

Алгоритм дії студента №1 Незнімне протезування.

«Препарування під штамповану коронку».

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Одягти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування зуба під штамповану коронку .

Під час препарування ви тримаєте рот відкритим, дихаєте носом, губи та щоки та язик не напружуєте.

5. Взяти бори для препарування (конусоподібний чи циліндричний, краплевидний чи колесоподібний) та зафіксувати один з них в турбінний наконечник .

6. Попросити пацієнта відкрити рот.

7. Провести препарування: - провести сепарацію апроксимальних поверхонь, таким чином, щоб вони були паралельні, та на товщину металу (0,3-0,4 мм)

- препарування жувальної поверхні на товщину металу (0,3-0,4 мм) з урахуванням рельєфу

- з оральної та вестибулярної поверхонь коронки препарують частини, які виступають над рівнем клінічної шийки (екватор)

- препарування завершують усуненням гострих кутів, які утворилися в процесі препарування.

Підготовка зуба під штамповану коронку полягає в наданні йому певної форми, найчастіше вона нагадує циліндричну форму, або зворотно усічений конус з нахилом стінок 1° - 3° , що забезпечує вільне накладення коронки, край якої, заходячи в ясенний жолобок, повинен щільно охоплювати клінічну шийку зуба.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №2

Незнімне протезування.

«Препарування під суцільнолиту коронку».

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Надіти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляції препарування під суцільнолиту металеву коронку.
5. Взяти бори для препарування (конусоподібний або циліндричний, краплевидний або фісурний) і зафіксувати один з них в турбінний наконечник.
6. Попросити пацієнта відкрити рот.
7. Провести препарування : - провести сепарацію апроксимальних поверхонь, таким чином, щоб вони були паралельні і на товщину металу (0,5 мм)
 - препарування на жувальній поверхні твердих тканин зуба фісурним бором на 0,5-0,7 мм, дотримуючись анатомічної форми жувальної поверхні.
 - препарування вестибулярної та оральної поверхонь проводиться паралельно поздовжньої осі зуба , глибина препарування становить 0,5-0,8 мм.
 - у межах зубоясеневі борозди формуємо круговий уступ під прямим кутом , ширина уступу 0,4 мм.
 - препарування завершують усуненням гострих кутів, які утворилися в процесі препарування.
 - проведення інструментального контролю відпрепарованих поверхонь(якщо зонд не зустрічає перешкод і плавно ковзає по поверхні зуба , препарування вважається закінченим).

Підготовка зуба під суцільнолиту металеву коронку полягає у наданні культі форми усіченого конуса з кутом конусності 5-7°. Поверхні культі зуба не повинні мати сходинок і піднутріння .

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №3

Незнімне протезування.

«Препарування під пластмасову коронку».

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Одягти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування під пластмасову коронку .

Під час препарування ви тримаєте рот відкритим, дихаєте носом, губи та щоки не напружуєте.

1. Взяти бори для препарування конусоподібний чи циліндричний, краплевидний чи колесоподібний та зафіксувати один з них в турбінний наконечник .
2. Попросити пацієнта відкрити рот.
3. Провести препарування:

- провести сепарацію апроксимальних поверхонь, таким чином, щоб вони були паралельні, та на товщину пластмаси (1-1.5 мм)

- препарування жувальної поверхні на товщину пластмаси (1.5 мм) з урахуванням анатомії зуба та зон безпеки

- з оральної та вестибулярної поверхонь коронки препарують ділянки в зоні екватора , які виступають над рівнем клінічної шийки .

- у межах зубоясеневі борозди формуємо циркулярний прямий шириною 0,5-0,8 мм, в залежності від приналежності до функціональної групи і величини коронки.

- препарування завершують усуненням гострих кутів, які утворилися в процесі препарування.

Підготовка зуба під пластмасову коронку полягає в наданні культі зуба конусоподібної форми з кутом нахилу стінок 3° - 5° , що забезпечує вільне накладання коронки.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №4

Незнімне протезування.

«Препарування твердих тканин зуба під металокерамічну коронку(методика Н. Т. Shillinburg)».

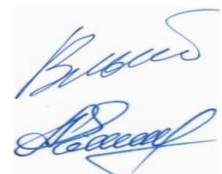
1. Привітатися з пацієнтом.
2. Одягти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування зуба під металокерамічну коронку .
5. Попросити пацієнта відкрити рот.
6. Провести препарування:
 - Маркерним або конусоподібним алмазним бором з плоским кінцем на вестибулярній поверхні зуба нанести «орієнтаційні борозенки» (для контролю товщини твердих тканин, що зішліфовуються) глибиною 1,2 мм (діаметр бору), а на ріжучому краї глибиною 2,0 мм.
 - Нанести «орієнтаційні борозенки» на піднебінній поверхні глибиною 1,2 мм: в приясеневій області - паралельно ясеневому краю, вище піднебінного горбка - паралельно ріжучого краю.
 - Препарувати тверді тканини вестибулярної поверхні зуба на глибину до нанесених «орієнтовними борозенками».
 - Провести сепарацію апроксимальних поверхонь довгим тонким конусним алмазним бором.
 - Препарування приясеневої ділянки піднебінної поверхні зуба відповідно до нанесених «Орієнтаційних борозенок».
 - Препарування піднебінної поверхні зуба вище піднебінного горбка відповідно до нанесених «Орієнтаційних борозенок», домагаючись, щоб міжоклюзійна відстань між препаруваним зубом і антагоністом становило не менше 1 мм.
 - Твердосплавним фісурним бором з заокругленим краєм згладжуємо всі гострі кути кукси зуба, які утворилися при препаруванні.
 - Цим же бором(твердосплавним фісурним бором) формуємо циркулярний уступ 90 ° з заокругленим внутрішнім кутом в межах зубоясеневі борозни.

