

## Алгоритм действия студента №1

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование под штампованную коронку».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования зуба под штампованную коронку .  
Во время препарирования вы держите рот открытым, губы , щеки и язык не напрягайте.
5. Взять боры для препарирования (конусовидный или цилиндрический, каплевидный или колесовидный) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник .
6. Попросить пациента открыть рот.
7. Провести препарирование: - провести сепарацию апроксимальных поверхностей, таким образом, чтобы они были параллельны, и на толщину металла (0,3-0,4 мм)  
- препарирование жевательной поверхности на толщину металла (0,3-0,4 мм) с учетом рельефа  
- с оральной и вестибулярной поверхностей коронки препарируют части, которые выступают над уровнем клинической шейки (экватор)  
- препарирование завершают устранением острых углов, которые образовались в процессе препарирования.

Подготовка зуба под штампованную коронку заключается в придании ему определенной формы, чаще всего она напоминает цилиндрическую форму ,или обратно усеченного конуса с наклоном стенок  $1^{\circ}$  -  $3^{\circ}$  ,что обеспечивает свободное наложение коронки, край которой, заходя в десневой желобок, должен плотно охватывать клиническую шейку зуба.

## Алгоритм действия студента №2

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование под цельнолитую коронку».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования под цельнолитую металлическую коронку. Во время препарирования вы держите рот открытым, губы, щеки и язык не напрягайте.
5. Взять боры для препарирования (конусообразный или цилиндрический, каплевидный или фиссурный) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник.
6. Попросить пациента открыть рот.
7. Провести препарирование : - провести сепарацию апроксимальных поверхностей, таким образом, чтобы они были параллельны и на толщину металла (0,5 мм)
  - препарирование на жевательной поверхности твердых тканей зуба фиссурным бором на 0,5-0,7 мм, следуя анатомической форме жевательной поверхности.
  - препарирование вестибулярной и оральной поверхностей проводится параллельно продольной оси зуба, глубина препарирования составляет 0,5-0,8 мм.
  - в пределах зубодесневой борозды формируем круговой уступ под прямым углом, ширина уступа 0,4 мм.

- препарирование завершают устранением острых углов, которые образовались в процессе препарирования.

-проведение инструментального контроля отпрепарированных поверхностей (если зонд не встречает препятствий и плавно скользит по поверхности зуба , препарирование считается законченным).

Подготовка зуба под цельнолитую металлическую коронку заключается в придании культе формы усеченного конуса с углом конусности  $5-7^\circ$ . Поверхности культи зуба не должны иметь ступенек и поднутрений .

## Алгоритм действия студента №3

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование твердых тканей зуба под пластмассовую коронку».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования зуба под пластмассовую коронку .

Во время препарирования вы держите рот открытым, губы , щеки и язык не напрягайте.

1. Взять боры для препарирования (конусовидный или цилиндрический, каплевидный или колесовидный) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник .
  2. Попросить пациента открыть рот.
  3. Произвести препарирование:
    - сепарацию апроксимальных поверхностей, таким образом, чтобы они были параллельны, и на толщину пластмассы (1-1.5 мм)
    - препарирование жевательной поверхности на толщину пластмассы (1.5 мм) с учетом анатомической формы зуба и зон безопасности.
    - с оральной и вестибулярной поверхностей коронки зуба препарируют участки в области экватора , которые выступают над уровнем клинической шейки .
    - в пределах зубодесневой борозды формируем циркулярный уступ под прямым углом , шириной 0,5-0,8 мм, в зависимости от принадлежности к функциональной группе и величины коронки.
    - препарирование завершают устранением острых углов, которые образовались в процессе препарирования.
- Подготовка зуба под пластмассовую коронку заключается в придании культе зуба конусовидной формы с углом наклона стенок 3- 5° , что обеспечивает свободное наложение коронки.

## Алгоритм действия студента №7

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование твердых тканей зуба под металлокерамическую коронку(методика Н. Т. Shillinburg)».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования зуба под металлокерамическую коронку .

Во время препарирования вы держите рот открытым, губы , щеки и язык не напрягайте.

