедичних конструкцій - Ів.-Франківськ, 2005. - 116 с.
29. Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. Ускладнення травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки: навчально-методичний посібник для студентів стоматологічних факультетів медичних ВУЗів III-IV рівнів акредитації - Полтава, 2010. - 169 с.
30. Рожко М.М., Неспрядько В.П., Михайленко Т.Н. та ін. Зубопротезна техніка - К.: Книга плюс, 2006. - 544 с.
31. Рожко М.М., Неспрядько В.П. Ортопедична стоматологія - К.: Книга плюс, 2003. - 552с. іл.

32. Рожко ММ, Неспрядько ВП, редактори. Ортопедична стоматологія. Київ: «Медицина»; 2020. 720 с.
33. Рожко ММ, Ерстенюк ГМ, Бугерчук ОВ, Бульбук ОІ, Ожоган ЗР, Мельничук ГМ, та ін. Атестація випускників ОПП 221 Стоматологія: алгоритми виконання практичних навичок при проведенні ОСКІ. Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ; 2022. 500 с.
34. Скрипник ІМ, Скрипников ПМ, Богашова ЛЯ, Гопко ОФ. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навчальний посібник (ВНЗ IV р. а.). Київ: ВСВ «Медицина»; 2012. 224 с.
35. Тактика курації хворих у клініці ортопедичної стоматології / М.Д. Король, Л.С. Коробейніков, Д.Д. Кіндій [та ін.] - Полтава: Астрая, 2003. – 52
36. Фліс ПС, Власенко АЗ. Технологія виготовлення зубних протезів з використанням керамічних і композитних матеріалів. Київ: Медицина; 2010. 296 с.
37. Чулак Л.Д., Шутурмінський В.Г. Клінічні та лабораторні етапи виготовлення зубних протезів - Одеса: Одеський мед. університет, 2009.- 318 с.
38. Хухліна О.С., Каушанська О.В., Каньовська О.В., Ткач Є.П., Бєліков О.Б., Рощук О.І. Клінічна фармакологія в стоматології: Методичні вказівки длястудентів 4-го курсу стоматологічного факультету для самостійної підготовки: навчально-методичний посібник / - Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2015. - 155 с.
39. Янішен ІВ, Білобров РВ, Криничко ФР, Сідорова ОВ, Слинько ЮО, Ющенко ПЛ. Відновлення дефектів твердих тканин зубів вкладками за індексною оцінкою комп'ютерних технологій: метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів. Харків: ХНМУ; 2020. 24 с.
40. Deepak NV. Textbook of Prosthodontics. 2nd ed. Jaypee Brothers Medical Pub; 2017. 1550 p.
41. Идэ Стефан., Идэ Антонина Секреты базальной имплантологии .The International Implant Fondation - Мюнхен, Германия, 2011. - 358с.
42. Field J, Storey C. Removable Prosthodontics at a Glance (At a Glance (Dentistry)). 1st ed. Wiley-Blackwell; 2020. 120 p.
43. Rodrigues AHC. Treatment Planning in Restorative Dentistry and Implant Prosthodontics. Batavia, IL: Quintessence Publishing Co, Inc.; 2019. 320 p.
44. Rosenstiel SF, Land MF, Walter R. Contemporary Fixed Prosthodontics, e-Book. 6th ed. Kindle Ed. Elsevier; 2022. 898 p.
45. Shillingburg HT Jr, Sather DA, Wilson EL Jr, Joseph CR, Mitchell DL, Blanco LJ, Kessler JC. Fundamentals of Fixed Prosthodontics: 4th ed. Kindle Edition. Quintessence Publishing (IL); 2020. 1705 p.
46. Wiskott HWA. Fixed Prosthodontics: Principles and Clinics. 1st ed. Quintessence Pub Co; 2011. 768 p.
47. Wilding R. Case Guides to Complete and Partial Denture Prosthodontics. 1st ed. Thieme; 2019. 342 p.

