

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Н.В. ГАСЮК, О.В. КЛІТИНСЬКА, В.Б. РАДЧУК

**НА ДОПОМОГУ
СТУДЕНТУ ТА ЛІКАРЮ-ІНТЕРНУ
ПІДГОТОВКА ДО «КРОК»
ШИНУВАННЯ**

ТЕРНОПІЛЬ-УЖГОРОД

2021

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Н. В. Гасюк, О. В. Клітинська, В. Б. Радчук

**НА ДОПОМОГУ
СТУДЕНТУ ТА ЛІКАРЮ-ІНТЕРНУ.
ПІДГОТОВКА ДО «КРОК»**

Шинування

**навчальний посібник для студентів стоматологічного факультету
та лікарів-інтернів**

Тернопіль – Ужгород

2021 р.

УДК: 616.314-089.23(079.1)

Г22

Укладачі:

Гасюк Наталія Володимирівна – доктор медичних наук, професор кафедри терапевтичної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України;

Клітинська Оксана Василівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України;

Радчук Володимир Богданович – доктор філософії, асистент кафедри терапевтичної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Рецензенти:

Соколова І. І. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології Харківського національного медичного університету МОЗ України;

Фастовець О. О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри ортопедичної стоматології Дніпровського державного медичного університету МОЗ України;

Нагірний Я. П. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

У посібнику у стислій та доступній формі викладено ключові моменти принципів вибору шинуючих конструкцій, виходячи із спектру завдань «Крок».

Рекомендовано для студентів стоматологічного факультету та лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів.

Гасюк Н.В., Клітинська О.В., Радчук В.Б. На допомогу студенту та лікарю-інтерну. Підготовка до «Крок» – шинування: навчальний посібник. – Тернопіль : ФОП Паляниця В.А., 2021. – 63 с.

Друкується за рішенням Вченої ради Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, протокол № 13 від 26.10.2021 року

ПЕРЕДМОВА

Актуальних питань сьогодення, в умовах дистанційної форми навчання, в зв'язку із пандемією Covid – 19, є підготовка студентів та лікарів-інтернів до складання ліцензійного тестового іспиту «Крок», що і спонукало укладачів до видання даного навчального доробку.

Не дивлячись на бурхливий розвиток мультимедійних технологій, засобів наукових та навчальних комунікацій, дистанційна освіта особливо гостро потребує розробки нових алгоритмів та підходів до питання методології та підготовки студентів і лікарів-інтернів до написання даних іспитів.

У даному навчальному доробку укладачі висвітлили ключові аспекти вибору шинуючи та резонуючих конструкцій в контексті позиціонування їх у іспиті. Надзвичайно важливим із позиції студента та лікаря-інтерна є інтегрування візуалізації, опису показів до застосування конструкцій. У посібнику наведені та виділені ключові слова, які наводять на думку стосовно вибору правильної відповіді. Запропонована навчальна продукція, що містить комплексний підхід до обґрунтування вибору конструкцій, в контексті «кроківських» завдань, створює тренінгові умови для удосконалення клінічного мислення студентів та лікарів-інтернів.

На етапах розробки дизайну навчального посібника колектив укладачів брав за основу цілі кафедри терапевтичної стоматології по оптимізації підготовки студентів до складання ліцензованого іспиту «Крок» у 2020–2021 навчальному році.

Навчальний посібник орієнтований на активізацію клінічного мислення студентів та лікарів-інтернів шляхом як самостійної пошукової і творчої роботи, що в значній мірі створить передумови для покращення якості підготовки до написання ліцензійного тестового іспиту «Крок».

Укладачі будуть вдячні за побажання, зауваження та пропозиції колег.

З повагою, укладачі

Загальна характеристика стоматологічних шин

Стоматологічна шина – пристосування для іммобілізації (повної нерухомості або значного зменшення рухомості) групи зубів, всього зубного ряду, уламків щелеп.

Шини в стоматології використовують для лікування захворювань пародонту, при яких виявляється патологічна рухливість зубів, при переломах щелеп, вивихах зубів та СНЩС, для транспортної іммобілізації. Ефективність шинування, як і будь-якого іншого лікування в медицині, залежить від стадії захворювання.

Шини повинні відповідати наступним критеріям:

- максимально обмежувати рухливість зубів у всіх напрямках
- міцно кріпитися на зубах
- не травмувати навколишні тканини
- не перешкоджати іншим видам лікування
- не перешкоджати догляду за порожниною рота
- по можливості не порушувати зовнішній вигляд пацієнта, мову, прийом їжі і т.д.

Класифікація шинуючих конструкцій у стоматології:

За тривалістю дії:

- для тимчасового шинування,
- для постійного шинування.

За способом фіксації:

- знімні шини,
- незнімні шини

За наявністю зубів на щелепі:

- при повній адентії,
- при частковій адентії,

- без адентії.

За матеріалом виготовлення:

- скловолоконні,
- композитні,
- металеві,
- пластмасові.

За сферою застосування:

- для іммобілізації щелеп при переломах,
- для іммобілізації нижньої щелепи при вивиху,
- для шинування рухомих зубів на фоні пародонтопатій.

За походженням:

- вже існуючі ортопедичні конструкції,
- спеціально виготовлені.

За видом стабілізації:

- фронтальна,
- сагітальна,
- парасагітальна,
- фронто-сагітальна,

Основні види стабілізації зубів за Курляндським В.Ю.

Патологічна рухомість зуба залежить від його розташування в зубній дузі, і як наслідок визначатиме напрямок його зміщення. Для молярів і премолярів лінії патологічної рухомості знаходяться практично в паралельних площинах, для різців і ікол – у площинах, розташованих під кутом одна до одної. Загальновідомо, що найоптимальнішим є результат шинування, коли шина поєднує зуби, напрямок рухомості яких знаходиться в площинах, що перетинаються.

Фронтальна стабілізація. Досягається значна стійкість блоку для передніх зубів, якщо шина поєднує різці й ікла. Така іммобілізація називається фронтальною. Має певні позитивні наслідки застосування: по-перше, пародонт ікол зазвичай менше уражається і приймає на себе частину тиску, розвантажуючи ослаблений пародонт різців. По-друге, відновлюється єдність групи зубів, що мають однакову функцію. По-третє, зуби розташовані по дузі, і шина відповідно забезпечує більшу стійкість.

Сагітальна стабілізація. Стабілізація зубів, при якій шина розташовується в передньо-задньому напрямку. Під цим поняттям розуміють іммобілізацію премолярів і молярів, які мають однакову функцію. Сагітальна іммобілізація дозволяє створити блок зубів, стійких до зусиль, що розвиваються у вертикальному, поперечному й передньо-задньому напрямках. При певному ступені атрофії альвеолярного відростка цього зазвичай достатньо, щоб значно зменшити функціональне навантаження й одержати відповідний позитивний терапевтичний ефект.

Парасагітальна стабілізація. Для посилення опору дії трансверзальних навантажень, шини у сагітальній площині можуть бути об'єднані між собою поперечним зв'язуючим елементом (дугою протеза). Бічне навантаження, що виникає на одній стороні, частково поширюється й на протилежну, чим досягається розвантаження премолярів і молярів робочої сторони. При вертикальному зусиллі робоча сторона діє самостійно, не одержуючи підтримки від симетрично розташованого блоку зубів.