Підготовка зуба під металокерамічну коронку полягає в наданні конусоподібної форми (5-7 °), ріжучий край повинен бути зішліфований на 2 мм, відстань між піднебінної поверхнею відпрепарованого зуба і антагоністом має становити не менше 1 мм, круговий уступ повинен мати закруглений внутрішній край і бути глибиною 0,8-1,0 мм , поверхня відпрепарованого зуба не повинна містити жорсткостей і піднутрень.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №5

Незнімне протезування.

«Препарування порожнини I класу за Блекум під металеву вкладку»

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Одягти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування під металеву вкладку .

Під час препарування ви тримаєте рот відкритим, дихаєте носом, губи та щоки не напружуєте.

1. Взяти бори для препарування (конусоподібний бор з плоским кінцем, довгий тонкий конусним бор, фісурний бор, циліндричний бор, шаровидний бор) та зафіксувати один з них в турбінний наконечник .

2. Попросити пацієнта відкрити рот.

3. Провести препарування:

- Розкрити каріозну порожнину фісурним бором або шаровидним бором, видаляючи нависаючі края емалі, домагаючись пропорційності вхідного отвору і дна каріозної порожнини.

- Розширення каріозної порожнини : вирівнювання емалевих країв, висічення пошкоджених фісур, заокруглення гострих країв.

- Видалення некротизованого дентину зі стінок та дна каріозної порожнини шароподібним бором .

- Вирівнювання дна порожнини.

- Формування бічних стінок порожнини паралельно друг другу, з невеликим розходженням (4-6 °) до оклюзійної поверхні, згладжування гострих граней.

- Створення скоса (фальцу) краю каріозної порожнини під кутом 45° в межах емалі , так щоб метал вкладки перекривав емалеві призми, попереджуючи їх сколи.

- Формування порожнини для вкладки завершують згладжуванням її країв та стінок .

Підготовка порожнини I класу за Блекум зуба під металеву вкладку полягає в наданні порожнини ящикоподібної форми, без піднутрень. В порожнині не повинно бути залишків некротизованого дентину , формування бічних стінок порожнини паралельно друг другу, з невеликим розходженням (4-6 °) до оклюзійної поверхні, створення фальцу краю каріозної порожнини під кутом 45° та згладжування країв та стінок порожнини.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №6

Незнімне протезування.

«Приготування цинк-фосфатного цементу для клінічного етапу фіксації штучної коронки».

1. Матеріальне забезпечення :

- Цинк-фосфатний цемент «Адгезор»
- Металевий шпатель для замішування
- скляна пластинка для замішування

2. Методика проведення :

- Взяти скляну пластинку для замішування цементу , попередньо охолодити її до 18-20 градусів Цельсія (для ефективного відведення тепла, що виділяється в результаті екзотермічної реакції).

- Взяти мірну ложку (що є у комплекті цементу «Адгезор»), та відміряти 1,4 г порошку (або 2 мірні ложки) з ємкості цементу, та 0,8г рідини (або 5 капель) з ємності для рідини відповідно.

- Взяти металевий шпатель для замішування, та почати замішування цементу у наступній послідовності: спочатку замішують $\frac{1}{4}$ частину порошку з рідиною, ретельно перемішуючи цементну масу протягом 30 секунд , для розсіювання тепла, що виділяється, після цього додають решту порошку та ретельно розмішують протягом 60-90 секунд, до досягнення однорідної цементної маси.

- Підготувати цемент необхідної консистенції до внесення його в штучну коронку.

Вимоги до приготування цинк-фосфатного цементу для клінічного етапу фіксації штучної коронки:

1. Загальний робочий час не повинен перевищувати 90 секунд.
2. Отримана цементна маса повинна бути однорідною(присутність грудок порошку у цементі зменшує міцність та збільшує товщину фіксуючої плівки).
3. Критерії необхідної консистенції : при відриванні від цементу шпателя за ним повинен тягнутися цемент в 1-2 см.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.



Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №7

Незнімне протезування.

«Препарування під цирконієву коронку бокову групу зубів».

3. Привітатися з пацієнтом.
4. Одягти рукавички.
5. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
6. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування зуба під цирконієву коронку.
7. Під час препарування ви тримаєте рот відкритим, дихаєте носом, губи та щоки та язик не напружуєте.
8. Взяти бори для препарування (конусоподібний або циліндричний, краплевидний або фісурний) і зафіксувати один з них в турбінний наконечник
9. Попросити пацієнта відкрити рот.
10. Провести препарування:

- провести сепарацію апроксимальних поверхонь, таким чином, щоб вони були паралельні і на товщину коронки (1мм).
- препарування вестибулярної поверхні проводиться паралельно поздовжньої осі зуба , глибина препарування становить 1,5 мм.
- препарування оральної поверхні проводиться паралельно поздовжньої осі зуба , глибина препарування становить 1-1,5 мм.
- препарування на жувальній поверхні твердих тканин зуба фісурним бором на 1,5 мм, дотримуючись анатомічної форми жувальної поверхні.
- у межах зубоясеневі борозди формуємо вестибулярний уступ , ширина уступу 0,5-0,8 мм.
- препарування завершують усуненням гострих кутів, які утворилися в процесі препарування.
- проведення інструментального контролю відпрепарованих поверхонь(якщо зонд не зустрічає перешкод і плавно ковзає по поверхні зуба , препарування вважається закінченим).