ЗМІСТ

ВСТУП..... 5
КОМПЕТЕНТНОСТІ, ФОРМУВАННЮ ЯКИХ СПРИЯЄ НАВЧАННЮ..... 7
СХЕМА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ..... 8
АЛГОРИТМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ..... 9
І. ОБСТЕЖЕННЯ В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ..... 9
1.1. Провести обстеження пацієнта, встановити попередній та остаточний діагноз на підставі результатів обстеження (клінічних та лабораторних)..... 9
1.2. Запропонувати план підготовки ротової порожнини пацієнта до протезування..... 14
1.3. Запропонувати план ортопедичного лікування..... 17
ІІ. ОТРИМАННЯ ВІДБИТКА..... 20
2.1. Анатомічний відбиток альгінатним матеріалом..... 20
2.1.1. З верхньої щелепи для виготовлення діагностичної моделі..... 21
2.1.2. З нижньої щелепи для виготовлення діагностичної моделі..... 24
2.1.3. З беззубої верхньої щелепи..... 25
2.2. Анатомічний відбиток силіконовим матеріалом..... 27
2.2.1. З верхньої щелепи при часткових дефектах зубного ряду..... 29
2.2.2. З нижньої щелепи при часткових дефектах зубного ряду..... 30
2.2.3. Оклюзійного відбитка силіконовим матеріалом..... 32
2.2.4. З верхньої щелепи однофазною методикою (сендвіч-техніка)..... 33
2.2.5. З нижньої щелепи однофазною методикою (сендвіч-техніка)..... 34
2.2.6. Подвійного відбитка силіконовою масою (двофазна техніка)..... 36
2.3. Анатомічного відбитка при дентальній імплантації..... 39
2.3.1. Повного анатомічного відбитка з верхньої щелепи методом «закритої ложки»..... 39
2.3.2. Повного анатомічного відбитка з верхньої щелепи методом «відкритої ложки»..... 41
2.4. Повний анатомічний відбиток гіпсом при повній відсутності зубів..... 42
2.6. Корекція жорсткої індивідуальної ложки та отримання функціональних відбитків при повній відсутності зубів..... 45
2.7. Виготовлення гіпсової моделі..... 52
ІІІ. ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРЕПАРУВАННІ ЗУБІВ..... 54
3.1. Аплікаційна анестезія 54
3.2. Інфільтраційна анестезія..... 55
3.3. Провідникова анестезія..... 58

IV. ОДОНТОПРЕПАРУВАННЯ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ……. 61
4.1. Одонтопрепарування під повну металеву штамповану коронку…… 61
4.2. Одонтопрепарування під напівкоронку…… 62
4.3. Одонтопрепарування під комбіновану коронку…… 64
4.4. Одонтопрепарування під металеву суцільнолиту коронку……. 65
4.5. Одонтопрепарування під пластмасову коронку …….. 66
4.6. Одонтопрепарування під комбіновану суцільнолиту коронку ……. 68
4.7. Одонтопрепарування під куксову штифтову вкладку та моделювання її із воску……. 71
4.8. Вибіркове пришліфовування зубів…… 72
V. ПЛАНУВАННЯ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА …… 76
5.1. Планування конструкції протеза при III класі за Кеннеді (мостоподібного протеза)…… 76
5.1.1. При III класі за Кеннеді на верхній щелепі…… 76
5.2. Планування конструкції протеза при I класі за Кеннеді (часткового знімного пластинкового)……..... 79
5.2.1. При I класі за Кеннеді на верхній щелепі…….. 79
5.2.2. При I класі за Кеннеді на нижній щелепі……..... 80
5.3. Планування конструкції протезів при II класі за Кеннеді (бюгельного протеза)……..... 81
5.4.При повній втраті зубів ……... 85
5.4.1. При повній відсутності зубів на верхній щелепі……... 86
5.4.2. При повній відсутності зубів на нижній щелепі…… 86
VI. ВИГОТОВЛЕННЯ ВКЛАДКИ ПРЯМИМ МЕТОДОМ……. 87
6.1. Виготовлення вкладки прямим методом на гіпсовій моделі…….. 87
6.1.1. Виготовлення вкладки при I класі за Блеком…… 87
6.1.2. Виготовлення вкладки при II класі за Блеком……... 88
6.1.3. Виготовлення вкладки при III класі за Блеком……. 90
6.1.4. Виготовлення вкладки при IV класі за Блеком…… 91
6.1.5. Виготовлення вкладки при V класі за Блеком…….. 93
6.1.6. Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,5 за В.Ю. Мілікевичем…….. 94
6.1.7. Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,6 за В.Ю. Мілікевичем…….. 96
6.1.8. Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,8 за В.Ю. Мілікевичем…….. 97
6.1.9. Виготовлення вкладки при дефекті твердих тканин зуба ІРОПЗ 0,9 за В.Ю. Мілікевичем…….. 98
6.1.10. Виготовлення керамічної вкладки прямим методом…….. 99
VIII. ВИЗНАЧЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ АБО ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП…….. 101
7.1. При I групі дефектів зубних рядів за Бетельманом …… 101
7.2. При II групі дефектів зубних рядів за Бетельманом…… 103