Фронтально-сагітальна стабілізація. Забезпечує об'єднання фронтальної і сагітальної площини, надає шині аркоподібної форми, а іммобілізація є більш стійкою. Однак, з підвищенням стійкості з'являються труднощі при накладенні таких шин, що можливо забезпечити лише при дотриманні суворої

паралельності зубів. У протилежному випадку застосовують шини, що складаються із двох і більше ланок, з'єднаних між собою двоплечим кламером, який розташовують на межі передніх і бічних зубів.

Тимчасове шинування. Даний метод застосовують за наявності генералізованого і вогнищевого хронічного пародонтиту в період загострення протягом всього періоду комплексного лікування до моменту накладання постійного шинуючого апарату. Тимчасове шинування дозволяє усунути травмуючий вплив патологічної рухомості на функцію жування, яка підтримує гемодинамічні порушення у випадку пародонтиту. Шинування забезпечує рівномірний розподіл сили жувального тиску між пародонтом зубів, включених у конструкцію, забезпечуючи спокій патологічно змінених тканин і сприяє підвищенню ефективності патогенетичного та симптоматичного лікування.

Тимчасові шини повинні відповідати таким вимогам:

- надійно фіксувати всі зуби, легко накладатися і зніматися з зубних рядів;
- рівномірно перерозподіляти жувальний тиск на опорні зуби та заміщувати дефект зубних рядів;
- у разі фіксації на зубних рядах не протидіяти проведенню лікарської терапії та хірургічного лікування;
- не травмувати слизову оболонку ясен;
- відрізнитися простотою виготовлення.

У випадку генералізованого пародонтиту в шину включають усі зуби, забезпечуючи тим самим стабілізацію по дузі. За умови вогнищевого пародонтиту довжина шини залежить від локалізації ураження та взаємовідношення її із зубами, у яких пародонт неуразений, шина обов'язково повинна включати в блок зуби з неуразеним пародонтом.

Тимчасові шини виготовляють із пластмаси, яку можна армувати металевим дротом для підвищення міцності. Розрізняють капові шини, оральні

та вестибуло-оральні. Капові шини охоплюють оклюзійну частину коронок зубів, їх застосування пов'язане із збільшенням оклюзійної висоти.

Тимчасове шинування застосовують з метою іммобілізації рухомих зубів на певних етапах виготовлення постійної шини (композитне склеювання), особливості певних клінічних етапів виготовлення якої можуть призвести до зміщення зубів (наприклад при одержанні відбитка).

Також тимчасове шинування доцільно розглядати в контексті іммобілізації уламків при переломах щелеп (транспортувальні іммобілізуючі шини – підручні засоби, пов'язки, протези пацієнта; шини та апарати, для фіксації уламків до повного їх зрощення).

Постійні шини та шини протези використовують в залежності від величини дефекту, топографії та ступеня ураження пародонта. При виборі оптимальної конструкції слід керуватись наявністю резервних сил пародонта та характером перерозподілу жувального тиску на опорні зуби – з огляду на це необхідною передумовою для визначення протяжності та виду шини є аналіз одонтопародонтограми. Постійні шини можуть бути знімними й незнімними. Знімні шини застосовують й при відсутності деяких зубів, створюють гарні умови для гігієни порожнини рота, проведення при необхідності терапії й хірургічного лікування.

До переваг незнімних шин відносять профілактику перевантажень пародонту в будь-якому напрямку впливу, чого не дають знімні протези.

Постійні шини мають певні обмеження в сфері застосування. Враховуються клінічна картина захворювання, стан гігієни порожнини рота, наявність зубних відкладень, кровоточивість ясен, виразність зубо-ясенних кишень, вираженість рухливості зубів, характер їх зміщення й т.д.

Шинування при пародонтопатіях

Захворювання пародонта є актуальною проблемою сучасної стоматології. Підвищення якості стоматологічної допомоги дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях і приділяти увагу їх профілактиці. Однією з найскладніших проблем при комплексному лікуванні запальних хронічних уражень пародонта є саме ортопедичні методи лікування.

Ортопедичні методи, застосовувані для лікування захворювань пародонта, дозволяють усунути запальні явища, поліпшити кровообіг, а отже, і трофіку тканин за рахунок усунення патологічної рухливості, нормалізації оклюзійних співвідношень, зняття травмуючої дії жувального тиску, тобто їх можна віднести до методів функціональної терапії.

Для лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта використовують знімні й незнімні, тимчасові та постійні конструкції лікувальних апаратів. Показання до ортопедичного лікування пародонтиту зумовлені в першу чергу необхідністю іммобілізації рухомих зубів і перерозподілу навантаження на зуби з неуразеним пародонтом або слизову оболонку протезного ложа. Найважливішим моментом є усунення функціонального травматичного перевантаження пародонта шляхом вибіркового пришліфування, шинування та раціонального протезування.

Базові принципи застосування цих методів полягають у тому, що при пародонтиті є порушення гісто-функціонального взаємозв'язку зуба з навколишніми тканинами. Деструкція тканин пародонта призводить до зменшення площі зв'язкового апарату та стінок альвеол, порушення топографії зон стиснення і розтягування під навантаженням, збільшення питомого тиску на тканини, зміни характеру деформації волокон і кісткової тканини за рахунок зміни напрямку просторового зміщення кореня зуба.

Правильно підібраний і проведений комплекс втручань, спрямований не лише на відновлення дефектів зубного ряду, а й на надійну стабілізацію зубів,

що залишилися, сприяє нормалізації оклюзійних навантажень, трофіки пародонта і репаративних процесів у його тканинах, підвищуючи тим самим ефективність лікування захворювань пародонта.

З появою нових композиційних матеріалів і розвитком адгезивних технологій стало можливим застосовувати поряд із суто ортопедичними методами терапевтичне (пародонтальне) шинування, яке допомагає розв'язувати проблеми іммобілізації рухомих зубів, відновлення безперервності зубних рядів з мінімальним інвазивним втручанням, дотриманням сучасних естетичних вимог і виключенням тривалих лабораторних етапів.

Шинування – один із методів лікування захворювань пародонта, що дозволяє знизити ймовірність видалення зубів. Основне показання до шинування в стоматологічній практиці – наявність патологічної рухомості зубів, яка характеризує функціональний стан пародонта.

Захворювання пародонта різною мірою ускладнюють проведення лікування. Інколи у простих клінічних випадках (наприклад, при відновленні неускладнених дефектів зубних рядів) захворювання пародонта призводять до труднощів у виборі зубів для здійснення опорної та ретенційної функцій фіксуючих елементів протезів. При збереженні повного зубного ряду з ослабленим пародонтом, лікування передбачає шинування рухомих зубів, їх об'єднання в єдиний блок. Частіше доводиться одночасно шинувати і відновлювати цілісність зубного ряду.

Шинування показане також для запобігання повторному запаленню в тканинах пародонта після лікування за наявності хронічного пародонтиту. До вибору конструкцій, що шинують і заміщають дефект зубного ряду при пародонтиті або пародонтозі, слід підходити індивідуально.