5. Взять боры для препарирования( бор конусообразный с плоским концом, длинный тонкий конусный бор, фиссурный бор, цилиндрический бор )и зафиксировать один из них в турбинный наконечник .
6. Попросить пациента открыть рот.
7. Провести препарирование:
  - Маркерным или конусообразным алмазным бором с плоским концом на вестибулярной поверхности зуба нанести «ориентационные бороздки» (для контроля толщины сошлифовываемых твердых тканей) глубиной 1,2 мм (диаметр бора), а на режущем крае глубиной 2,0 мм.
  - Нанести «ориентационные бороздки» на небной поверхности глубиной 1,2 мм: в придесневой области - параллельно десневому краю, выше небного бугорка - параллельно режущему краю.
  - Препарировать твердые ткани вестибулярной поверхности зуба на глубину нанесенных «ориентировочных борозд» .
  - Провести сепарацию апроксимальных поверхностей длинным тонким конусным алмазным бором.

- Препарирование придесневой области небной поверхности зуба в соответствии с нанесенными «ориентационными бороздками».
- Препарирование небной поверхности зуба выше небного бугорка в соответствии с нанесенными «ориентационными бороздками», добиваясь, чтобы межжюклизонное расстояние между препарруемым зубом и антагонистом составляло не менее 1 мм.
- Твердосплавным фиссурным бором с закругленным краем сглаживаем все острые углы культи зуба, которые образовались при препарировании.
- Этим же бором(твердосплавным фиссурным бором ) формируем циркулярный уступ  $90^\circ$  с закругленным внутренним углом в пределах зубодесневой борозды.

Подготовка зуба под металлокерамическую коронку заключается в придании ему конусовидной формы ( $5-7^\circ$ ) , режущий край зуба должен быть сошлифован на 2 мм, расстояние между небной поверхностью отпрепарированного зуба и антагонистом должна составлять не менее 1 мм, круговой уступ должен иметь закругленный внутренний край и быть глубиной 0,8-1,0 мм , поверхность отпрепарированного зуба не должна содержать шероховатостей и поднутрений.

## Алгоритм действия студента №5

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование полости I класса по Блеку под металлическую вкладку»

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирование под металлическую вкладку .

Во время препарирования вы держите рот открытым, губы , щеки и язык не напрягайте.

1. Взять боры для препарирования (бор конусообразный с плоским концом, длинный тонкий конусный бор фиссурный бор, цилиндрический бор, шаровидный бор ) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник .
2. Попросить пациента открыть рот.

#### 1. Провести препарирование:

- Раскрыть кариозную полость фиссурным бором или шаровидным бором, удаляя нависающие края эмали, добиваясь соразмерности входного отверстия и дна кариозной полости.
- Расширение кариозной полости : выравнивание эмалевых краев, иссечение поврежденных фиссур, закругление острых краев.
- Удаление некротизированного дентина со стенок и дна кариозной полости шаровидным бором .
- Выравнивание дна полости.
- Формирование боковых стенок полости параллельно друг другу, с небольшим расхождением (4-6 °) к окклюзионной поверхности, сглаживания острых граней.
- Создание скоса (фальца) края кариозной полости под углом 45° в пределах эмали , так чтобы металл вкладки перекрывал эмалевые призмы, предупреждая их сколы.

- Формирования полости для вкладки завершают сглаживанием ее краев и стенок .

Подготовка полости I класса по Блеку зуба под металлическую вкладку заключается в придании полости ящикоподобной формы, без поднутрений. В полости не должно быть остатков некротизированного дентина , формирование боковых стенок полости производится параллельно друг другу, с небольшим расхождением (4-6 °) к окклюзионной поверхности, созданием скоса края кариозной полости под углом 45° и сглаживанием краев и стенок полости.

## Алгоритм действия студента №6

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование твердых тканей зуба под винир».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования под винир .
5. Во время препарирования вы держите рот открытым, губы , щеки и язык не напрягайте.
6. Взять боры для препарирования (бор конусообразный с плоским концом, длинный тонкий конусным бор фиссурный бор, цилиндрический бор) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник .
7. Попросить пациента открыть рот.
8. Провести препарирование:
  - Конусообразным алмазным бором с плоским концом на вестибулярной поверхности зуба нанести «ориентационные бороздки» (для контроля толщины удаляемых твердых тканей) на глубину 1 мм от режущего края до эмалево-цементной границы, с учетом анатомической формы зуба и топографии зон безопасности.
  - Препарировать твердые ткани вестибулярной поверхности зуба конусообразным бором с закругленной вершиной согласно нанесенных «ориентировочным бороздкам» (на предварительно запланированную глубину 1 мм).
  - Формирование прямого уступа цилиндрическим бором ,или бором в виде усеченного конуса , на уровне десны, шириной 0,3-0,5 мм.
  - Препарирование контактных (апроксимальных) поверхностей представляет собой продолжение препарирования

