

**Алгоритм действий студента №1**  
**Несъемное протезирование.**  
**«Препарирование под штампованую коронку».**

1. Поздороваться с пациентом.
2. Одеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологический зонд, зеркало, пинцет).
4. Проинформировать пациента про будущую манипуляцию препаровки зуба под штампованую коронку.

Во время препаровки вы держите рот открытым, дышите носом, губы, щеки и язык не напрягаете.

5. Взять боры для препаровки (конусообразный или цилиндрический, каплевидный или колесообразный) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник.

6. Попросить пациента открыть рот.

7. Провести препаровку:

- произвести сепарацию апроксимальных поверхностей, таким образом, что бы они были паралельны, и на толщину метала (0,3-0,4 мм);
- Препарирование жевательной поверхности на толщину метала (0,3-0,4 мм) с учетом рельефа;
- с оральной и вестибулярной поверхностей, препарируют части коронки, которые выступают над уровнем клинической шейки (экватор);
- препаровку завершают устранением острых углов, которые образовались во время препаровки.

Подготовка зуба под штампованую коронку заключается в присвоении ему определенной формы, чаще всего она напоминает цилиндрическую форму, или обратно усеченный конус с наклоном стенок  $1^{\circ}$ -  $3^{\circ}$  , что обеспечивает свободное наложение коронки, край которой, заходя в десневую борозду, должен плотно охватывать клиническую шейку зуба.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



**Алгоритм действий студента №2**  
**Несъемное протезирование.**  
**«Препарование под цельнолитую коронку».**

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологический зонд, зеркало, пинцет).
4. Проинформировать пациента про будущую манипуляцию препаровки зуба под цельнолитую коронку.
5. Взять боры для препаровки (конусообразный или цилиндрический, каплевидный или фиссурный) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник.
6. Попросить пациента открыть рот .
7. Провести препаровку :
  - произвести 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, соблюдая анатомическую форму жевательной поверхности;
  - Препарирование вестибулярной и оральной поверхностей проводится параллельно продольной оси зуба , глубина препаровки 0,5-0,8 мм;
  - в пределах зубо-десневой борозды формируем круговой уступ под прямым углом , ширина уступа 0,4 мм;
  - препаровку завершают устранением острых углов, которые образовались в процессе препаровки;
  - проведение инструментального контроля отпрепарированных поверхностей (если зонд не встречает преград и плавно скользит по поверхности зуба , Препарирование считается законченной).

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

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чердниченко А.В.



**Алгоритм действий студента №3**  
**Несъемное протезирование.**  
**«Препарирование под пластмассовую коронку».**

1. Поздороваться с пациентом.
2. Одеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологический зонд, зеркало, пинцет).
4. Проинформировать пациента про будущую манипуляцию препаровки под пластмассовую коронку .  
Во время препаровки вы держите рот открытым, дышите носом, губы, щеки и язык не напрягаете.
5. Взять боры для препаровки конусообразный или цилиндрический, каплевидный или колесообразный и зафиксировать один из них в турбинный наконечник.
6. Попросить пациента открыть рот.
7. Провести препаровку:

- провести сепарацию апроксимальных поверхностей, таким образом, что бы они были паралельны, и на толщину пластмассы (1-1.5 мм);
- Препарирование жевательной поверхности на толщину пластмассы (1.5 мм) с учетом анатомии зуба и зон безопасности;
- с оральной и вестибулярной поверхностей коронки препарируют участки в зоне экватора , которые выступают над уровнем клинической шейки;
- в пределах зубодесневой борозды формируем циркулярный, прямой, шириной 0,5-0,8 мм, в зависимости от принадлежности к функциональной группе и величины коронки;
- препаровку завершают устранением острых углов, которые образовались в процессе препаровки.

Подготовка зуба под пластмассовую коронку заключается в придании культе зуба конусообразной формы с углом наклона стенок  $3^{\circ}$  -  $5^{\circ}$  , что обеспечивает свободное наложение коронки.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.

## Алгоритм действий студента №4

### Несъемное протезирование.

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

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологический зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента про будущую манипуляцию препаровки под металокерамическую коронку.