Адгезивне скловолоконне шинування системами Ribbond, Glass Span – являє собою стрічку, яка фіксується на зуби за допомогою адгезивних властивостей. З цією метою лікар препарує заглиблення – здебільшого на піднебінній поверхні зубів, проводить адгезивну підготовку поверхонь, вносить у сформовану порожнину фотополімерний композит, вкладає скловолоконну стрічку. Надалі стрічка закривається шаром фотополімерного композиту, проводиться його полімеризація, шліфування та полірування конструкції.



Адгезивне шинування

Пацієнтка 42 років звернулася до стоматолога з приводу рухомості 32, 31, 41, 42. Об'єктивно: рухомість I-II ступеня вказаних зубів. З анамнезу: алергічні реакції на стоматологічні металеві сплави та базисні пластмаси. Яку методику шинування рухомих зубів можна застосувати?

- A. Ribbond-система *
- B. Металокерамічні коронки
- C. Самотвердіюча пластмаса "Протакрил-М"
- D. Металопластмасові коронки
- E. Золоті штамповані коронки

Під час проведення комплексного лікування хворого 36-ти років з діагнозом - хронічний генералізований пародонтит II ступеня важкості, було прийняте рішення провести шинування фронтальної групи зубів нижньої щелепи з використанням системи Ribbond. Який матеріал краще використати для фіксації полімерної стрічки цієї системи?

- A. Текучий фотополімерний композит *
- B. Хімічний мікрофільний композит
- C. Хімічний мікрогібридний композит
- D. Хімічний макрофільний композит
- E. Склоіономірний цемент

Дитина 2-х років впала та вдарилась об підлогу передніми верхніми зубами. Діагностований неповний вивих 61 зуба. Оберіть метод лікування.

- A. Імобілізація зуба адгезивною шиною *
- B. Імобілізація зуба дротовою шиною
- C. Видалення зуба
- D. Міжщелепне шинування
- E. Консервативне лікування

Жінка 40-ка років хворіє на хронічний генералізований пародонтит. Об'єктивно: зубні ряди безперервні, 42, 41, 31, 32 мають рухомість 1 ступеню. Яка шина найбільш естетична для цієї групи зубів?

- A. Шинування на основі Glass Span та фотополімерів *
- B. Капова шина
- C. Шина зі спаяних комбінованих коронок
- D. Ковпачкова шина
- E. Кільцева шина

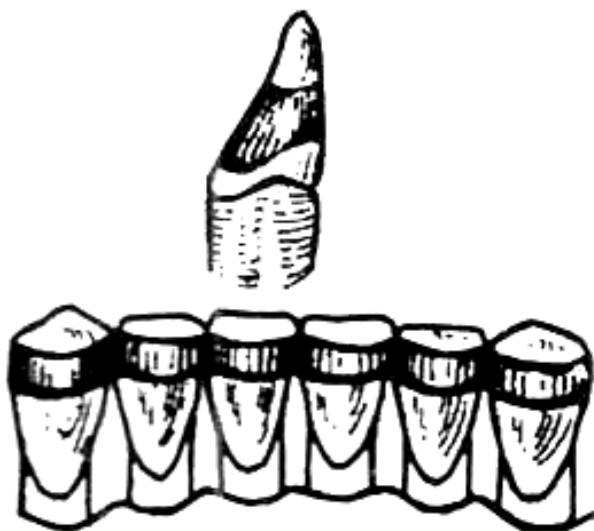
Хворий Д., 35 років, скаржиться на рухомість зубів, кровоточивість ясен від дії механічних подразників. Періодично настає загострення. Протягом 7 років хворіє виразковою хворобою шлунка. Об'єктивно: ясна обох щелеп гіперемовані, набряклі. Визначаються під- та над'ясенні зубні нашарування. Глибина пародонтальних кишень 4-5 мм. 42, 41, 31,32 зуби інтактні, рухомі I-II ступеня. Виберіть найбільш оптимальний спосіб тимчасового шинування.

- A. Армувальна система Ribbond *
- B. Лігатурне зв'язування
- C. Склеювання контактних поверхонь за допомогою швидкотвердіючих пластмас
- D. Балочна шина
- E. Вкладкова шина

Хвора М., 40 років, з діагнозом хронічний генералізований пародонтит спрямована на ортопедичне лікування. Об'єктивно: зубні ряди безперервні, зуби 42, 41, 31, 32 мають рухливість 1 ступеня. Яка шина найбільш естетична для цієї групи зубів?

- A. Шинування фронтальної групи зубів ниткою Glass Span та фотополімерами. *
- B. Капова шина.
- C. Шина зі спаяних комбінованих коронок.
- D. Ковпачкова шина.
- E. Кільцева шина.

Кільцева шина являє собою систему спаяних кілець і покриває зуби з вестибулярної сторони до екватора, а з язикової або піднебінної заходить за зубний горбок. Застосовується у випадку шинування фронтальної групи зубів. Різучий край зуба залишається вільним. Підготовка зубів полягає лише в сепарації контактних поверхонь. Це робиться для того, щоб створити простір на

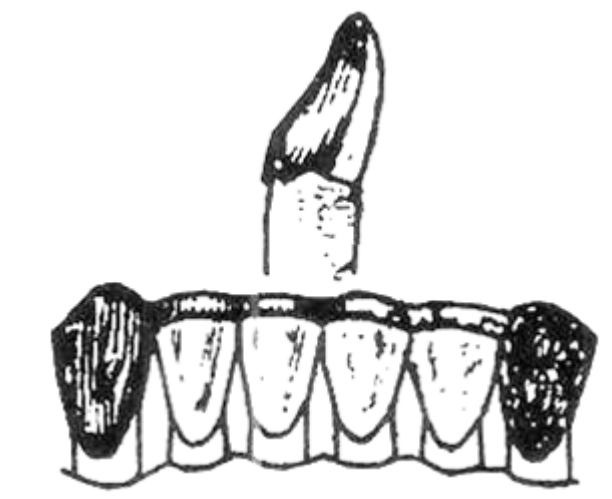


Кільцева шина

товщину двох кілець, кожне з яких має товщину приблизно 0,2-0,25 мм. Кільцеві шини не покривають різучі краї коронок, в зв'язку з чим можливі ізолювані рухи зубів у вертикальному напрямку. Це призводить до розсмоктування цементу і розхитування шини. Кільцева шина незручна і в естетичному відношенні

Напівкільцева шина відрізняється від кільцевий відсутністю повного кільця із зовнішньої сторони зубного ряду. Це дозволяє домогтися більшої естетичності конструкції при дотриманні технології, схожої зі створенням кільцевої шини.

Ковпачкова шина – являє собою ряд спаяних між собою ковпачків, що одіваються на зуби та покривають їх різучий край і внутрішню частину (з боку язика). Застосовується у випадку шинування фронтальної групи зубів. Ковпачки можуть бути суцільнолитими або виготовлятися з окремих штампованих коронок, які потім спаюються між собою. Даний метод шинування актуальний при наявності повних коронок, до яких кріпиться вся конструкція.



Ковпачкова шина

Чоловік 44 років скаржиться на рухомість передніх зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: зубна формула 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 / 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27..... 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 / 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. 43, 42, 41 / 31, 32, 33 зуби інтактні, рухомість I ступеня. Планується шинування рухомих зубів. Яка конструкція найбільш раціональна?