вестибулярной поверхности. Конусообразным бором с закругленной вершиной, формируются на контактных поверхностях вертикальные пазы глубиной 0,5 мм без нарушения межзубных контактных пунктов (для сохранения целостности зубного ряда , при условии сохранности апроксимальных поверхностей).

- Завершают препарирование устранением финирами острых углов, которые образовались в процессе препарирования.

Подготовка зуба под винир заключается в препарировании вестибулярной поверхности зуба на запланированную глубину 1 мм, формирования прямого уступа на уровне десны, шириной 0,3-0,5 мм, формирование на контактных поверхностях вертикальных пазов глубиной 0,5 мм без нарушения межзубных контактных пунктов (для сохранения целостности зубного ряда , при условии сохранности апроксимальных поверхностей) , и сглаживании шероховатостей на препариркемых поверхностях .

# Алгоритм действия студента №1

## Съемное протезирование

### «Получение анатомических оттисков с верхней беззубой челюсти альгинатной массой».

1. Поздороваться с пациентом, проинформировать о предстоящей манипуляции получение оттисков с верхней челюсти.

Сейчас я вам буду снимать оттиск с верхней челюсти. Вы должны дышать носом. Не напрягать щеки и губы.

Надеть перчатки.

2. Подобрать стандартную оттискную ложку:

- В зависимости от того, с какой челюсти будет сниматься оттиск (верхняя или нижняя челюсть)

- По размеру

При выборе нужно иметь в виду, что расстояние между поверхностью ложки и слизистой оболочкой протезного ложа должно быть не менее 3-5 мм.

Края ложки при наложении на поверхность слизистой оболочки во время проверки доходят до переходной складки. При снятии оттиска между дном ложки и альвеолярным гребнем должен лежать слой оттискного материала толщиной 2-3 мм, борт ложки не должен доходить до переходной складки, а образовавшийся просвет впоследствии не должен заполниться оттискной массой. Это позволит формировать края оттиска как пассивными, так и активными движениями мягких тканей. При длинном крае ложки такая возможность формирования исключается, так как ее край будет мешать движению языка, уздечек и других складок слизистой оболочки.

3. Провести замешивания альгинатной массы:

- Взять колбу и шпатель

- Отмерить в колбу альгинатный материал в соотношении ровная мерная ложка порошка (10 гр) на 1 мерку воды (20 мл).

- - Замешивание производить в течение 30-45 сек.

4. Заполнить альгинатной массой оттискную ложку до краев.

5. Выровнять и смочить поверхность альгинатной массы, находящейся в оттискной ложке водой.
6. Попросить пациента открыть рот.
7. Зеркалом или пальцем отодвинуть правую щеку.
8. Ввести ложку с оттискной массой в полость рта под углом;
  - затем, разворачивая ее, устанавливают над альвеолярным отростком. Ориентиром служит расположение ручки ложки строго по средней линии.
  - На верхней челюсти после центрирования ложку прижимают к задней трети твердого неба. После выхода массы за край ложки давление переносят на передний край - это профилактика попадания оттискной массы в гортань или трахею.
  - Вестибулярные края оформляют путем оттягивания верхней губы и щек большим и указательным пальцами вниз, прижимая к краю ложки.

Необходимо заметить, что, когда врач формирует края оттиска, перемещая губы и щеки пациента своими пальцами, движения мягких тканей при этом называются пассивными. Если мягкие ткани перемещаются за счет напряжения мимической или жевательной мускулатуры, эти движения называются активными.