Во время препаровки, вы держите рот открытым, дышите носом, губы и щеки не напрягаете.

Взять боры для препаровки (конусообразный бор с плоским концом, длинный тонкий конусный бор, фиссурный бор, цилиндрический бор, маркерный бор) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник .

5. Попросить пациента открыть рот.
6. Провести препаровку:
  - Маркерным или конусообразным алмазным бором с плоским концом на вестибулярной поверхности зуба нанести «ориентировочные борозды» (для контроля толщины твердых тканей, которые сошлифовываются) глубиной 1,2 мм (диаметр бора), а на режущем крае глубиной 2,0 мм.
  - Нанести «ориентировочные борозды» на небной поверхности глубиной 1,2 мм: в придесневой области - параллельно десневому краю, выше небного бугра - параллельно режущему краю.
  - Препарировать твердые ткани вестибулярной поверхности зуба на глубину до нанесенных «ориентировочных борозд».
  - Провести сепарацию апроксимальных поверхностях длинным тонким конусным алмазным бором.
  - Препарирование придесневой области небной поверхности зуба относительно к нанесенным «ориентировочным бороздам».
  - Препарирование небной поверхности зуба выше небного бугра относительно к нанесенным «ориентировочным бороздам», достигая, что бы межжюклизонное пространство между препарируемым зубом и антагонистом составляло не менее 1 мм.
  - Твердосплавным фиссурным бором с закругленным краем сглаживаем все острые углы культи зуба, которые образовались при препаровки.
  - Этим же бором (твердосплавным фиссурным бором) формируем циркулярный уступ  $90^\circ$  с закругленным углом в пределах зубодесневой борозды.

Подготовка зуба под металокерамическую коронку заключается в придании конусообразной формы ( $5-7^\circ$ ), режущий край должен быть сошлифован на 2

мм, расстояние между небной поверхностью отпрепарированного зуба и антагонистом должен быть не менее 1 мм, круговой уступ должен иметь закругленный внутренний край и иметь глубину 0,8-1,0 мм, поверхность отпрепарированного зуба не должна вмещать шероховатостей и поднутрений.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



**Алгоритм дії студента №5**  
**Несъемное протезирование.**

**«Препарирование полости I класса по Блэку под металлическую вкладку»**

1. Поздороваться с пациентом.
2. Одеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (зонд, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования под металлическую вкладку .  
Во время препарирования вы держите рот открытым, дышите носом, губы и щеки не напрягаете.
5. Взять боры для препарирования (конусообразный бор с плоским концом, длинный тонкий конусный бор, фиссурный бор, цилиндрический бор, шаровидный бор) и зафиксировать один из них в турбинный наконечник.
6. Попросить пациента приоткрыть рот.
7. Провести препарирование:
  - Раскрыть кариозную полость фиссурным бором или шаровидным бором, удаляя нависающие края эмали, добиваясь пропорциональности входного отверстия и дна кариозной полости.
  - Расширение кариозной полости: выравнивание эмалевых краев, иссечение поврежденных фиссур, закругление острых краев.
  - Удаление некротизированного дентина из стенок и дна кариозной полости шарообразным бором.
  - Выравнивание дна полости.
  - Формирование боковых стенок полости параллельно друг другу, с небольшим различием (4-6°) к окклюзионной поверхности, сглаживанием острых граней.
  - Создание скоса (фальца) края кариозной полости под углом 45° в пределах эмали, так чтобы металл вкладки перекрывал эмалевые призмы, предупреждая их сколы.
  - Формирование полости для укладки завершают сглаживанием ее краев и стенок.

Подготовка полости I класса по Блэку зуба под металлическую вкладку заключается в придании полости ящикообразной формы, без внутренностей. В полости не должно быть остатков некротизированного дентина, формирование боковых стенок полости параллельно друг другу, с небольшим расхождением (4-6°) к окклюзионной поверхности, создание фальца края кариозной полости под углом 45° и сглаживание краев и стенок полости..