- A. Ковпачкова *
- B. 3 штампованих коронок
- C. 3 литих коронок
- D. 3 пластмасових коронок
- E. 3 металопластмасових коронок

Жінка 39 років звернулась зі скаргами на рухомість зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: зубна формул 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 / 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27..... 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 / 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. Зуби інтактні, коронки високі. Навколо 42,41/31,32 зубів ясенні кишені, рухомість I та II ступенів. Для іммобілізації рухомих зубів виготовлена ковпачкова шина з фіксуєчими коронками на 43/33 зуби. Яку стабілізацію зубів дозволяє провести дана шина?

- A. Фронтальна *
- B. Парасагітальна
- C. Фронтно-сагітальна
- D. Сагітальна
- E. Колова

Шина Мамлока – система кореневих штифтів з накладками на язикову (піднебінну) поверхню зубів, спаяних разом або відливаються одним блоком. Застосовують для шинування передніх зубів. Створює хорошу фіксацію і вигідна в естетичному відношенні, однак застосування шини вимагає депульпування зубів.



Шина Мамлока

Хворому 56-ти років потрібно шинування передніх зубів верхньої щелепи. Об'єктивно: 13, 12, 11, 21, 22, 23 зуби мають рухомість I ступеня, депульповані. Яку з наведених шин раціонально застосувати?

- A. Мамлока *
- B. Шпренга
- C. Бетельмана
- D. Марєя
- E. Напівкоронкову

Хвора 38-ми років з хронічним генералізованим пародонтитом направлена на ортопедичне лікування. Об'єктивно: зубні ряди безперервні, 12, 11, 21, 22 зуби мають рухливість I ступеня, депульповані. Решта зубів стійкі. Яка шина найбільш естетична для шинування фронтальної групи зубів?

- A. Мамлока *
- B. Кільцева
- C. Зі спаяних комбінованих коронок
- D. Ковпачкова
- E. Капова

Хвора 47-ми років скаржиться на рухливість передніх зубів. Об'єктивно: 31, 32, 33, 43 42, 41 зуби депульповані. Мають рухливість I-II ступеня. Імобілізацію рухливих зубів планується провести шиною Мамлока. Яку стабілізацію дозволить провести дана шина?

- A. Фронтальна *
- B. Сагітальна
- C. Кругова
- D. Фронтально-сагітальна
- E. Парасагітальна

Хворий 50 років потребує шинування передніх зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: 33, 32, 31, 41, 42, 43 зуби мають рухомість I-II ступеня, депульповані. Яку з названих шин краще застосувати?

- A. Мамлока *
- B. Ельбрехта
- C. Курляндського
- D. Марєя
- E. Ван-Тіля

Жінка 35 років потребує шинування передніх зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: 43, 42, 41 / 31, 32, 33 зуби депульповані, рухомість I-II ступенів, інші зуби стійкі. Яку шину з урахуванням вимог естетики можна застосувати?

- A. Інтрадентальна *
- B. З екваторних коронок
- C. Ковпачкова
- D. З напівкоронок
- E. Із спаяних коронок

Хворий 50-ти років виготовляється інтердентальна шина на 33, 32, 31, 41, 42, 43 зуби. Під час її припасування у порожнині рота з кореневого каналу 41 зуба почалася кровотеча. Що її спричинило?

- A. Перфорація стінки каналу кореня *
- B. Травмування пульпи зуба
- C. Травмування ясенного краю
- D. Пошкодження біфуркації коренів
- E. Перфорація коронки зуба

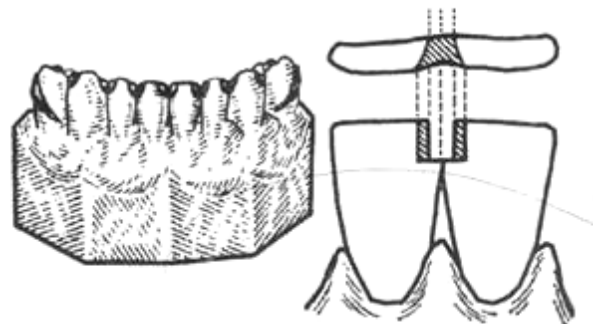
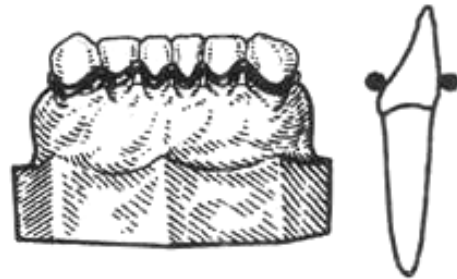
Хворий 40-ка років звернувся до стоматолога-ортопеда зі скаргами на рухомість зубів на верхній щелепі після проведеного терапевтичного

лікування. Об'єктивно: 13, 12, 11, 21, 22 депульповані, мають II ступінь рухливості, в кольорі незмінні. Виберіть конструкцію протеза:

- А. Шина Мамлока *
- В. Коронкова паяна шина
- С. Шина з пластмасових коронок
- Д. Балкова шина
- Е. Стрічкова шина

Шина Ельбрехта суцільнолита із шинуючими елементами. Замкнута система безперервних кламерів, які охоплюють зубний ряд із вестибулярної, оральної сторін та міжзубних проміжків і накладками у бічних ділянках зубної дуги. Застосовується при рухомості зубів у пародонтологічних пацієнтів.

В подальшому присінкові багатоланкові з'єднання в сучасній суцільнолитій знімній шині замінили кігтеподібними відростками.



Шина Ельбрехта

Хвора 43-х років звернулася зі скаргами на рухомість зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: зубний ряд інтактний. Рухомість зубів I-II ступеня. Планується імобілізація

зубів єдиною для всього зубного ряду знімною шиною. Яку стабілізацію зубів дозволить провести дана шина?

- A. Кругову *
- B. Передню
- C. Передньо-бокову
- D. Сагітальну
- E. Поперечну

Хворий 50-ти років звернувся зі скаргами на рухомість зубів на нижній щелепі. Об'єктивно: зубний ряд інтактний, шийки зубів оголені, коронки високі, рухомість зубів 1-2 ступеня. Яка шина найбільш показана?

- A. Ельбрехта *
- B. Мамлока
- C. Із повних коронок
- D. Із екваторних коронок
- E. Ковпачкова

Хворий 64-х років скаржиться на рухомість зубів на нижній щелепі. Об'єктивно: зубний ряд безперервний, шийки зубів оголені, коронки високі, рухомість зубів II ступеня. Яка шина найбільш показана?

- A. Шина Ельбрехта *
- B. Шина з екваторних коронок
- C. Шина з повних коронок
- D. Шина Мамлока
- E. Ковпачкова шина

Жінка 59-ти років потребує шинування зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: зубна формула: 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 / 21, 22, 23, 24, 25, 26.....47, 46, 45, 44,

43, 42, 41 / 31, 32, 33, 34, 35, 36. Коронки зубів нижньої щелепи високі, зуби інтактні, шийки оголені, рухомість II ступеня. Яку шину краще застосувати?