9. Зафиксировать ложку рукой на 1-3 минуты (до застывания материала)

10. Выведение ложки с оттиском из полости рта.
11. Оттиск после снятия промыть под струей воды.
12. Оценить качество оттиска:
  - Озвучить плотность прилегания оттиска к ложке
  - Озвучить наличие или отсутствие пор
  - Озвучить равномерность толщины оттиска
  - Озвучить четкость отображения протезного поля
  - Озвучить четкость контурирования края оттиска

(Правильно снятый оттиск на внутренней поверхности не должен иметь продавленных мест. После выведения оттиска обращают внимание: на фиксацию оттиска на ложке, пористость оттискного материала, сформированность края оттиска, четкость отображение рельефа слизистой оболочки протезного ложа. Важно, чтобы края

оттиска были округлыми. Поверхность отпечатка не должна иметь пор и раковин, отражая все анатомические образования и особенно границы переходной складки и линию А. Оттиск должен быть чистым, свободным от слюны).

## Алгоритм действия студента №2

### Съемное протезирование.

#### «Получение диагностической модели челюстей из гипса».

##### 1. Материальное обеспечение :

- оттиск из силиконовой массы
- гипс
- вода
- резиновая колба
- шпатель
- гипсовый нож

##### 2. Методика проведения:

1. В колбу налить необходимое количество воды ( на 100 грамм гипса 20-25 мл воды)

2. Плавно шпателем засыпаем гипс в воду до насыщения. На поверхности пропитанного водой гипса должен остаться небольшой избыток воды.

3. Шпателем размешать гипс до получения однородной массы без комков, сметанообразной консистенции.

4.левой рукой взять оттиск , правой рукой шпателем нанести сметанообразной консистенции гипс небольшими порциями на выступающие участки оттиска , при этом встряхивая его , постукивая о край резиновой колбы , повторить процедуру заполнения оттиска гипсом до краев.

5. Когда плотность гипса повышается , оттиск заполнить гипсом несколько выше его краев , затем выложить на поверхность стола небольшую порцию гипса , перевернуть отпечаток ложкой вверх, разместить его на гипс в горизонтальном положении, параллельно столу.

6. Шпателем формируем цоколь модели, закрывая края оттиска.

7. После кристаллизации гипса срезать участки гипса , которые будут препятствовать отделению оттисковой ложки от модели.

Требования к модели:

1. Гипс модели должен быть плотным, не содержать пор.
2. Модель должна точно отображать все анатомические образования протезного поля.
3. Цоколь модели должен быть высотой 1,5-2 см, соответствующей формы для верхней или нижней челюсти.

**Алгоритм действия студента №3**  
**Съемное протезирование**  
**«Получение анатомических оттисков с нижней челюсти**  
**альгинатной массой».**

1. Поздороваться с пациентом, проинформировать о предстоящей манипуляции получение оттисков с нижней челюсти.

Сейчас я вам буду снимать оттиск с нижней челюсти. Вы должны дышать носом. Не напрягать щеки и губы. Во время введения ложки с оттискным материалом вы должны поднять язык вверх.

2. Надеть перчатки.

3. Подобрать стандартную оттискную ложку:

- В зависимости от того, с какой челюсти будет сниматься оттиск (верхняя или нижняя челюсть)

- По размеру

При выборе нужно иметь в виду, что расстояние между поверхностью ложки и слизистой оболочкой протезного ложа должно быть не менее 3-5 мм.

Края ложки при наложении на поверхность слизистой оболочки во время проверки доходят до переходной складки. При снятии оттиска между дном ложки и альвеолярным гребнем должен лежать слой оттискного материала толщиной 2-3 мм, борт ложки не должен доходить до переходной складки, а образовавшийся просвет впоследствии не должен заполниться оттискной массой. Это позволит формировать края оттиска как пассивными, так и активными движениями мягких тканей. При длинном крае ложки такая возможность формирования исключается, так как ее край будет мешать движению языка, уздечек и других складок слизистой оболочки.

4. Провести замешивания альгинатной массы:

- Взять колбу и шпатель

- Отмерить в колбу альгинатную массу в соотношении ровная мерная ложка порошка (10 гр) на 1 мерку воды (20 мл).

- Замешивание производить в течение 30-45 сек.

5. Наложить альгинатную массу в оттискную ложку.