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №6

### Несъемное протезирование.

#### «Приготовление цинк-фосфатного цемента для клинического этапа фиксации коронки».

##### 1. Материальное обеспечение:

- цинк-фосфатный цемент «Адгезор»
- металлический шпатель для затворения
- стеклянная пластинка для затворения

##### 2. Методика проведения:

- Взять стеклянную пластинку для затворения цемента, предварительно охладить ее до 18-20 градусов Цельсия (для эффективного отвода тепла, выделяемого в результате экзотермической реакции).
- Взять мерную ложку (находящуюся в комплекте цемента «Адгезор»), и отмерить 1,4 г порошка (или 2 мерные ложки) из емкости цемента и 0,8 г жидкости (или 5 капель) из емкости для жидкости соответственно.
- Взять металлический шпатель для затворения, и начать затворение цемента в следующей последовательности: сначала замешивают  $\frac{1}{4}$  часть порошка с жидкостью, тщательно перемешивая цементную массу в течение 30 секунд, для рассеяния выделяемого тепла после этого добавляют остальной порошок и тщательно размешивают. -90 секунд до достижения однородной цементной массы.
- подготовить цемент необходимой консистенции к внесению его в искусственную коронку.

Требования к приготовлению цинкфосфатного цемента для клинического этапа фиксации искусственной коронки:

1. Общее рабочее время не должно превышать 90 секунд.
2. Полученная цементная масса должна быть однородной (присутствие комков порошка в цементе уменьшает прочность и увеличивает толщину фиксирующей пленки).
3. Критерии необходимой консистенции: при отрывании от цемента шпателя за ним должен тянуться цемент в 1-2 см.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №7

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование под циркониевую коронку боковых групп зубов».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонды, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования зуба под циркониевую коронку.
5. Во время препарирования вы держите рот открытым, дышите носом, губы и щеки и язык не напрягаете.
6. Взять боры для препарирования (конусообразный или цилиндрический, каплевидный или фиссурный) и зафиксировать один из них в турбинном наконечнике.
7. Попросить пациента приоткрыть рот.
8. Провести препарирование:
  - провести сепарацию аппроксимальных поверхностей, таким образом, чтобы они были параллельны и толщине коронки (1мм).
  - препарирование вестибулярной поверхности производится параллельно продольной оси зуба, глубина препарирования составляет 1,5 мм.
  - препарирование оральной поверхности производится параллельно продольной оси зуба, глубина препарирования составляет 1-1,5 мм.
  - препарирование на жевательной поверхности твердых тканей зуба фиссурным бором на 1,5 мм, соблюдая анатомическую форму жевательной поверхности.
  - в пределах зубоясеневой бороздки формируем вестибулярный уступ, ширина уступа 0,5-0,8 мм.
  - препарирование завершают устранением острых углов, образовавшихся в процессе препарирования.
  - проведение инструментального контроля отпрепарированных поверхностей (если зонд не встречает препятствий и плавно скользит по поверхности зуба, препарирование считается окончанным).

Подготовка зуба под циркониевую коронку заключается в придании культе конусообразной формы под углом 4-8 градусов. Поверхности культи зуба не должны иметь ступенек и внутренностей. Апроксимальные поверхности зуба должны быть сошлифованы на 1 мм и параллельны друг другу, вестибулярная поверхность зуба должна быть сошлифована на 1,5 мм, уступ должен быть шириной 0,5-0,8 мм и в пределах зубоясеневой бороздки.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №8

### Несъемное протезирование.

#### «Препарирование под металлопластмассовую коронку с пластмассовой облицовкой с вестибулярной поверхностью».

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонды, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования зуба под металлопластмассовую коронку.
5. Во время препарирования вы держите рот открытым, дышите носом, губы и щеки и язык не напрягаете.
6. Взять боры для препарирования (конусообразный или цилиндрический, каплевидный или фиссурный) и зафиксировать один из них в турбинном наконечнике.
7. Попросить пациента приоткрыть рот.
8. Провести препарирование:
  - провести сепарацию аппроксимальных поверхностей, таким образом, чтобы они были параллельны и толщине металла (0,5 мм)
  - препарирование вестибулярной поверхности производится параллельно продольной оси зуба, глубина препарирования составляет 1,5-2 мм.
  - препарирование оральной поверхности производится параллельно продольной оси зуба, глубина препарирования составляет 0,3-0,5 мм.
  - препарирование на жевательной поверхности твердых тканей зуба фиссурным бором на 0,5-0,7 мм, соблюдая анатомическую форму жевательной поверхности.
  - в пределах зубоясеневой бороздки формируем вестибулярный уступ, ширина уступа 0,8-1 мм.
  - препарирование завершают устранением острых углов, образовавшихся в процессе препарирования.
  - проведение инструментального контроля отпрепарированных поверхностей (если зонд не встречает препятствий и плавно скользит по поверхности зуба, препарирование считается окончанным).