- A. Суцільнолита знімна *
- B. Зі спаяних коронок
- C. З екваторних коронок
- D. Ковпачкова
- E. З напівкоронок

Пацієнт 46-ти років звернувся зі скаргами на кровоточивість ясен, рухливість зубів, підвищену чутливість у ділянці шийок зубів. Об'єктивно: присутні усі зуби, вони мають 1-2 ступінь рухливості, патологічні зубо-ясенні кишені з серозним вмістом. На рентгенограмі наявне розширення періодонтальної щілини, резорбція кісткової тканини альвеолярного відростка відбулася на 1/3-1/2 довжини кореня. Яку шину необхідно запропонувати пацієнту для стабілізації зубного ряду?

- A. Ельбрехта *
- B. Тігерштедта
- C. Порта
- D. Ванкевич
- E. Васильєва

У хворого 40 років з пародонтозом II ступеня тяжкості проведена стабілізація зубного ряду верхньої щелепи за допомогою шини Ельбрехта. Яке ускладнення дозволить попередити цей захід?

- A. Зубощелепна деформація *
- B. Протезний стоматит
- C. Травматичний періодонтит
- D. Артрит-артроз
- E. Демінералізація зубів

Хвора 43 років звернулась зі скаргами на рухомість зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: рухомість зубів I-II ступеню. Планується шинування зубів знімною суцільнолитою шиною. Із якого матеріалу краще виготовити дану шину?

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

Хвора 29-ти років хворіє на генералізований пародонтит. Планується виготовлення шини Ельбрехта. Верхній зубний ряд інтактний, зуби віялоподібно нахилені вестибулярно, мають рухомість 1-2 ступеню за Ентіним. При незначному тиску позиціонуються в зубному ряду з відновленням апроксимальних контактів. Який вид тимчасового шинування необхідно провести у даної хворої для отримання робочих відбитків?

- A. Склеювання апроксимальних контактів композитом *
- B. Склеювання контактних поверхонь полікарбоксилатним цементом
- C. Зв'язуванням зубів поліамідною ниткою
- D. Тимчасове шинування лігатурним дротом
- E. Склеювання зубів липким воском

Хворий 52-х років скаржиться на рухливість зубів, кровоточивість ясен. 44, 45, 34, 35 мають I ступінь рухливості, 43, 42, 41, 31, 32, 33 - II ступінь, набряк ясен, наявність пародонтальних кишень 5-6 мм. На рентгенограмі: деструкція кісткової тканини на 1/2 довжини коренів зубів. Діагноз: генералізований пародонтит середнього ступеня важкості. Яка ортопедична конструкція найбільш раціональна у даному випадку?

- A. Шина Ельбрехта *

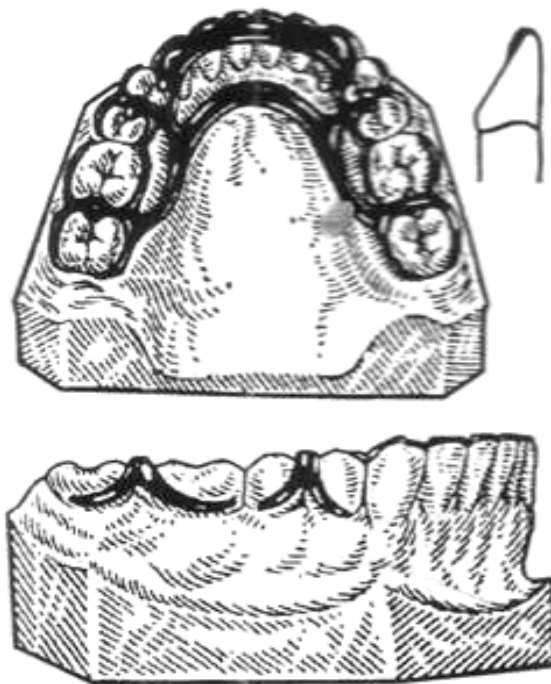
- В. Пластмасова капа
- С. Шина за Мареем
- Д. Шина Мамлока
- Е. Виготовлення тимчасової шини за Навотним

Чоловік 45-ти років, актор, звернувся до стоматолога зі скаргами на рухливість нижніх фронтальних зубів, кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: гіперемія і кровоточивість ясен, пародонтальні кишені у фронтальній ділянці нижньої щелепи до 5 мм, рухливість зубів I-II ступеня. Який варіант шинування нижніх фронтальних зубів буде оптимальним у даного хворого?

- А. Волоконною адгезивною шиною *
- В. Ковпачковою шиною
- С. За допомогою лігатурного дроту
- Д. Шиною з повних коронок
- Е. Суцільнолитою штифтовою шиною

Шина Шпренга – шинуюча смужка перекриває язикову поверхню нижніх різців та ікол, лягає на ріжучий край цих зубів і частково на премоляри. Фіксація шини досягається за допомогою системи опорно-утримувальних кламерів, а за наявності дефектів зубного ряду шина з'єднується з бюгельним протезом.

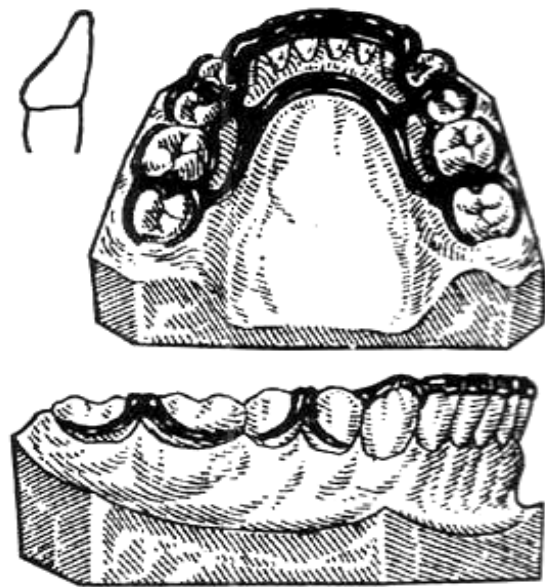
У разі використання даної шини здійснюється підготовка фронтальної



Шина Шпренга

групи зубів, яка полягає у тому, що вкорочуються різучі краї різців. У такому разі скіс роблять у язиковий бік, після препарування поверхні детально полірують. Запропонована шина має низку недоліків. Це, по-перше, існування ранової поверхні після препарування різучих країв, по-друге – шина, перекриваючи різучі краї фронтальних зубів, не переходить на губну (присінкову) поверхню, що не виключає можливості висування зубів в перед, а також їх повороту. Цей недолік не дозволяє використовувати шину у разі протрузії фронтальної групи зубів.

Шина Ван-Тіля не має недоліку описаного вище, тому що у ній метал не тільки перекриває різальні краї але й заходить на присінкову поверхню нижніх фронтальних зубів. Наявність металу на губній поверхні – знижує естетичну цінність цієї шини, зуби спеціально препарують для накладок.



Шина Ван-Тіля

Шинування при вивихах СНЩС

Апарат Ядрової – застосовують у дітей за наявності звичних вивихів і підвивихів нижньої щелепи, які виникають як наслідок неправильного формування щелеп і зубних рядів. Є модифікацією шини Ванкевича з невеликими двобічними валиками в задніх її відділах, навколо дистально-щічних поверхонь других молярів і з накушувальною площадкою у ділянці різців. Складається з фіксуючої піднебінної пластинки або капи та пелота, який упирається у гілку щелепи і перешкоджає широкому відкриванню рота.