6. Выровнять и смочить поверхность альгинатной массы, находящейся в оттискной ложке водой.
7. Попросить пациента открыть рот.
8. Зеркалом или пальцем отодвинуть правую щеку.
9. Ввести ложку с оттискной массой в полость рта под углом;
  - затем, разворачивая ее, устанавливают над альвеолярным отростком. Ориентиром служит расположение ручки ложки строго по средней линии.
  - На нижней челюсти после центровки ложку прижимают сначала в переднем отделе, а затем в заднем.
  - Вестибулярные края оформляют путем оттягивания губ и щек в сторону, вверх и назад.
  - Для формирования массы в области язычного края отпечатка больного просят поднять язык вверх и вперед.

Необходимо заметить, что, когда врач формирует края оттиска, перемещая губы и щеки пациента своими пальцами, движения мягких тканей при этом называются пассивными. Если мягкие ткани перемещаются за счет напряжения мимической или жевательной мускулатуры, мышц дна полости рта, эти движения называются активными.
10. Зафиксировать ложку рукой на 1-3 минуты (до застывания материала)
11. Выведение оттиска с ложкой из полости рта.
12. Оттиск после снятия промыть под струей воды.
13. Оценить качество оттиска:
  - Озвучить плотность прилегания оттиска к ложке
  - Озвучить наличие или отсутствие пор
  - Озвучить равномерность толщины оттиска
  - Озвучить четкость отображения рельефа протезного поля
  - Озвучить четкость контурирования края оттиска

(Правильно снятый оттиск на внутренней поверхности не должен иметь продавленных мест, края с вестибулярной и язычной сторон должны быть равномерной толщины, места протезного ложа, важные для ретенции, должны быть точно просняты, нейтральная зона

должна быть четко контурирована. Оттиск должен быть чистым, свободным от слюны).

## Алгоритм действия студента № 4

### Съемное протезирование.

#### «Определение границ базиса полного съемного протеза на модели беззубой нижней челюсти».

##### 1. Материальное обеспечение:

- гипсовая модель беззубой нижней челюсти
- химический карандаш

##### 2. Методика проведения:

- Химическим карандашом на модель наносим линию по внешнему склону - переход на активно-подвижную слизистую оболочку, при этом обходим уздечку нижней губы , а в области премоляров – места прикрепления боковых тяжей слизистой оболочки переходной складки.
- Обходим нижнечелюстные (слизистые) бугорки (будущий полный пластиночный съемный протез должен перекрывать нижнечелюстные бугорки)
- Переходим на язычную сторону , обводим челюстно-подъязычные линии с правой и левой стороны , и доходя в переднем отделе до места прикрепления уздечки языка и обязательно обходя ее .
- Проводим альвеолярную линию строго по гребню альвеолярного отростка.
- Кроме указанных линий на модели обозначаем нижнечелюстные (слизистые) бугорки . Эта разметка помогает с ориентироваться при постановке искусственных зубов на беззубой челюсти.

Требования к границам базисов полных съемных протезов на нижней челюсти:

1. С вестибулярной стороны базис доходит до активно-подвижной зоны слизистой оболочки, обходит уздечку нижней губы, а в области премоляров по наружной косой линии не перекрывает ее.

2. Базис перекрывает нижнечелюстные бугорки, переходит на язычную сторону, обязательно перекрывает челюстно-подъязычные линии правой и левой сторон, доходя в переднем отделе до места прикрепления уздечки языка и обходя ее.

## Алгоритм действия студента №5

### Съемное протезирование.

#### «Определение границ базиса полного съемного протеза на модели беззубой верхней челюсти».

1. Материальное обеспечение :

- гипсовая модель беззубой верхней челюсти
- химический карандаш

2. Методика проведения :

- Химическим карандашом на модели во фронтальном участке обозначаем границы , обходя уздечку верхней губы , а в боковых участках – щечные складки слизистой оболочки (чтобы они в будущем не травмировались краем протеза , а сам базис не смещался с протезного ложа).
- Обозначаем верхнечелюстные бугры ( в заднем отделе базис должен перекрывать верхнечелюстные бугры до крыловидно-челюстных складок )
- Далее наносим клапанную линию - по внешнему склону клапанной зоны; альвеолярную - строго по гребню альвеолярного отростка; срединную - она должна разделять модель на равные правую и левую части согласно уздечки верхней губы, костному шву в переднем участке твердого неба и слепым ямкам в задней части твердого неба.