Підготовка зуба під цирконієву коронку полягає у наданні культі конусоподібної форми під кутом 4-8 градусів. Поверхні культі зуба не повинні мати сходинок і піднутріння . Апроксимальні поверхні зуба повинні бути зішліфовані на 1 мм та паралельні одна одній, вестибулярну поверхню зуба повинна бути зішліфувана на 1,5 мм, уступ повинен бути шириною 0,5-0,8 мм та у межах зубоясеневі борозди .

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.



Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №8

Незнімне протезування.

«Препарування під металопластмасову коронку з пластмасовою облицювкою з вестибулярної поверхні».

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Одягти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування зуба під металопластмасову коронку.
5. Під час препарування ви тримаєте рот відкритим, дихаєте носом, губи та щоки та язик не напружуєте.
6. Взяти бори для препарування (конусоподібний або циліндричний, краплевидний або фісурний) і зафіксувати один з них в турбінний наконечник
7. Попросити пацієнта відкрити рот.
8. Провести препарування:

- провести сепарацію апроксимальних поверхонь, таким чином, щоб вони були паралельні і на товщину металу (0,5 мм)

- препарування вестибулярної поверхні проводиться паралельно поздовжньої осі зуба , глибина препарування становить 1,5-2 мм.

- препарування оральної поверхні проводиться паралельно поздовжньої осі зуба , глибина препарування становить 0,3-0,5 мм.

- препарування на жувальній поверхні твердих тканин зуба фісурним бором на 0,5-0,7 мм, дотримуючись анатомічної форми жувальної поверхні.

- у межах зубоясеневі борозди формуємо вестибулярний уступ , ширина уступу 0,8-1 мм.

- препарування завершують усуненням гострих кутів, які утворилися в процесі препарування.

- проведення інструментального контролю відпрепарованих поверхонь(якщо зонд не зустрічає перешкод і плавно ковзає по поверхні зуба , препарування вважається закінченим).

Підготовка зуба під суцільнолиту металеву коронку полягає у наданні культі конусоподібної форми. Поверхні культі зуба не повинні мати сходинок і піднутріння . Апроксимальні поверхні зуба повинні бути зішліфовані на 0,5 мм та паралельні одна одній, вестибулярну поверхню зуба повинна бути зішліфувана на 1,5-2,0 мм для створення місця для облицювального матеріалу, уступ повинен бути шириною 0,8-1 мм та у межах зубоясеневі борозди .

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №9

Незнімне протезування.

«Препарування твердих тканин зуба під вінір».

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Одягти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію препарування під вінір .
5. Під час препарування ви тримаєте рот відкритим, дихаєте носом, губи та щоки не напружуєте.
6. Взяти бори для препарування (конусоподібний бор з плоским кінцем, довгий тонкий конусним бор, фісурний бор, циліндричний бор) та зафіксувати один з них в турбінний наконечник .
7. Попросити пацієнта відкрити рот.
8. Провести препарування:
 - Конусоподібним алмазним бором з плоским кінцем на вестибулярній поверхні зуба нанести «орієнтаційні борозенки» (для контролю товщини видаляємих твердих тканин) на глибину 1 мм від ріжучого краю до емалево-цементної границі, з урахуванням анатомічної форми зуба та топографії зон безпеки.
 - Препарувати тверді тканини вестибулярної поверхні зуба конусоподібним бором з заокругленою вершиною відповідно до нанесених «орієнтовними борозенками» (на попередньо заплановану глибину 1 мм).
 - Формування прямого уступу циліндричним бором ,або бором у вигляді зрізаного конусу , на рівні ясен, шириною 0,3-0,5 мм.
 - Препарування контактних (апроксимальних) поверхонь являє собою продовженням препарування вестибулярної поверхні . Конусоподібним бором з заокругленою вершиною, формуються на контактних поверхнях вертикальні пази глибиною 0,5 мм без порушення міжзубних контактних пунктів (для збереження цілісності та стійкості зубного ряду , за умови збереження стану апроксимальних поверхонь).
 - Препарування завершують усуненням гострих кутів фінірами, які утворилися в процесі препарування.

Підготовка зуба під вінір полягає в препаруванні вестибулярної поверхні зуба на заплановану глибину 1 мм, формування прямого уступу на рівні ясен, шириною 0,3-0,5 мм, формування на контактних поверхнях вертикальних пазів (жолобків) глибиною 0,5 мм без порушення міжзубних контактних пунктів (для збереження цілісності зубного ряду , за умови збереженості апроксимальних поверхонь без ураженням їх карієсом) , та відсутності шорсткостей (нерівностей) на препаруємих поверхнях.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.



Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №1

Знімне протезування

«Отримання анатомічних відбитків з верхньої беззубої щелепи альгінатною масою».

1. Привітатися з пацієнтом, проінформувати о майбутній маніпуляції отримання відбитків з верхньої щелепи.

Зараз я вам буду знімати відбиток з верхньої щелепи. Ви повинні дихати носом. Не напружувати щоки та губи.

Одягти рукавички.

2. Підібрати стандартну відбиткову ложку:

- Залежно від того, з якої щелепи буде зніматися відбиток (верхня або нижня щелепа)

- По розміру

При виборі треба мати на увазі, що відстань між поверхнею ложки і слизовою оболонкою протезного ложа має бути не менше 3-5 мм.