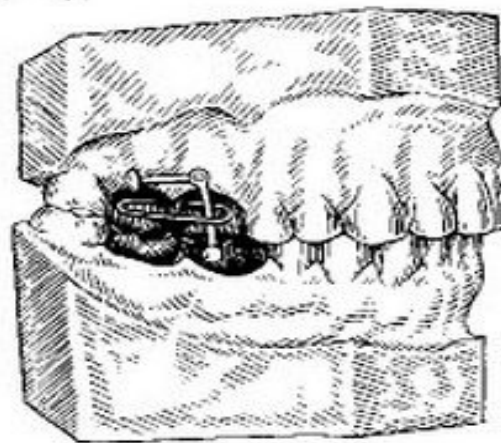
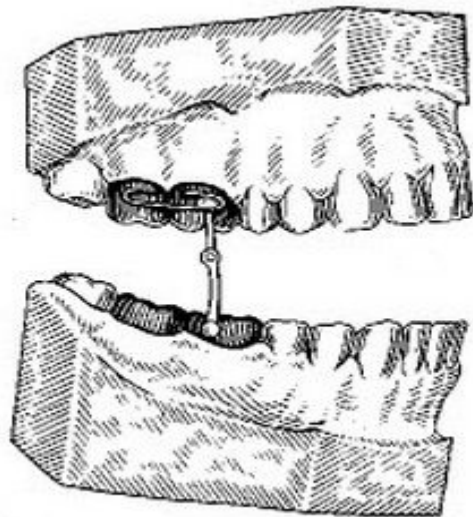
Апарат Ядрової

У хворого 57-ми років звичний вивих нижньої щелепи. Для обмеження відкривання рота виготовлений апарат Ядрової. Яким повинен бути термін лікування?

- A. 3 місяці *
- B. 6 місяців
- C. 9 місяців
- D. 12 місяців
- E. 18 місяців

Апарат Петросова

— застосовується для лікування звичного вивиху нижньої щелепи. Представляє собою шину, що обмежує відкривання рота. Складається із фіксуєчих елементів (коронки на верхні і нижні зуби) і шарнір із обмежувачем. Шина складається з фіксуєчої частини та обмежувача відкривання рота. Фіксуєча частина являє собою блок коронок, які покривають непротезовані зуби. До нижньої коронки припаюють вісь, на яку шплінтують кінець двоплечого шарніра. Для того щоб шплінт не уражав слизову оболонку ротової порожнини, його покривають швидкотвердіючою пластмасою. На верхньому блоці коронок розміщують обмежувальне кільце, яке знаходиться на відстані 5-6 мм від осі. На кінці шарніра є обмежувач, який регулює відкривання рота.



Апарат Петросова

У хворого Ш.42 років звичний вивих нижньої щелепи. Який ортопедичний апарат можна використати для обмеження відкривання рота?

- A. Апарат Петросова. *
- B. Апарат Бородюка.
- C. Апарат Лімберга.
- D. Апарат Ванкевич.
- E. Капу на нижній зубний ряд.

У хворого 45 років звичний вивих. Після вправлення вивиху для його профілактики слід обмежити відкривання рота. Який апарат доцільно застосувати в даному випадку?

- A. Апарат Петросова *
- B. Апарат Андресена
- C. Апарат Бетельмана
- D. Апарат Шура
- E. Апарат Бруна

Хворий 30-ти років скаржиться на часті вивихи нижньої щелепи. Об'єктивно: зубні ряди збережені, ортогнатичний прикус. Визначається клацання в скронево-нижньощелепному суглобі при відкриванні рота. Застосування якого з зазначених апаратів дозволить попередити вивих?

- A. Апарат Петросова *
- B. Апарат Лімберга
- C. Апарат Збаржа
- D. Апарат Шура
- E. Апарат Оксмана

Хворий 30 років, професійний співак, скаржиться на часті вивихи нижньої щелепи. Об-но: зубні ряди збережені, ортогнатичний прикус. Визначається клацання в скронево-нижньощелепному суглобі при відкриванні рота. Застосування якого з зазначених апаратів дозволить попередити вивих?

- A. Апарат Петросова *
- B. Апарат Лімберга
- C. Апарат Збаржа
- D. Апарат Шура
- E. Апарат Оксмана

Шинування при переломах щелеп, травмах зубів

При переломах щелеп застосовують консервативно-ортопедичні та хірургічні методи лікування. Відповідно до діючого чинного законодавства, у протоколах про надання кваліфікованої медичної допомоги постраждалим із переломами нижньої щелепи вказано, що лікування починається із застосування консервативно-ортопедичних методів. Лише за недостатньої кількості зубів для накладання шин чи їх відсутності на нижній та верхній щелепах, за рухомості зубів у пацієнтів із захворюваннями пародонта; при переломі суглобового паростка нижньої щелепи зі зміщенням або вивихом головки, при уламковому переломі, якщо уламки не вдається зіставити у правильне положення або якщо консервативне лікування не було ефективним, як альтернативу слід розглядати хірургічне втручання (остеосинтез).

Впродовж тривалого часу хірурги-стоматологи активно використовуються стандартні та індивідуальні, одно- та двощелепні, назубні, наясенні пристрої для фіксації щелеп, шини-капи та ортодонтичні апарати.

Важливий етап функціонально-стабільної фіксації кісткових фрагментів – їх анатомічна репозиція. Вона здійснюється різними методами, вибір яких залежить від локалізації та ступеня складності перелому, стану кісткових фрагментів, обраного операційного доступу, стану м'яких тканин, що оточують лінію перелому. Одним із найбільш поширених й ефективних методів анатомічної фіксації кісткових фрагментів – використання кортикальних гвинтів та еластичної тяги.

Необхідність проведення міжщелепної іммобілізації зростає за множинних та поєднаних травматичних ушкоджень нижньої щелепи, а також у разі значних зміщень кісткових фрагментів. Дещо інша клінічна тактика спостерігається під час хірургічного лікування переломів нижньої щелепи за умов її значної або повної адентії, коли проведення міжщелепної фіксації ускладнене або неможливе. У таких випадках доцільним є здійснення

внутрішньоротових хірургічних втручань із застосуванням більш жорсткої фіксації кісткових фрагментів за допомогою однієї реконструктивної або двох міні-пластин.

Окрему нішу в лікуванні переломів нижньої щелепи займають переломи суглобових відростків. Вибір способу оперативного лікування та оперативного доступу до суглобового відростка залежить від локалізації лінії перелому, характеру зміщення фрагментів, ступеня пошкодження навколишніх тканин, умов виконання остеосинтезу, проте пріоритетним напрямком є проведення ендоскопічно-асистованого остеосинтезу внутрішньоротовим доступом з додатковою міжщелепною іммобілізацією. Правильною тактика лікування перелому в ділянці суглобового відростка нижньої щелепи незалежно від виду операційного втручання є обов'язкова тимчасова міжщелепна фіксація, яка ґрунтується на необхідності іммобілізації скронево-нижньощелепного суглоба, з метою попередження виникнення посттравматичних артритів та артрозів.

Вивих зуба характеризується втратою цілісності комплексу зуб-навколозубні тканини та його зміщення при цьому. Розрізняють неповний, повний та вколочений вивих зуба.