Требования к границам базисов полных съемных протезов на верхнюю челюсть:

1. С вестибулярной стороны граница доходит до активно - подвижной зоны слизистой оболочки, то есть примерно на 1-1,5-2 мм с каждой стороны от центра купола переходной складки.
2. Впереди край протеза обходит уздечку верхней губы, а в боковых участках - щечные тяжи.
3. В заднем отделе базис должен перекрыть челюстные бугры до крыло-челюстных складок, которые идут от дистальных поверхностей бугров верхней челюсти.
4. От бугров граница базиса проходит по участку перехода твердого неба в мягкое, то есть по центральной зоне, в месте прикрепления мышц мягкого неба, заходя за так называемую линию А на 1-2 мм.

## Алгоритм действия студента №6

### Съемное протезирование.

**«Определение и фиксация центральной окклюзии при I группе дефектов зубных рядов по Бетельманом (с помощью силиконового материала)».**

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции определения и фиксации центральной окклюзии.
5. Материальное обеспечение:
  - Фантом с I группой дефектов зубных рядов
  - Базисный силиконовый материал
  - Набор для осмотра (пинцет, зонд, зеркало)
2. Методика проведения:
  - Проверить смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии.
  - Приготовить и замешать базисный силиконовый материал:
    1. Специальной мерной емкостью отмерить материал базисный силиконовый материал в руку, излишки пасты нужно снять.
    2. На каждый отпечаток нанести по две полоски геля-катализатора (приблизительная длина полоски 4 см).
    3. Провести замешивания силиконовой массы пальцами рук, в течение 30 секунд, до тех пор, когда валик не приобретет однородные оттенок и консистенцию.
  - Сформировать валик длиной 3-4 см и шириной 1,0-1,5 см.
  - Ввести силиконовый валик в полость рта и разместить его в области дефекта зубного ряда.

- Сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии.
- После полимеризации массы размыкают зубы, осторожно вынимают валик и оценить качество окклюзионного отпечатка.

Требования к силиконовому окклюзионному валику:

1. Силиконовый валик не должен иметь оттяжек (деформаций)
2. Он должен надежно фиксировать зубные ряды в положении центральной окклюзии.

## Алгоритм действия студента №7

### Съемное протезирование.

**«Определение границ базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели верхней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди».**

1. Материальное обеспечение:

- гипсовая модель верхней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди
- химический карандаш

2. Методика проведения:

- Химическим карандашом на модели в беззубых участках альвеолярного отростка определяют границы базиса протеза, которые проходят на 0,5-1 мм ниже переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой оболочки
- Очерчиваем верхнечелюстные бугры (в дистальном отделе базис должен перекрывать верхнечелюстные бугры)
- Очерчиваем дистальный край протеза, не доходя до линии «А» (дистальный край протеза немного не доходит до линии «А»).
- При ортогнатическом прикусе базис протеза перекрывает зубы фронтальной группы на небной поверхности на 1/3, а зубы бокового участка с небной поверхности на 2/3 высоты коронок боковых зубов.

Требования к границам базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели верхней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди:

1. С вестибулярной стороны граница проходит на 0,5-1 мм ниже переходной складки беззубых участков альвеолярного отростка.
2. В боковых беззубых участках альвеолярного отростка минуя щечные тяжи.
3. В дистальном отделе базис должен перекрыть бугры верхней челюсти.

4. Дистальный край протеза должен доходить до линии «А», или несколько отстоять от нее, в зависимости от топографии дефекта, рельефа протезного ложа и размера челюсти.

## Алгоритм действия студента №8

### Съемное протезирование.

**«Определение границ базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели верхней челюсти с дефектом зубного ряда II класс по Кеннеди».**

#### 1. Материальное обеспечение:

- гипсовая модель верхней челюсти с дефектом зубного ряда II класс по Кеннеди
- химический карандаш

#### 2. Методика проведения:

- Химическим карандашом на модели в беззубых участках альвеолярного отростка определяют границы протеза, которые проходят на 0,5-1 мм ниже переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой.
- определяет верхнечелюстные бугры (в дистальном отделе базис имеет перекрывать верхнечелюстные бугры)
- определяют дистальный край протеза, не доходя до линии «А» (дистальный край протеза немного не доходит до линии «А»).
- При ортогнатическом прикусе базис протеза перекрывает зубы фронтальной группы на небной поверхности на 1/3, а зубы бокового участка с небной поверхности на 2/3 высоты коронок боковых зубов.