Краї ложки при накладенні на поверхню слизової оболонки під час перевірки доходять до перехідної складки. При знятті відбитка між дном ложки і альвеолярним гребенем повинен лежати прошарок відбиткового матеріалу товщиною 2-3 мм, борт ложки не повинен доходити до перехідної складки, а що утворився просвіт згодом не повинен заповнитися відбитковою масою. Це дозволить формувати краї відбитка як пасивними, так і активними рухами м'яких тканин. При високому краї ложки така можливість формування виключається, так як її край буде заважати руху мови, вуздечок і інших складок слизової оболонки.

3. Провести замішування альгінатної маси:

- Взяти колбу і шпатель

- Відміряти в колбу альгінатний матеріал в співвідношенні рівна мірна ложка порошку (10 гр) на 1 мірку води (20 мл).

- - Замішування робити протягом 30-45 сек.

4. Заповнити альгінатною масою відбиткову ложку до країв.

5. Вирівняти і змочити поверхню альгінатної маси, що знаходиться в відбитковій ложці водою.

6. Попросити пацієнта відкрити рот.

7. Дзеркалом або пальцем відсунути праву щоку.

8. Ввести ложку з відбитковою масою в порожнину рота під кутом;

- потім, розвертаючи її, встановлюють по центру альвеолярного відростка (альвеолярної частини). Орієнтиром служить розташування ручки ложки строго по середній лінії.

- На верхній щелепі після центрування ложку притискають до задньої третини твердого піднебіння. Після виходу маси за край ложки тиск переносять на передній край - це профілактика попадання відбиткової маси в гортань або трахею.

- Вестибулярні краї оформлюють шляхом відтягування верхньої губи і щік великим і вказівним пальцями вниз, притискаючи до краю ложки.

Необхідно зауважити, що, коли лікар формує край відбитка, переміщаючи губи і щоки пацієнта своїми пальцями, рухи м'яких тканин при цьому називаються пасивними. Якщо м'які тканини переміщуються за рахунок напруги мімічної або жувальної мускулатури, м'язів дна порожнини рота, ці рухи називаються активними.

9. Зафіксувати ложку рукою на 1-3 хвилини (до застигання матеріалу)

10. Виведення ложки з відбитком з порожнини рота.

11. Відбиток після зняття промити під струменем води.

12. Оцінити якість відбитка:

- Озвучити щільність прилягання відбитка до ложки
- Озвучити наявність або відсутність пор
- Озвучити рівномірність товщини відбитка
- Озвучити чіткість відображення протезного поля
- Озвучити чіткість контурування краю відбитка

(Правильно знятий відбиток на внутрішній поверхні не повинен мати продавлених місць. Після виведення відбитка звертають увагу: на фіксацію до ложки, пористість відбиткового матеріалу, сформованість краю відбитка, чіткість відбитка рельєфу слизової оболонки протезного ложа. Важливо, щоб краї відбитка були округлими. Поверхня відбитка не повинна мати пір і раковин, відображаючи всі анатомічні утворення і особливо кордону перехідною складки і лінію А. Відбиток повинен бути чистим, вільним від слини).

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №2

Знімне протезування

«Отримання діагностичної моделі щелеп з гіпсу».

1. Матеріальне забезпечення :

- відбиток з силіконової маси
- гіпс
- вода
- гумова колба
- шпатель
- гіпсовий ніж

2. Методика проведення:

1. У колбу налити необхідну кількість води (на 100 грам гіпсу 20-25 мл води приблизно $1/3$)
2. Плавним шпателем засипаємо гіпс в воду до насичення. На поверхні просоченого водою гіпсу повинен залишитися невеликий надлишок води.
3. Шпателем розмішати гіпс до отримання однорідної маси без грудок, сметаноподібної консистенції.
4. Лівою рукою взяти відбиток , правою рукою шпателем нанести сметаноподібної консистенції гіпс невеликими порціями на виступаючі ділянки відбитка , при цьому струшуючи його , постукуючи об край гумової колби , повторити процедуру заповнення відбитка гіпсом до країв.
5. Коли густина гіпсу підвищується , відбиток заповнити гіпсом дещо вище його країв , потім викласти на поверхню столу невелику порцію гіпсу , перевернути відбиток ложкою вгору, розмістити його на гіпс у горизонтальному положенні, паралельно столу.
6. Шпателем формуємо цоколь моделі, закриваючи краї відбитка.
7. Після кристалізації гіпсу зрізати ділянки гіпсу , які будуть перешкоджати зняттю відбиткової ложки з моделі.

Вимоги до моделі:

1. Гіпс моделі повинен бути щільним, не містити пір.
2. Модель повинна точно повторювати всі анатомічні утворення протезного поля.
3. Цоколь моделі повинен бути заввишки 1,5-2 см.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №3
Знімне протезування
«Отримання анатомічних відбитків з нижньої щелепи альгінатною масою».

1. Привітатися з пацієнтом, проінформувати о майбутній маніпуляції отримання відбитків з нижньої щелепи.

Зараз я вам буду знімати відбиток з нижньої щелепи. Ви повинні дихати носом. Не напружувати щоки та губи. Під час введення ложки з відбитковим матеріалом ви повинні підняти язик догори.

2. Одягти рукавички.

3. Підібрати стандартну відбиткову ложку:

- Залежно від того, з якої щелепи буде зніматися відбиток (верхня або нижня щелепа)

- По розміру

При виборі треба мати на увазі, що відстань між поверхнею ложки і слизовою оболонкою протезного ложа має бути не менше 3-5 мм.