При **неповному вивиху зуба** визначається невелике його зміщення з лунки в вестибулярному чи оральному напрямку, у бік сусіднього зуба або навколо осі. Хворий скаржиться на біль, що посилюється при накушуванні на причинний зуб, його рухомість. Рот у хворого напіввідкритий, перкусія зуба викликає різкий біль. ЕОД пульпи знижене відносно норми. Рентгенографічно відзначається нерівномірно розширена періодонтальна щілина.

Повний вивих зуба характеризується повним розривом волокон періодонта, судинно-нервового пучка, рухомістю та значним зміщенням зуба, іноді спостерігається випадання зуба з лунки. Вивихнутий зуб може затриматися в лунці тільки за рахунок кров'яного згустка або залишків контакту з м'якими тканинами, циркулярної зв'язки або може бути зовсім

відсутнім. Можливе пошкодження ясен, переломи зі зміщенням стінки комірки.

Вколочений вивих зуба являє собою повний вивих зуба зі зміщенням кореня в губчасту кісткову речовину коміркового відростка внаслідок дії травмуючої сили вздовж осі зуба. Тканини періодонта і судинно-нервовий пучок зазвичай втрачають цілісність. Скарги хворого на різкий біль у ділянці травми, коронка зуба зміщена в напрямку альвеолярного відростка щелепи, в оклюзії не бере участі. Зуб міцно утримується в тканинах за рахунок його вклинювання в кістку. Пульпа зуба некротизується. На рентгенограмі виявляється дистопія зуба з відсутністю періодонтальної щілини.

Метою лікування вивиху зуба є його збереження в лунці, запобігання запальним ускладненням, таким як нагноєння пульпи зуба і прилеглих до зуба тканин, відновленню контакту кореня зуба з періодонтом. Для цього зуб фіксують в лунці гладкою шиною, лігатурним зв'язуванням, лігатурний дріт доцільно проводити не тільки навколо шийки зуба, а й через його ріжучий край. Тривалість іммобілізації зуба зумовлена видом вивиху та розміром пошкодження коміркового відростка, у середньому становить 4-6 тижнів.

При повному вивиху зуба в термін до 2-3 діб (за умови правильного зберігання зуба) можна провести його реплантацію.

Дитина 10 років впала та вдарилась об підлогу передніми верхніми зубами. Діагностований повний вивих 21 зуба. Оберіть метод лікування.

- A. Реплантація зуба з іммобілізацією шиною *
- B. Видалення зуба.
- C. Видалення зуба з наступним виготовленням незнімного протезу
- D. Видалення зуба з наступним виготовленням знімного протезу
- E. Видалення зуба з одночасною стоматологічною імплантацією

При видаленні 46 зуба внаслідок неправильного використання елеватора відбувся вивих інтактного 45 зуба. Ваші дії в цій ситуації.

- A. Репонувати зуб і закріпити його шиною. *
- B. Видалити 45 зуб.
- C. Провести ендодонтичне лікування і резекцію верхівки 45 зуба.
- D. Запломбувати канал 45 зуба.
- E. Госпіталізувати хворого в стаціонар для до обстеження і подальшого лікування.

На МПП надійшов поранений із діагнозом: вогнепальний перелом тіла нижньої щелепи. Який вид іммобілізації слід застосувати на даному етапі?

- A. Тимчасова іммобілізація *
- B. Накладання двощелепних шин
- C. Накладання позаротового апарата для фіксації відламків
- D. Накладання гладкої шини-скоби
- E. Остеосинтез нижньої щелепи

У хворого вогнепальний перелом нижньої щелепи. До поранення користувався знімними протезами (частковим пластинковим для верхньої щелепи і повним для нижньої щелепи). Які засоби транспортної іммобілізації можна використовувати у даному випадку?

- A. Зубні протези пацієнта *
- B. Апарат Збаржа
- C. Шина Ентіна
- D. Шина Васильєва
- E. Шина Тігерштедта

Дитина 14-ти років скаржиться на біль у ділянці нижньої щелепи ліворуч, який посилюється під час жування, порушення змикання зубів. З анамнезу:

отримала травму 2 дні тому. На підставі клініки, об'єктивних і рентгенологічних даних, встановлено діагноз: відкритий перелом нижньої щелепи між 34 та 45. Оберіть метод лікувальної іммобілізації щелепи:

- A. Назубне шинування *
- B. Тимчасова іммобілізація
- C. Шина Порта
- D. Апарат Рудька
- E. Ясенева пластинка

На який день після шинування при однобічному переломі нижньої щелепи знімають міжщелепову гумову тягу?

- A. На 12-14 добу *
- B. На 3-4 добу
- C. На 6-7 добу
- D. На 8-9 добу
- E. На 20-22 добу

Хворий 65 років після ДТП потребує транспортування в лікувальний заклад в зв'язку з переломом верхньої щелепи, втратою свідомості. При огляді хворого виявлено відсутність значної кількості зубів на верхній щелепі, втрату прикусу. Який із методів тимчасової іммобілізації слід обрати?

- A. Фіксацію верхньої щелепи дерев'яним шпателем, кінці якого закріплені до склепіння черепа бинтом. *
- B. Шину Помаранцевої-Урбанської.
- C. Підборідну пращу.
- D. Міжщелепне зв'язування зубів за Айві.
- E. Кругову бинтову пов'язку.

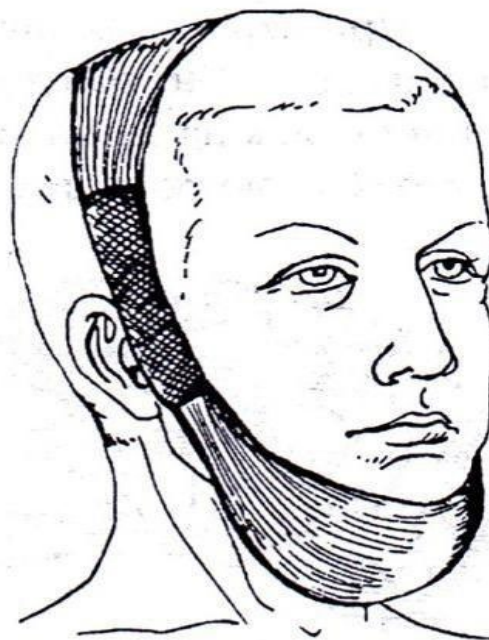
У хворої Л., 45 років діагностовано перелом нижньої щелепи [попередньо]. У чому буде полягати перша долікарська і лікарська допомога?

- A. Транспортна чи тимчасова іммобілізація [для створення стану спокою], попередження травми гострими кінцями кістки [оточуючих тканини] та проникнення інфекції *
- B. Транспортна іммобілізація та призначення знеболюючих препаратів
- C. Іммобілізація уламків щелеп та попередження травми оточуючих тканин гострими краями кістки
- D. Шинування нижньої щелепи та попередження розвитку інфекції
- E. Шинування нижньої щелепи

У дитини у віці змінного прикусу наявний ангулярний перелом нижньої щелепи. Яку методику лікування Ви оберете?