7.3.При III групі дефектів зубних рядів за Бетельманом ……... 107
7.4. При IV групі дефектів зубних рядів за Бетельманом ……. 113
VIII. ПЕРЕВІРКА ТА ФІКСАЦІЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ……... 117
8.1. Перевірка і фіксація куксової вкладки ……. 117
8.2. Перевірка і фіксація штучної коронки…….. 119
8.2.1. Перевірка і фіксація металевої штампованої коронки ……. 119
8.2.2. Перевірка і фіксація металевої суцільнолитої коронки…… 125
8.2.3. Перевірка і фіксація пластмасової коронки……... 129
8.2.4. Перевірка і фіксація металокерамічної коронки на склоіономерний цемент. 131
8.2.5. Перевірка і фіксація металокерамічної коронки на полікарбоксилатний цемент…….. 136
8.2.6. Перевірка і фіксація металопластмасової коронки …….. 140
8.2.7. Перевірка і фіксація фарфорової коронки……. 142
8.2.8. Перевірка і фіксація фотополімерної коронки…….. 143
8.2.9. Перевірка і фіксація коронки із діоксиду цирконію …… 144
8.2.10. Перевірка і фіксація коронки із ситалу…… 145
8.3. Перевірка та фіксація мостоподібного протеза……... 147
8.3.1. Перевірка та фіксація штамповано-паяного мостоподібного протеза…… 147
8.3.2. Перевірка та фіксація незнімного металокерамічного мостоподібного протеза……. 151
8.4. Перевірка та накладання часткового знімного протеза……... 155
8.4.1. Пластинкового з кламерною фіксацією……. 155
8.4.2. Перевірка та накладання бюгельного протеза ……. 161
8.4.2.1. Перевірка каркаса бюгельного протеза……... 161
8.4.2.2.Перевірка і накладання бюгельного протеза… ……... 165
8.5. Перевірка та накладання повного знімного пластинкового протеза……. 169
IX. КОРЕКЦІЯ ТА ЗНЯТТЯ ПРОТЕЗІВ …… 176
9.1. Зняття коронок та мостоподібних протезів…….. 176
9.2. Корекція часткових пластинкових та повних знімних протезів……. 178
X. ПРОТЕЗУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМПЛАНТАТІВ …… 181
XI. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ …… 186
11.1. Непритомність…….. 187
11.2. Колапс …… 187
11.3. Анафілактичний шок …… 188
11.4.Гіпертонічний криз…… 190
11.5.Стенокардія …… 191
11.6. Інфаркт міокарда ……. 191
11.7. Напад бронхіальної астми …… 192
11.8. Цукровий діабет …… 193
11.9. Судомні стани ……... 195
11.10. Кровотеча……. 196
11.11. Гостра дихальна недостатність (асфіксія) …… 197

Додаток . Список лікарських препаратів, необхідних для надання екстреної допомоги в стоматологічному кабінеті…… 200
XII. СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ З ПІДГОТОВКИ ДО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІНТЕГРОВАНОГО ІСПИТУ КРОК-2 СТОМАТОЛОГІЯ ……. 201
12.1. Обстеження. Діагностика …… 201
12.2. Знеболення в клініці ортопедичної стоматології……... 205
12.3. Матеріалознавство …… 207
12.4. Дефекти коронок зубів……. 216
12.5. Вкладки…….. 217
12.6. Коронки…….. 218
12.7. Штифтові зуби і куксово-кореневі вкладки…… 223
12.8. Часткова відсутність зубів…… 225
12.9. Мостоподібні протези……... 226
12.10. Часткові знімні пластинкові протези…… 234
12.11. Бюгельні протези……. 241
12.12. Повні знімні протези……... 247
12.13. Захворювання тканин пародонта……... 261
12.14. Надмірне стирання зубів, парафункції жувальних м’язів……... 268
12.15. Вторинні деформації зубних рядів…… 274
12.16. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба…….. 278
12.17. Захворювання слизової оболонки ротової порожнини…… 283
12.18. Щелепно-лицева ортопедія…… 286
12.19. Дентальна імплантація…… 294
12.20. Військова ортопедична стоматологія…… 296
12.21. Невідкладні стани…… 297
ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ……... 304
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ…….. 305