Краї ложки при накладенні на поверхню слизової оболонки під час перевірки доходять до перехідної складки. При знятті відбитка між дном ложки і альвеолярним гребенем повинен лежати прошарок відбиткового матеріалу товщиною 2-3 мм, борт ложки не повинен доходити до перехідної складки, а що утворився просвіт згодом не повинен заповнитися відбитковою масою. Це дозволить формувати краї відбитка як пасивними, так і активними рухами м'яких тканин. При довгому краї ложки така можливість формування виключається, так як її край буде заважати руху мови, вуздечок і інших складок слизової оболонки.

4. Провести замішування альгінатної маси:

- Взяти колбу і шпатель

- Відміряти в колбу альгінатний матеріал в співвідношенні рівна мірна ложка порошку (10 гр) на 1 мірку води (20 мл).

- Замішування робити протягом 30-45 сек.

5. Накласти альгінатну масу в відбиткову ложку.

6. Вирівняти і змочити поверхню альгінатної маси, що знаходиться у відбитковій ложці водою.

7. Попросити пацієнта відкрити рот.

8. Дзеркалом або пальцем відсунути праву щоку.

9. Ввести ложку з відбитковою масою в порожнину рота під кутом;

- потім, розвертаючи її, встановлюють над альвеолярним паростком. Орієнтиром служить розташування ручки ложки строго по середній лінії.

- На нижній щелепі після центрування ложку притискають спочатку в передньому відділі, а потім в задньому.
- Вестибулярні краї оформлюють шляхом відтягування губ і щік в сторону, вгору і назад.
- Для формування маси в області язичного краю відбитка хворого просять підняти язик вгору і вперед.

Необхідно зауважити, що, коли лікар формує край відбитка, переміщаючи губи і щоки пацієнта своїми пальцями, рухи м'яких тканин при цьому називаються пасивними. Якщо м'які тканини переміщуються за рахунок напруги мімічної або жувальної мускулатури, м'язів дна порожнини рота, ці рухи називаються активними.

10. Зафіксувати ложку рукою на 1-3 хвилини (до застигання матеріалу)
11. Виведення ложки з відбитком з порожнини рота.
12. Відбиток після зняття промити під струменем води.
13. Оцінити якість відбитка:

- Озвучити щільність прилягання відбитка до ложки
- Озвучити наявність або відсутність пор
- Озвучити рівномірність товщини відбитка
- Озвучити чіткість відображення рельєфу протезного поля
- Озвучити чіткість контурування краю відбитку

(Правильно знятий відбиток на внутрішній поверхні не повинен мати продавлених місць, краю з вестибулярної і язикової сторін повинні бути рівномірної товщини, місця протезного ложа, важливі для ретенції, повинні бути точно просняті, нейтральна зона повинна бути чітко контурована. Відбиток повинен бути чистим, вільним від слини).

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №4

Знімне протезування.

«Окреслення меж базису повного знімного протеза на моделі беззубої нижньої щелепи».

1. Матеріальне забезпечення :

- гіпсова модель беззубої нижньої щелепи
- хімічний олівець

2. Методика проведення :

- Хімічним олівцем на модель наносимо лінію по зовнішньому схилу - перехід на активно-рухливу слизову оболонку, при цьому обходимо вуздечку нижньої губи , а в ділянці премолярів – місця прикріплення бічних тяжів слизової оболонки перехідної складки.
- Обходимо нижньощелепні (слизові) горбки (майбутній повний пластинковий знімний протез повинен перекривати нижньощелепні горбки)
- Переходимо на язикову сторону , обводимо щелепно-під'язикові лінії з правого та лівого боку , і доходячи у передньому відділі до місця прикріплення вуздечки язика та обов'язково її обходячи .
- Проводимо альвеолярну лінію строго по гребню альвеолярного відростка.
- Крім вказаних ліній на моделі окреслюємо нижньощелепні (слизові) горбки . Ця розмітка з допомагає орієнтуватися при постановці штучних зубів на беззубій щелепі.

Вимоги до меж базисів повних знімних протезів на нижню щелепі:

1. З вестибулярної сторони базис доходить до активно-рухомої зони слизової оболонки, обходить вуздечку нижньої губи, а в ділянці премолярів по зовнішній косій лінії не перекриває її.
2. Базис перекриває нижньощелепні горбки, переходить на язичну сторону, обов'язково перекриває щелепно-під'язикові лінії правої і лівої сторін, доходячи в передньому відділі до місця прикріплення вуздечки язика і обходячи її.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №5

Знімне протезування.

«Окреслення меж базису повного знімного протеза на моделі беззубої верхньої щелепи».

1. Матеріальне забезпечення :
 - гіпсова модель беззубої верхньої щелепи
 - хімічний олівець
2. Методика проведення :
 - Хімічним олівцем на моделі у фронтальній ділянці окреслюємо межі , обходячи вуздечку верхньої губи , а в бічних ділянках – щічні складки слизової оболонки (щоб вони в майбутньому не травмувалися краєм протеза , а сам базис протезу не зміщувався з протезного ложа).
 - Окреслюємо верхньощелепні бугри (у задньому відділі базис має перекривати верхньощелепні бугри до крилоподібно-щелепних складок)
 - Далі окреслюємо клапанну лінію - по зовнішньому схилу клапанної зони; альвеолярну - строго по гребню альвеолярного відростка; серединну - вона повинна розділяти модель на рівні праву і ліву частини відповідно до вуздечки верхньої губи, кістковим швом в передній ділянці твердого піднебіння і сліпими ямками в задній частині твердого піднебіння.