Подготовка зуба под цельнолитую металлическую коронку заключается в придании культу конусообразной формы. Поверхности культы зуба не должны иметь ступенек и внутренностей. Аппроксимальные поверхности зуба должны быть сошлифованы на 0,5 мм и параллельны друг другу, вестибулярная поверхность зуба должна быть сошлифована на 1,5-2,0 мм для создания места для облицовочного материала, уступ должен быть шириной 0,8-1 мм и у пределах зубоясеневой борозды.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №9

### Несъемное протезирование.

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

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонды, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции препарирования под винир.
5. Во время препарирования вы держите рот открытым, дышите носом, губы и щеки не напрягаете.
6. Взять боры для препарирования (конусообразный бор с плоским концом, длинный тонкий конусный бор, фиссурный бор, цилиндрический бор) и зафиксировать один из них в турбинном наконечнике .
7. Попросить пациента приоткрыть рот.
8. Провести препарирование:
  - Конусообразным алмазным бором с плоским концом на вестибулярной поверхности зуба нанести «ориентационные бороздки» (для контроля толщины твердых тканей) на глубину 1 мм от режущего края до эмалево-цементной границы, с учетом анатомической формы зуба и топографии.
  - Препарировать твердые ткани вестибулярной поверхности зуба конусообразным бором с закругленной вершиной в соответствии с нанесенными «ориентировочными бороздками» (на предварительно запланированную глубину 1 мм).
  - Формирование прямого уступа цилиндрическим бором или бором в виде срезанного конуса, на уровне десен, шириной 0,3-0,5 мм.
  - Препарирование контактных (аппроксимальных) поверхностей является продолжением 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 и стойкости зубного ряда, при сохранении состояния аппроксимальных поверхностей).
  - Препарирование завершают устранением острых углов образовавшимися в процессе препарирования финирами.

Подготовка зуба под винир заключается в препарировании вестибулярной поверхности зуба на запланированную глубину 1 мм, формировании прямого уступа на уровне десен, шириной 0,3-0,5 мм, формировании на контактных поверхностях вертикальных пазов (желобков) глубиной 0,5 мм без нарушения межзубных контактных пунктов (для сохранения целостности зубного ряда, при сохранении аппроксимальных поверхностей без поражения их кариесом), и отсутствия шероховатостей (неравенств) на препарлируемых поверхностях.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №1

### Съемное протезирование

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

1. Поздороваться с пациентом, проинформировать о предстоящей манипуляции получения отпечатков из верхней челюсти.

Теперь я вам буду снимать отпечаток с верхней челюсти. Вы должны дышать носом. Не напрягайте щеки и губы.

Надеть перчатки.

2. Подобрать стандартную оттискную ложку:

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

- по размеру

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

Края ложки при наложении на поверхность слизистой при проверке доходят до переходной складки. При снятии оттиска между дном ложки и альвеолярным гребнем должна лежать прослойка 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 отпечатка как пассивными, так и активными движениями мягких тканей. При высоком крае ложки такая возможность формовки исключается, так как ее край будет мешать движению языка, уздечек и других складок слизистой.

3. Провести замешивание альгинатной массы:

- взять колбу и шпатель

– отмерить в колбу альгинатный материал в соотношении равная мерная ложка порошка (10 гр) на 1 мерку воды (20 мл).

- - Замешивание производить в течение 30-45 сек.

4. Заполнить альгинатной массой отпечаточную ложку до краев.

5. Выровнять и смочить поверхность альгинатной массы, находящуюся в отпечаточной ложке водой.