CONTENTS

INTRODUCTION..... 6
COMPETENCIES, THE FORMATION OF WHICH IS FACILITATED BY TRAINING..... 7
SCHEME OF EXAMINATION OF A DENTAL PATIENT PROFILE…….. 8
ALGORITHMS OF PRACTICAL SKILLS IN ORTHOPEDIC DENTISTRY….. 9
I. EXAMINATION IN THE CLINIC OF PROSTHETIC DENTISTRY..... 9
1.1. Examine the patient, establish a preliminary and final diagnosis based on the results of the examination (clinical and laboratory) 9
1.2. Propose a plan for preparing the patient's oral cavity for prosthetics..... 14
1.3. Propose a plan of orthopedic treatment..... 17
II. GETTING AN IMPRESSION..... 20
2.1. Anatomical impression with alginate material..... 20
2.1.1. From the upper jaw for the manufacture of a diagnostic model..... 21
2.1.2. From the lower jaw for the manufacture of a diagnostic model..... 24
2.1.3. From the edentulous upper jaw..... 25
2.2. Anatomical impression with silicone material..... 27
2.2.1. From the upper jaw with partial defects of the dentition..... 29
2.2.2. From the lower jaw with partial defects in the dentition..... 30
2.2.3. Occlusal impression with silicone material..... 32
2.2.4. From the upper jaw using a single-phase technique (sandwich technique) 33
2.2.5. From the lower jaw using a single-phase technique (sandwich technique) 34
2.2.6. Full anatomical double impression with silicone material 36
2.3 Anatomical impression in dental implantation..... 39
2.3.1. Full anatomical impression of the upper jaw using the “closed tray” method..... 39
2.3.2. Full anatomical impression of the upper jaw using the “open tray” method..... 41
2.4. Full anatomical impression with plaster in case of complete loss of teeth……. 42
2.5. Correction of a rigid individual tray and obtaining functional impressions in the complete loss of teeth..... 45
2.6. Making a plaster model..... 52
III. ANESTHESIA DURING DENTAL PREPARATION..... 55
3.1. Application anesthesia
3.2. Infiltration anesthesia..... 56
3.3. Conductor anesthesia..... 59
IV. ODONTOPREPARATION FOR THE MANUFACTURE OF DENTAL PROSTHESES……. 61
4.1 Odontopreparation for a full metal stamped crown..... 61
4.2 Odontopreparation for a half-crown…… 62
4.3. Odontopreparation for a combined crown ……. 64
4.4. Odontopreparation for a metal one-piece crown..... 65
4.5. Odontopreparation for a plastic crown 66
4.6. Odontopreparation for a combined one-piece crown 68
4.7. Odontopreparation for a post-and-pin inlay and its modeling from wax..... 71
4.8. Selective grinding of teeth..... 72
V. PLANNING THE DESIGN OF THE DENTURE 76
5.1. Planning the design of a denture in Kennedy class III (bridge) prosthesis) ……... 76

5.1.1. In Kennedy class III on the upper jaw..... 76
5.2. Planning the design of a prosthesis in Kennedy class I (partial removable laminar). 79
5.2.1. In Kennedy class I on the upper jaw..... 79
5.2.2. In the first class according to Kennedy on the lower jaw..... 80
5.3. Planning the design of prostheses in Kennedy class II (clasp prosthesis)..... 81
5.4.In case of complete tooth loss 85
5.4.1. In case of complete loss of teeth in the upper jaw..... 85
5.4.2. In case of complete loss of teeth in the lower jaw..... 86
VII. PRODUCTION OF THE INLAY BY DIRECT METHOD..... 87
6.1. Direct inlay fabrication on a plaster model..... 87
6.1.1. Fabrication of inlays in Black class I..... 87
6.1.2. Fabrication of an inlay for Black class II..... 88
6.1.3. Making an inlay for Black class III..... 90
6.1.4. Making an inlay for Black class IV..... 91
6.1.5. Making an inlay for Black class V..... 93
6.1.6. Fabrication of inlays in case of hard tissue defect of the tooth IDOST 0.5 according to V.Y. Milikevich..... 94
6.1.7. Fabrication of an inlay for a defect in the hard tissues of a tooth IDOST 0.6 according to V.Y. Milikevich..... 96
6.1.8. Fabrication of an inlay for a defect in the hard tissues of a tooth IDOST 0.8 according to V.Y. Milikevich..... 97
6.1.9. Fabrication of an inlay for a defect in the hard tissues of a tooth IDOST 0.9 according to V.Y. Milikevich..... 98
6.1.10. Fabrication of a ceramic inlay by the direct method..... 99
VIII. DETERMINATION OF CENTRAL OCCLUSION OR CENTRAL JAW RATIO..... 101
7.1. In group I defects of the dentition according to Bethelman 101
7.2. In group II defects of the dentition according to Bethelman..... 103
7.3. In group III of dentition defects according to Bethelman 107
7.4. In the IV group of dentition defects according to Bethelman 112
VIII. CHECKING AND FIXATION OF A DENTURE 117
8.1. Checking and fixation of the stub inlay 117
8.2. Checking and fixing an artificial crown 119
8.2.1. Checking and fixing a metal stamped crown 119
8.2.2. Checking and fixing a metal one-piece crown..... 125
8.2.3. Checking and fixing a plastic crown..... 129
8.2.4. Checking and fixing a metal-ceramic crown on glass ionomer cement…….. 131
8.2.5. Checking and fixing a metal-ceramic crown on polycarboxylate cement..... 136
8.2.6. Checking and fixing a metal-plastic crown…… 140
8.2.7. Checking and fixing the porcelain crown..... 142
8.2.8. Checking and fixing a photopolymer crown..... 143
8.2.9. Checking and fixing a zirconium dioxide crown 144
8.2.10. Checking and fixing the sieve crown …… 145
8.3. Check and fixation of a bridge..... 147
8.3.1. Checking and fixing a stamped and soldered bridge..... 147
8.3.2. Checking and fixing a fixed metal-ceramic bridge..... 151
8.4. Checking and placing a partial denture..... 155