Вимоги до меж базисів повних знімних протезів на верхню щелепу:

1. З вестибулярної сторони межа доходить до активно-рухомої зони слизової оболонки, тобто приблизно на 1-1,5-2 мм з кожного боку від центру купола перехідною складки.
2. Попереду край протеза обходить вуздечку верхньої губи, а в бічних ділянках - щічні тяжі.
3. У задньому відділі базис повинен перекрити щелепні горби до крило-щелепних складок, які йдуть від дистальних поверхонь горбів верхньої щелепи.
4. Від бугрів межа базису проходить по ділянці переходу твердого піднебіння в м'яке, тобто по центральній зоні, в місці прикріплення м'язів м'якого піднебіння, заходячи за так звану лінію А на 1-2 мм.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №6

Знімне протезування.

«Визначення та фіксація центральної оклюзії при 1 групі дефектів зубних рядів за Бетельманом (за допомогою силіконового матеріалу)».

1. Привітатися з пацієнтом.
2. Надіти рукавички.
3. Взяти набір інструментів (стоматологічні зонд, дзеркало, пінцет)
4. Проінформувати пацієнта про майбутню маніпуляцію визначення та фіксація центральної оклюзії.
5. Матеріальне забезпечення :
 - Фантом з I групою дефектів зубних рядів 3 клас за Кеннеді
 - Матеріал стоматологічний відбитковий Consiflex тип 3
 - Каталізаторний гель, Consiflex
 - Набір для огляду (пінцет, зонд, дзеркало)
6. Методика проведення :
 - Перевірити змикання зубних рядів в положенні центральної оклюзії.
 - Приготувати та замішати базисний силіконовий матеріал:

1. Спеціальної мірної ємністю відміряти матеріал базисний силіконовий в руку, надлишки пасти потрібно зняти.

2. На кожну 1 мірну порцію базисної маси нанести по дві мірні смужки гелю-каталізатора (приблизна довжина смужки 4 см).

3. Провести замішування силіконової маси пальцями рук , протягом 30 секунд, до тих пір , коли валик не набуде однорідні колір та консистенцію.

- Сформувати валик довжиною 3-4 см и шириною 1,0-1,5 см.
- Ввести силіконовий валик у порожнину рота та розмістити його в області дефекту зубного ряду.
- Зімкнути зуби у положенні центральної оклюзії.
- Після полімеризації маси розмикають зуби, обережно виймають валик та оцінити якість оклюзійного відбитка.

Вимоги до силіконового оклюзійного валика:

1. Силіконовий валик не повинен мати відтяжок (деформацій)
2. Він повинен надійно фіксувати зубні ряди в положенні центральної оклюзії.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №7

Повне знімне протезування.

«Окреслення меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі верхньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді».

1. Матеріальне забезпечення :

- гіпсова модель верхньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді

- хімічний олівець

2. Методика проведення :

- Хімічним олівцем на моделі у беззубих ділянок альвеолярного відростка окреслюємо межі базису протеза , які проходять на 0,5-1 мм нижче перехідної складки , оминаючи рухливі щічно-альвеолярні тяжі слизової оболонки

- Окреслюємо верхньощелепні бугри (у дистальному відділі базис має перекривати верхньощелепні бугри)

- Окреслюємо дистальний край протеза , не доходячи до лінії «А» (дистальний край протеза трохи не доходить до лінії «А»).

- При ортогнатичному прикусі базис протезу перекриває зуби фронтальної групи на піднебінній поверхні на 1/3, а зуби бокової ділянки з піднебінної поверхні на 2/3 висоти коронок бокових зубів.

Вимоги до меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі верхньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді:

1. З вестибулярної сторони межа проходить на 0,5-1 мм нижче перехідної складки беззубих ділянок альвеолярного відростка.

2. В бічних беззубих ділянках альвеолярного відростка минаючи щічні тяжі.

3. У дистальному відділі базис повинен перекрити горби верхньої щелепи .

4. Дистальний край протеза повинен доходити до лінії «А», або дещо відстояти від неї , в залежності від топографії дефекту , рельєфу протезного ложа та розміру щелепи.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №8

Знімне протезування.

«Окреслення меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі верхньої щелепи з дефектом зубного ряду II клас за Кеннеді».

1. Матеріальне забезпечення :

- гіпсова модель верхньої щелепи з дефектом зубного ряду II клас за Кеннеді
- хімічний олівець

2. Методика проведення :

- Хімічним олівцем на моделі у беззубих ділянках альвеолярного відростка окреслюємо межі протеза , які проходять на 0,5-1 мм нижче перехідної складки , оминаючи рухливі щічно-альвеолярні тяжі слизової .
- Окреслюємо верхньощелепні бугри (у дистальному відділі базис має перекривати верхньощелепні бугри)
- Окреслюємо дистальний край протеза , не доходячи до лінії «А» (дистальний край протеза трохи не доходить до лінії «А»).
- При ортогнатичному прикусі базис протезу перекриває зуби фронтальної групи на піднебінній поверхні на 1/3, а зуби бокової ділянки з піднебінної поверхні на 2/3 висоти коронок бокових зубів.