6. Попросить пациента приоткрыть рот.

7. Зеркалом или пальцем отодвинуть правую щеку.

8. Ввести ложку с оттискной массой в полость рта под углом;

- затем, разворачивая ее, устанавливают по центру альвеолярного отростка (альвеолярной части). Ориентиром служит расположение ручки ложки строго по средней линии.

- На верхней челюсти после центровки ложку прижимают к задней трети твердого неба. После выхода массы за край ложки давление переносят на

передний край – это профилактика попадания отпечаточной 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 край отпечатка, 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.

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

10. Выведение ложки с оттиском из полости рта.

11. Отпечаток после снятия промыть под струей воды.

12. Оценить качество оттиска:

- озвучить плотность примыкания оттиска к ложке

- озвучить наличие или отсутствие пор

- озвучить равномерность толщины оттиска

- озвучить четкость отображения протезного поля

- озвучить четкость контурирования края оттиска

(Правильно снятый отпечаток на внутренней поверхности не должен иметь продавленных мест. После вывода отпечатка обращают внимание: на фиксацию к ложке, пористость отпечаточного материала, сформированность края отпечатка, четкость отпечатка рельефа слизистой протезного ложа. Важно, чтобы края отпечатка были округлыми. не должна иметь пор и раковин, отражая все анатомические образования и особенно границы переходной складки и линию А. Отражение должно быть чистым, свободным от слюны).

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №2

### Съемное протезирование.

#### «Получение диагностических моделей челюстей из гипса».

##### 1. Материальное обеспечение:

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

##### 2. Методика проведения:

- В колбу налить необходимое количество воды (на 100 г гипса 20-25 мл воды примерно  $1/3$ )

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

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

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

- Когда густота гипса повышается, отпечаток 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.

- Шпателем формируем цоколь модели, закрывая края оттиска.

- После кристаллизации гипса срезать участки гипса, которые будут препятствовать снятию отпечаточной ложки с модели.

##### Требования к модели:

1. Гипс модели должен быть плотным, не содержать пор.
2. Модель должна точно повторять все анатомические образования протезного поля.
3. Цоколь модели должен быть высотой 1,5-2 см.

##### Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



**Алгоритм действий студента №3**  
**Съемное протезирование**  
**"Получение анатомических оттисков нижней челюсти альгинатной**  
**массой".**

1. Поздороваться с пациентом, проинформировать о предстоящей манипуляции получения отпечатков из нижней челюсти.

Теперь я вам буду снимать отпечаток с нижней челюсти. Вы должны дышать носом. Не напрягайте щеки и губы. При вводе 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 отпечаток (верхняя или нижняя челюсть)

- по размеру

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

Края ложки при наложении на поверхность слизистой при проверке доходят до переходной складки. При снятии оттиска между дном ложки и альвеолярным гребнем должна лежать прослойка 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 отпечатка как пассивными, так и активными движениями мягких тканей. При длинном крае ложки такая возможность формовки исключается, так как ее край будет мешать движению языка, уздечек и других складок слизистой.

4. Провести замешивание альгинатной массы:

- взять колбу и шпатель

– отмерить в колбу альгинатный материал в соотношении равная 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, находящуюся в отпечаточной ложке водой.

7. Попросить пациента приоткрыть 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 ростком 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 край отпечатка, 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 ложки с оттиском из полости рта.

12. Отпечаток после снятия промыть под струей воды.

13. Оценить качество оттиска:

- озвучить плотность примыкания 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 отпечаток 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 пронесены, нейтральная зона должна быть четко контурирована. Отпечаток должен быть чистым, свободным от слюны).

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №4

### Съемное протезирование.

#### «Обозначение 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 наружному склону – переход на активно-подвижную слизистую, при этом обходим уздечку нижней губы, а в участке премоляров – места прикрепления боковых тяжелой слизистой переходной складки.

- обходим нижнечелюстные (слизистые) бугорки (будущий полный пластиночный съемный протез должен перекрывать нижнечелюстные бугорки)

- переходим на языковую сторону, обводим челюстно-подъязычные линии с правой и левой стороны, и доходя в переднем отделе к месту прикрепления уздечки языка и обязательно ее обходя.