Требования к границам базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели верхней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди:

1. С вестибулярной стороны граница проходит на 0,5-1 мм ниже переходной складки в щечных поверхностях беззубых участков альвеолярного отростка.
2. В боковых беззубых участках альвеолярного отростка минуя щечные тяжи.
3. В дистальном отделе базис должен перекрывать челюстные бугры.

4. Дистальный край протеза должен доходить до линии «А», или несколько отстоять от нее, в зависимости от топографии дефекта, рельефа протезного ложа и размера челюсти.

## Алгоритм действия студента №9

### Съемное протезирование.

**«Определение границ базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели нижней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди».**

#### 1. Материальное обеспечение:

- гипсовая модель нижней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди
- химический карандаш

#### 2. Методика проведения:

- Химическим карандашом на модели в беззубых участках альвеолярного отростка определяют границы базиса протеза, которые проходят на 0,5-1 мм выше переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой оболочки.
- При ортогнатическом прикусе базис перекрывает зубы фронтальной и боковых участков соответственно на  $2/3$  и  $3/4$  высоты коронок, что обусловлено конструктивными и физико-механическими свойствами материалов.
- Нижняя граница базиса протеза с язычной поверхности перекрывает внутреннюю косую линию и проходит выше переходной складки, минуя места прикрепления уздечки языка.
- дистальную границу базиса протеза необходимо определить в области ретромолярных слизистых бугорков (которые представляют собой дубликатуру слизистой оболочки). Их необходимо частично или полностью (в зависимости от степени их подвижности и места прикрепления крыло- челюстной складки) перекрыть.

Требования к границам базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели нижней челюсти с дефектом зубного ряда I класс по Кеннеди:

1. С вестибулярной стороны на беззубых участках альвеолярного отростка граница проходит на 0,5-1 мм выше переходной складки.
2. Щечные тяжи должны быть тщательно обойдены.
3. Нижняя граница базиса протеза с оральной поверхности перекрывает внутреннюю косую линию и проходит выше переходной складки, минуя участки мест прикрепления уздечки языка.
4. дистальную границу протеза необходимо определить в области ретромолярных слизистых бугорков которые необходимо частично или полностью (в зависимости от степени их подвижности и места прикрепления крыло-челюстной складки) перекрыть.

## Алгоритм действия студента №10

### Съемное протезирование.

#### **«Определение границ базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели нижней челюсти с дефектом зубного ряда II класс по Кеннеди».**

##### 1. Материальное обеспечение:

- гипсовая модель нижней челюсти с дефектом зубного ряда II класс по Кеннеди
- химический карандаш

##### 2. Методика проведения:

- Химическим карандашом на модели в беззубых участках альвеолярного отростка определяют границы базиса протеза, которые проходят на 0,5-1 мм выше переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой оболочки.
- При ортогнатическом прикусе базис перекрывает зубы фронтального и бокового участков соответственно на  $2/3$  и  $3/4$  высоты коронок, что обусловлено конструктивными и физико-механическими свойствами материалов.
- Нижняя граница базиса протеза с язычной поверхности перекрывает внутреннюю косую линию и проходит выше переходной складки, минуя места прикрепления уздечки языка.
- дистальную границу базиса протеза необходимо определить в области ретромолярных слизистых бугорков (которые представляют собой дубликатуру слизистой оболочки). Их необходимо частично или полностью (в зависимости от степени их подвижности и места прикрепления крыло- челюстной складки) перекрыть.

Требования к границам базиса частичного пластиночного съемного протеза на модели нижней челюсти с дефектом зубного ряда II класс по Кеннеди:

1. С вестибулярной стороны на беззубых участках альвеолярного отростка граница проходит на 0,5-1 мм выше переходной складки.
2. Щечные тяжи должны быть тщательно обойдены.
3. Нижняя граница базиса протеза с оральной поверхности перекрывает внутреннюю косую линию и проходит выше переходной складки, минуя участки мест прикрепления уздечки языка.
4. дистальную границу протеза необходимо определить в области ретромолярных слизистых бугорков которые необходимо частично или полностью (в зависимости от степени их подвижности и места прикрепления крыло-челюстной складки) перекрыть.