Вимоги до меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі верхньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді:

1. З вестибулярної сторони межа проходить на 0,5-1 мм нижче перехідної складки у щічних поверхнях беззубих ділянок альвеолярного відростка.
2. В бічних беззубих ділянках альвеолярного відростка минаючи щічні тяжі.
3. У дистальному відділі базис повинен перекрити щелепні горби .
4. Дистальний край протеза повинен доходити до лінії «А», або дещо відстояти від неї , в залежності від топографії дефекту , рельєфу протезного ложа та розміру щелепи.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №9

Знімне протезування.

«Окреслення меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі нижньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді».

1. Матеріальне забезпечення :

- гіпсова модель нижньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді

- хімічний олівець

2. Методика проведення :

- Хімічним олівцем на моделі у беззубих ділянках альвеолярного відростка окреслюємо межі базису протеза , які проходять на 0,5-1 мм вище перехідної складки , оминаючи рухливі щічно-альвеолярні тяжі слизової оболонки .

- При ортогнатичному прикусі базис перекриває зуби фронтальної та бокової ділянок відповідно на 2/3 та 3/4 висоти коронок, що зумовлено конструкційними та фізико-механічними властивостями матеріалів.

- Нижня границя базису протеза з язичної поверхні перекриває внутрішню косу лінію та проходить вище перехідної складки, минаючи місця прикріплення вуздечки язика.

- Дистальну границю базису протеза необхідно окреслити в ділянці ретромолярних слизових бугорків (які представляють собою дуплікатору слизової оболонки) . Їх необхідно частково або повністю(в залежності від ступеня їх рухомості та місця прикріплення крило- щелепної складки) перекрити .

Вимоги до меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі нижньої щелепи з дефектом зубного ряду I клас за Кеннеді:

1. З вестибулярної сторони на беззубих ділянках альвеолярного відростка межа проходить на 0,5-1 мм вище перехідної складки.

2. Щічні тяжі повинні бути ретельно обійдені .

3. Нижня границя базису протеза з оральної поверхні перекриває внутрішню косу лінію та проходить вище перехідної складки, минаючи ділянки місць прикріплення вуздечки язика.

4. Дистальну границю протеза необхідно окреслити в ділянці ретромолярних слизових бугорків які необхідно частково або повністю(в залежності від ступеня їх рухомості та місця прикріплення крило-щелепної складки) перекрити .

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.



Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №10 Знімне протезування.

«Окреслення меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі нижньої щелепи з дефектом зубного ряду II клас за Кеннеді».

1. Матеріальне забезпечення :

- гіпсова модель нижньої щелепи з дефектом зубного ряду II клас за Кеннеді
- хімічний олівець

2. Методика проведення :

- Хімічним олівцем на моделі у беззубих ділянках альвеолярного відростка окреслюємо межі базису протеза , які проходять на 0,5-1 мм вище перехідної складки , оминаючи рухливі щічно-альвеолярні тяжі слизової оболонки .
- При ортогнатичному прикусі базис перекриває зуби фронтальної та бокової ділянок відповідно на 2/3 та 3/4 висоти коронок, що зумовлено конструкційними та фізико-механічними властивостями матеріалів.
- Нижня границя базису протеза з язичної поверхні перекриває внутрішню косу лінію та проходить вище перехідної складки, минаючи місця прикріплення вуздечки язика.
- Дистальну границю базису протеза необхідно окреслити в ділянці ретромоларних слизових бугорків (які представляють собою дуплікатору слизової оболонки) . Їх необхідно частково або повністю(в залежності від ступеня їх рухомості та місця прикріплення крило- щелепної складки) перекрити .

Вимоги до меж базису часткового пластинкового знімного протезу на моделі нижньої щелепи з дефектом зубного ряду II клас за Кеннеді:

1. З вестибулярної сторони на беззубих ділянках альвеолярного відростка межа проходить на 0,5-1 мм вище перехідної складки.
2. Щічні тяжі повинні бути ретельно обійдені .
3. Нижня границя базису протеза з оральної поверхні перекриває внутрішню косу лінію та проходить вище перехідної складки, минаючи ділянки місць прикріплення вуздечки язика.
4. Дистальну границю протеза необхідно окреслити в ділянці ретромоларних слизових бугорків які необхідно частково або повністю(в залежності від ступеня їх рухомості та місця прикріплення крило-щелепної складки) перекрити .

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №11

Знімне протезування.

«Перевірка правильності визначення ЦО та підготовка моделей до загіпсовки в артикулятор при частковій відсутності зубів (2 клас за Бетельманом)».

1. Матеріальне забезпечення :

- Робоча гіпсова модель верхньої нижньої щелепи відповідно умовам завдання
- воскові бази з прикусними валиками відповідно умовам завдання
- хімічний олівець
- гумові кільця

2. Методика проведення :

- Вибрати з наданого набору моделей (верхньої (3 штуки) та нижньої (3 штуки)) модель нижньої щелепи , яка відповідає умовам завдання - верхня щелепа - 3 клас за Кенеді, нижня щелепа – 1 клас за Кенеді, відсутні зуби : 14, 25 , 37, 36, 35, 34, 45, 46, 47 , прикус ортогнатичний.
- Вибрати використані воскові бази з прикусними валиками відповідно обраним моделям верхньої та нижньої щелеп.
- Перевірити на моделі верхньої щелепи відповідність меж і щільність прилягання на моделі воскового базису з прикусним валиком.
- Перевірити на моделі нижньої щелепи відповідність меж і щільність прилягання на моделі воскового базису з прикусним валиком.
- Зіставити моделі верхньої та нижньої щелеп з восковими базисами з прикусними валиками в положенні ЦО.
- Визначити наявність характерних для ЦС щелеп ознак оклюзійних (фісурно-бугоркових) контактів на антагонуючих парах зубів .
- Хімічним олівцем відзначити характерні для ЦО оклюзійні ознаки на антагонуючих парах.
- Перевірити щільність прилягання оклюзійних поверхонь зубів з їх відбитками на восковому прикусному валику .