- проводим альвеолярную линию строго по гребню альвеолярного отростка.

- кроме указанных линий на модели очерчиваем нижнечелюстные (слизистые) бугорки. Эта разметка помогает ориентироваться при постановке искусственных зубов на беззубой челюсти.

Требования к границам базисов полных съемных протезов на нижнюю челюсть:

1. С вестибулярной стороны базис доходит до активно-подвижной зоны слизистой, обходит уздечку нижней губы, а в участке 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 к месту прикрепления уздечки языка и обходя ее.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №5

### Съемное протезирование.

#### «Обозначение 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 очерчиваем границы, обходя уздечку верхней губы, а в боковых участках – щечные складки слизистой (чтобы они в будущем не травмировались краем протеза, а сам базис протеза не смещался с протезного ложа).

- очерчиваем верхнечелюстные бугры (в заднем отделе базис должен перекрывать верхнечелюстные бугры к крыловидно-челюстным складкам)

- далее очерчиваем клапанную линию

- по наружному склону клапанной зоны; альвеолярную – строго по гребню альвеолярного отростка; срединную – она должна разделять модель на уровне правую и левую части в соответствии с уздечкой верхней губы, костным швом в переднем участке твердого неба и слепыми ямками 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, 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 холмы к крыло-челюстным складкам, исходящим от дистальных поверхностей холмов верхней челюсти.

4. От бугров граница базиса проходит по участку перехода жесткого неба в мягкое, т.е. по центральной зоне, в месте прикрепления мышц мягкого неба, заходя за так называемую линию А на 1-2 мм.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №6

### Съемное протезирование.

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

1. Поздороваться с пациентом.
2. Надеть перчатки.
3. Взять набор инструментов (стоматологические зонды, зеркало, пинцет)
4. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции определения и фиксации центральной окклюзии.
5. Материальное обеспечение:
  - Фантом с I группой дефектов зубных рядов 3 класс по Кеннеди
  - Материал стоматологический оттиск Consiflex тип 3
  - Катализаторный гель, Consiflex
  - Набор для осмотра (пинцет, зонд, зеркало)
6. Методика проведения:
  - Проверить смыкание зубных рядов в положении центральной окклюзии.
  - Приготовить и замешать базовый силиконовый материал:

1. Особой мерной емкостью отмерить материал базовый силиконовый в руку, излишки пасты необходимо снять.
2. На каждую 1 мерную порцию базисной массы нанести по две мерные полоски геля-катализатора (приблизительная длина полоски 4 см).
3. Провести замешивание силиконовой массы пальцами рук, в течение 30 секунд, до тех пор, когда валик не приобретет однородный цвет и консистенцию.
  - Сформировать валик длиной 3–4 см и шириной 1,0–1,5 см.
  - Ввести силиконовый валик в полость рта и поместить его в область дефекта зубного ряда.
  - Сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии.
  - После полимеризации массы размыкают зубы, осторожно вынимают валик и оценят качество окклюзионного оттиска.

Требования к силиконовому окклюзионному валику:

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

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №7

### Полное 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 у беззубых участков альвеолярного отростка очерчиваем границы базиса протеза, которые проходят на 0,5-1 мм ниже переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой.
- очерчиваем верхнечелюстные бугры (в дистальном отделе базис должен перекрывать верхнечелюстные бугры)
- очерчиваем дистальный край протеза, не доходя до линии «А» (дистальный край протеза чуть-чуть не доходит до линии «А»).
- при ортогнатическом прикусе базис протеза перекрывает зубья фронтальной группы на небной поверхности на 1/3, а зубья бокового участка с небной поверхности на 2/3 высоты коронок боковых зубов.

Требования к границам базиса частичного съемного пластиночного 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 холмы 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.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №8

### Полное 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 очерчиваем границы протеза, проходящие на 0,5-1 мм ниже переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой.
- очерчиваем верхнечелюстные бугры (в дистальном отделе базис должен перекрывать верхнечелюстные бугры)
- очерчиваем дистальный край протеза, не доходя до линии «А» (дистальный край протеза чуть-чуть не доходит до линии «А»).
- при ортогнатическом прикусе базис протеза перекрывает зубья фронтальной группы на небной поверхности на 1/3, а зубья бокового участка с небной поверхности на 2/3 высоты коронок боковых зубов.