8.4.1. lamellar with clasp fixation..... 155
8.4.2. Checking and applying a clasp prosthesis 161
8.4.2.1. Checking the clasp frame..... 161
8.4.2.2. Checking and applying a clasp prosthesis... 165
8.5. Inspection and application of a complete removable denture..... 169
IX. CORRECTION AND REMOVAL OF DENTURES 176
9.1. Removal of crowns and bridges 176
9.2. Correction of partial lamellar and full dentures..... 178
X. PROSTHETICS USING IMPLANTS 181
XI. EMERGENCY CONDITIONS IN THE CLINIC OF PROSTHETIC DENTISTRY..... 186
11.1 Fainting…… 187
11.2. Collapse …….... 187
11.3. Anaphylactic shock……... 188
11.4. Hypertensive crisis…… 190
11.5. Stenocardia…… 191
11.6. Myocardial infarction……... 191
11.7. Bronchial asthma attack…… 192
11.8. Diabetes mellitus …… 193
11.9. Seizure disorders…….. 195
11.10. Bleeding……... 196
11.11. Acute respiratory failure (asphyxiation) …… 197
Appendix. List of medicines required for emergency care in the dental office…… 200
XII. SITUATIONAL TASKS FOR PREPARATION FOR THE LICENSING INTEGRATED EXAM STEP-2 DENTISTRY …..... 201
12.1. Examination. Diagnosis 201
12.2. Anesthesia in the clinic of prosthetic dentistry 205
12.3. Materials science 207
12.4. Defects of dental crowns..... 216
12.5. Inlays……. 217
12.6. Crowns…….. 218
12.7. Pin teeth and stump-root inlays..... 223
12.8. Partial absence of teeth..... 225
12.9. Bridge dentures..... 226
12.10. Partial removable dentures..... 234
12.11. Clasp dentures…… 241
12.12. Complete dentures…….. 247
12.13. Diseases of periodontal tissues..... 261
12.14. Excessive tooth abrasion, parafunction of masticatory muscles..... 268
12.15. Secondary deformities of the dentition..... 274
12.16. Diseases of the temporomandibular joint..... 278
12.17. Diseases of the oral mucosa..... 283
12.18. Maxillofacial orthopedics..... 286
12.19. Dental implantation..... 294
12.20. Military prosthetic dentistry..... 296
12.21. Emergency conditions..... 297

CORRECT ANSWERS..... 304
REFERENCES..... 305

НОТАТКИ

Навчальне видання

Бєліков Олександр Борисович
Рощук Олександра Ігорівна
Бєлікова Наталія Іванівна
Хухліна Оксана Святославівна
Левандовський Роман Адамович

АЛГОРИТМИ
виконання практичних навичок
з ортопедичної стоматології, невідкладних станів та вирішення клінічних ситуаційних завдань при підготовці до єдиного державного кваліфікаційного іспиту, етап 2 спеціальність «Стоматологія»

Навчальний посібник на електронному носії

Редактор: О.Б. Бєліков
Комп'ютерна верстка О. Б. Бєлікова
Формат 60х84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman Cyr. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 14,90.