- Перевірити збіг міжрізцевих ліній верхньої та нижньої щелеп.
- Перевірити стійкість положення зіставлених моделей і відсутність тенденцій до їх зміщення.
- Зафіксувати зіставлені в положенні ЦО моделі за допомогою гумових кілець.

Вимоги до перевірки правильності визначення ЦО та підготовка моделей до загіпсовки в артикулятор при частковій відсутності зубів (2 клас за Бетельманом) :

1. Обрані робочі моделі в\щ , н\щ з восковими базисами з прикусними валиками зіставленні в положенні ЦО за оклюзійними ознаками.
2. Воскові базиси відповідають окресленим межам .
3. Воскові базиси щільно прилягають до обраних моделей в\щ , н\щ.
4. Оклюзійні контакти антогонуючих пар зубів щільні.
5. Характерні оклюзійні ознаки антогонуючих пар зубів відмічені хімічним олівцем.
6. Оклюзійні поверхні зубів щільно прилягають до їх відбитків на воскових валиках.
7. Моделі з валиками стійко розташовані в наданому положенні та не мають тенденцій до зміщення та коливань.
8. Міжрізцеві лінії в\щ та н\щ співпадають.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №12

Знімне протезування.

Корекція індивідуальної ложки за Гербстом на верхню щелепу(І, ІІ,ІІІ проби).

1. Привітався з пацієнтом
2. Надягнув рукавички
3. Взяв набір стерильних інструментів:
 - дзеркало,
 - зонд,
 - пінцет
4. Проінформував пацієнта про майбутню маніпуляцію: Припасування індивідуальної ложки на верхню щелепу за методикою Гербста
5. Вибрав індивідуальну ложку на верхню щелепу, яка розташована на моделі згідно до умов завдання.
 - індивідуальна ложка на верхню щелепу,
 - індивідуальна ложка на нижню щелепу.
6. Здійснив оцінювання виготовленої індивідуальної ложки озвучити
 - за критеріями відповідності окреслених меж,
 - щільності прилягання ложки до моделі.
7. Визначити межі зони корекції олівцем на моделі. Озвучити що повинен зробити пацієнт під час виконання проби згідно до завдання.
 - широке відкривання рота,
 - засмоктування щік,
 - витягування губ в трубочку.
8. Обґрунтувати з урахуванням анатомо-топографічних умов. (Озвучити критерії якості правильно виконаної корекції):
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом жувальних м'язів,
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом щічних м'язів,
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом кругового м'язу рота.
9. Вкоротити край індивідуальної ложки за допомогою фрези:
 - вкоротити по краю, який контактує з верхньощелепними горбами та місцем уявного розміщення молярів
 - вкоротив у ділянці щічних складок,
 - вкоротив у фронтальному відділі.

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.



Алгоритм дії студента №13

Знімне протезування.

Корекція індивідуальної ложки за Гербстом на нижню щелепу (I, II, III, IV, V проби).

1. Привітався з пацієнтом
2. Надягнув рукавички
3. Взяв набір стерильних інструментів:
 - дзеркало,
 - зонд,
 - пінцет
4. Проінформував пацієнта про майбутню маніпуляцію: Припасування нижньої індивідуальної ложки за методикою Гербста
5. Вибрав індивідуальну ложку на нижню щелепу, яка розташована на моделі згідно до умов завдання.
 - індивідуальна ложка на нижню щелепу,
 - індивідуальна ложка на нижню щелепу.
6. Здійснив оцінювання виготовленої індивідуальної ложки озвучити
 - за критеріями відповідності окреслених меж,
 - щільності прилягання ложки до моделі.
7. Визначити межі зони корекції олівцем на моделі. Озвучити що повинен зробити пацієнт під час виконання проби згідно до завдання.
 - широке відкривання рота та здійснення акту ковтання,
 - проведення язиком по червоній облямівці нижньої губи,
 - доторкнутися кінчиком язика до щоки за умови напівзакритого рота,
 - висунення язика в напрямку до кінчика носа,
 - активні рухи м'язів, складання губ трубочкою.
8. Обґрунтувати з урахуванням анатомо-топографічних умов. (Озвучити критерії якості правильно виконаної корекції):
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом щелепно-під'язикового м'язу,
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом щелепно-під'язикового м'язу,
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом щелепно-під'язикового м'язу,
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом натягування вуздечки язика та скорочення м'язів язика,
 - активується активно-рухома слизова оболонка під впливом рухів м'язів м'язів.
9. Вкоротити край індивідуальної ложки за допомогою фрези:
 - вкоротив по краю від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії,
 - вкоротив по краю, який проходить уздовж щелепно-під'язикової лінії,
 - вкоротив ділянку, яка знаходиться на відстані 1 см від середньої лінії на під'язиковому краї ложки з протилежної сторони напрямку руху язика,
 - вкоротив ділянку, яка розміщена біля вуздечки язика,
 - вкоротив зовнішній край між іклами.
 -

Автори:

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Лисенко В.В.

Асистент кафедри ортопедичної стоматології Чередниченко А.В.