Требования к границам базиса частичного съемного пластиночного 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 холмы.
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.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №9

### Полное 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 очерчиваем границы базиса протеза, которые проходят на 0,5-1 мм выше переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой.
- при ортогнатичном прикусе базис перекрывает зубья 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 очертить в области ретромолярных слизистых бугорков (которые представляют собой дубликатор 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 съемного пластиночного 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 очертить в участке ретромолярных слизистых бугорков, которые необходимо частично или полностью (в зависимости от степени их подвижности и места прикрепления крыло-челюстной складки) перекрыть.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №10

### Полное 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 очерчиваем границы базиса протеза, которые проходят на 0,5-1 мм выше переходной складки, минуя подвижные щечно-альвеолярные тяжи слизистой.
- при ортогнатичном прикусе базис перекрывает зубья 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 очертить в области ретромолярных слизистых бугорков (которые представляют собой дубликатор 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 съемного пластиночного 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 очертить в участке ретромолярных слизистых бугорков, которые необходимо частично или полностью (в зависимости от степени их подвижности и места прикрепления крыло-челюстной складки) перекрыть.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №11

### Полное съемное протезирование.

#### «Проверка правильности определения ЦО и подготовка моделей к заливке в артикулятор при частичном отсутствии зубов (2 класс по Бетельману)».

##### 1. Материальное обеспечение:

- рабочая гипсовая модель верхней нижней челюсти в соответствии с условиями задания
- восковые базисы с прикусными валиками в соответствии с условиями задания
- химический карандаш
- резиновые кольца

##### 2. Методика проведения:

- выбрать из предоставленного набора моделей ( верхней (3 штуки) и нижней (3 штуки)) модель нижней челюсти, которая отвечает условиям задания
- верхняя челюсть - 3 класс по Кеннеди, нижняя челюсть – 1 класс по Кеннеди, отсутствуют зубы : 14, 25 , 37, 36, 35, 34, 45, 46, 47, прикус ортогнатический.
- выбрать использованные восковые базисы с прикусными валиками в соответствии с выбранными моделями верхней и нижней челюстей.
- проверить на модели верхней челюсти соответствие границ и плотность прилегания модели воскового базиса с прикусным валиком.
- проверить на модели нижней челюсти соответствие границ и плотность прилегания на модели воскового базиса с прикусным валиком.
- сопоставить модели верхней и нижней челюстей с восковыми базисами с прикусными валиками в положении ЦО.
- определить наличие характерных для ЦС челюстей признаков окклюзионных (фисурно-бугорочных) контактов на антагонизирующих парах зубов.
- химическим карандашом отметить характерные для ЦО окклюзионные признаки на антагонизирующих парах.
- проверить плотность прилегания окклюзионных поверхностей зубьев с их отпечатками на восковом прикусном валике.
- проверить совпадение межрезцовых линий верхней и нижней челюстей.
- проверить устойчивость положения сопоставленных моделей и отсутствие тенденций к их смещению.
- зафиксировать сопоставленные в положении ЦО модели с помощью резиновых колец.

Требования к проверке правильности определения ЦО и подготовка моделей к заливке в артикулятор при частичном отсутствии зубов (2 класс по Бетельману):

1. Избранные рабочие модели щ, нщ с восковыми базисами с прикусными валиками сопоставлены в положении ГО по окклюзионным признакам.
2. Восковые базисы соответствуют обозначенным границам.
3. Восковые базисы плотно примыкают к выбранным моделям щ, нщ.
4. Окклюзионные контакты антогонирующих пар зубов плотные.
5. Характерные окклюзионные признаки антогонирующих пар зубов отмечены химическим карандашом.
6. Окклюзионные поверхности зубов плотно прилегают к их отпечаткам на восковых валиках.
7. Модели с валиками устойчиво расположены в данном положении и не имеют тенденций к смещению и колебаниям.
8. Межрезцовые линии совпадают.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №12

### Съемное протезирование.

#### Коррекция индивидуальной ложки по Гербсту на верхнюю челюсть (I, II, III пробы).

1. Поздоровался с пациентом
2. Надел перчатки
3. Взял набор стерильных инструментов:
  - зеркало,
  - зонд,
  - пинцет
4. Проинформировал пациента о предстоящей манипуляции: Подгонка индивидуальной ложки на верхнюю челюсть по методике Гербста
5. Выбрал индивидуальную ложку на верхнюю челюсть, расположенную на модели согласно условиям задания.
  - индивидуальная ложка на верхнюю челюсть,
  - индивидуальная ложка нижней челюсти.
6. Осуществил оценку изготовленной индивидуальной ложки озвучить
  - по критериям соответствия обозначенных границ,
  - плотность прилегания ложки к модели.
7. Определить границы коррекции зоны карандашом на модели. Озвучить, что должен сделать пациент во время выполнения пробы согласно заданию.
  - широкое открывание рта,
  - засасывание щек,
  - вытягивание губ в трубочку.
8. Обосновать с учетом анатомо-топографических условий. (озвучить критерии качества правильно выполненной коррекции):
  - активируется активно-подвижная слизистая под влиянием жевательных мышц,
  - активируется активно-подвижная слизистая под влиянием щечных мышц,
  - активируется активно-подвижная слизистая под влиянием круговой мышцы рта.
9. Укоротить край индивидуальной ложки с помощью фрезы:
  - укоротить по краю, контактирующему с верхнечелюстными холмами и местом воображаемого размещения моляров
  - укоротил в участке щечных складок,
  - укоротил во фронтальном отделе.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чередниченко А.В.



## Алгоритм действий студента №13

### Съемное протезирование.

#### Коррекция индивидуальной ложки по Гербсту на нижнюю челюсть (I, II, III, IV, V пробы).

1. Поздоровался с пациентом
2. Надел перчатки
3. Взял набор стерильных инструментов:
  - зеркало,
  - зонд,
  - пинцет
4. Проинформировал пациента о предстоящей манипуляции: Подгонка нижней индивидуальной ложки по методике Гербста
5. Выбрал индивидуальную ложку на нижнюю челюсть, расположенную на модели согласно условиям задания.
  - индивидуальная ложка на нижнюю челюсть,
  - индивидуальная ложка нижней челюсти.
6. Осуществил оценку изготовленной индивидуальной ложки озвучить
  - по критериям соответствия обозначенных границ,
  - плотность прилегания ложки к модели.
7. Определить границы коррекции зоны карандашом на модели. Озвучить, что должен сделать пациент во время выполнения пробы согласно заданию.
  - широкое открывание рта и совершение акта глотания,
  - проведение языком по красной кайме нижней губы,
  - прикоснуться кончиком языка к щеке при полузакрытом роте,
  - выдвигание языка по направлению к кончику носа,
  - активные движения мимических мышц, сложение губ трубочкой.
8. Обосновать с учетом анатомо-топографических условий. (озвучить критерии качества правильно выполненной коррекции):
  - активизируется активно-подвижная слизистая под влиянием челюстно-подъязычной мышцы,
  - активизируется активно-подвижная слизистая под влиянием челюстно-подъязычной мышцы,
  - активизируется активно-подвижная слизистая под влиянием челюстно-подъязычной мышцы,
  - активизируется активно-подвижная слизистая под влиянием натяжения уздечки языка и сокращения мышц языка,
  - активизируется активно-подвижная слизистая под влиянием движений мимических мышц.
9. Укоротить край индивидуальной ложки с помощью фрезы:

- укоротил по краю от места позади слизистого бугорка до челюстно-подъязычной линии,
- укоротил по краю, проходящему вдоль челюстно-подъязычной линии,
- укоротил участок, который находится в 1 см от средней линии на подъязычном крае ложки с противоположной стороны направления движения языка,
- укоротил участок, расположенный возле уздечки языка,
- укоротил внешний край между клыками.

Авторы:

Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Лысенко В.В.



Ассистент кафедры ортопедической стоматологии

Чердниченко А.В.