- A. Назубні шини з самотвердіючої пластмаси *
- B. Шини Тігерштедта
- C. Шина Васильєва
- D. Шина з розпіркою
- E. Гладка шина-скоба

Еластична пращоподібна пов'язка Померанцевої-Урбанської – готується із трьох шматочків матерії. Один розміром 10*20 см розміщують як пращу на підборідді. З обох боків до нього пришивають два відрізки гумової стрічки шириною 4-5 см, довжиною 8-10 см, до протилежних кінців – два відрізки тканини розміром 6x10-25 см, з'єднані шнуричкою.



Пращоподібна пов'язка Померанцевої-Урбанської

Хворий С., 63 роки швидкою медичною допомогою доставлений в стоматологічне відділення районної лікарні з діагнозом: односторонній перелом нижньої щелепи. Хворий користувався повними знімними пластинковими протезами. При обстеженні ротової порожнини виявлено І тип за Келлером альвеолярного відростка, перелом тіла щелепи в проекції відсутніх 45-46 зубів з незначним зміщенням. Виберіть найбільш ефективний апарат для лікування перелому щелепи.

- A. Протези хворого в комбінації з підборідною пращею. *
- B. Шина Порта.
- C. Шина Гунінга-Порта.
- D. Шина Лімберга.
- E. Шина Ванкевич.

У ЦРЛ звернувся хворий К., 34 років, у стані алкогольного сп'яніння середнього ступеню. Після огляду було встановлено діагноз: перелом нижньої щелепи в ділянці кута праворуч зі зсувом відламків. Черговий лікар прийняв рішення про транспортування хворого в щелепно-лицеве відділення обласної клінічної лікарні. Який вид транспортної іммобілізації можливий у даного хворого?

- A. М'яка підборідна праща Померанцевої-Урбанської *
- B. Фіксація шини ложки з позаротовими стрижнями
- C. Гладенька шина-скоба
- D. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів дротом
- E. Шина-капа зі швидкотверднучої пластмаси

У хворого 35 р., перелом тіла н/щ в ділянці 65. Уламки не зміщені, зуби на відломках стійкі. Яку невідкладну допомогу необхідно надати хворому?

- A. Іммобілізацію відломків пращевидною пов'язкою *
- B. Накласти шину Васильєва

- С. Накласти шину Порта
- Д. Накласти шину Ентеліса
- Е. Накласти шину Тігерштедта

Шина-праща Ентіна – застосовується в якості долікарської допомоги при переломах альвеолярного відростка нижньої щелепи при інтактних зубних рядах і множинному контакті при змиканні. Виготовляється із пластичного матеріалу і має форму нижньої половини обличчя. Застосовується при переломах нижньої та верхньої щелеп, обох щелеп одночасно, а також при обширних пошкодженнях м'яких тканин обличчя. Застосовують пов'язку при переломах нижньої щелепи, іноді при переломах верхньої щелепи.



Шина-праща Ентіна

Стоматологом діагностовано травматичний відкритий ангулярний перелом нижньої щелепи із зміщенням відламків. Який із перерахованих засобів необхідно застосувати для транспортної іммобілізації фрагментів.

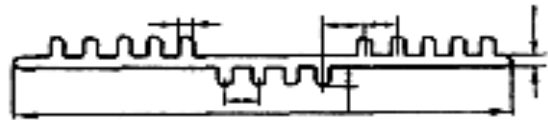
- А. Шина-праща Ентіна *
- В. Шини Тігерштедта
- С. Стандартні шини Васильєва
- Д. Шини Гунінга-Порта
- Е. Шини Вебера

У хворого 41-го року встановлений діагноз: перелом альвеолярного відростка нижньої щелепи. Об'єктивно: зубні ряди інтактні. При змиканні верхньої та нижньої щелеп відзначається множинний контакт. Необхідне транспортування у спеціалізований лікувальний заклад. Яка долікарська допомога показана у даному випадку?

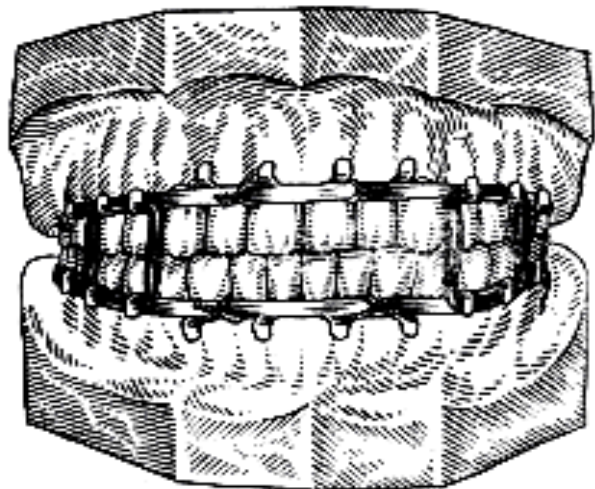
- A. Підборідна праця Ентіна *
- B. Гладенька шина-скоба
- C. Стандартна шина за Васильєвим
- D. Шина із зачіпними петлями за Тігерштедтом
- E. Лігатурне зв'язування за Айві

На батальоний пункт полка доставлено пораненого К., 22 років, з відкритим двостороннім зломом нижньої щелепи в ділянці кутів. Який метод іммобілізації слід використати ?

- A. Жорстку підборідну пращу Ентіна. *
- B. М'яку пов'язку.
- C. Шину Тігерштедта.
- D. Шину Васильєва.
- E. Фіксуючий апарат В.Ф. Рудько.



Шина Васильєва – стандартна стрічкова шина з нержавіючої сталі товщиною 0,26-0,28 мм з зачіпними петлями. Застосовуються для міжщелепного витягнення і фіксації щелеп при їх переломах. Шина, будучи стандартною, додається до відповідних наборів для надання



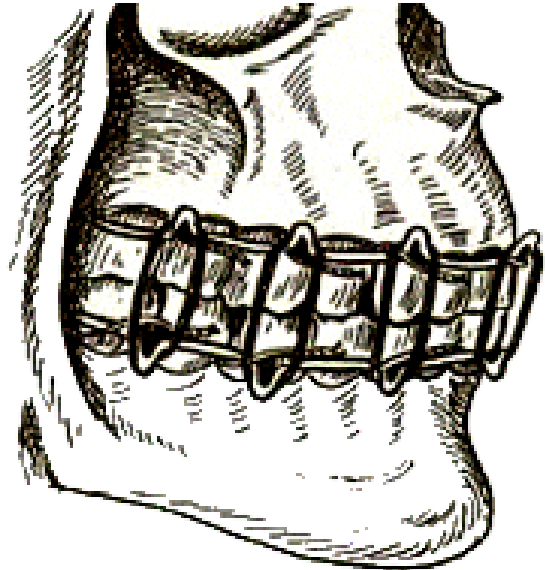
Шина Васильєва

травматологічної допомоги. Вона вигинається по зубному ряду ручним способом безпосередньо біля крісла або операційного столу і фіксується на зубах бронзо-алюмінієвим дротом. Міжщелепна фіксація здійснюється за допомогою гумової тяги.

Шина із зачіпними гачками (петлями) (двощелепна) – шини з алюмінієвого дроту, діаметр якого 1,5-2 мм, з міжщелепною фіксацією чи тягою – застосовується у разі перелому із зміщенням фрагментів щелепи і неможливістю їх звичайного репонування. Запропоновані у 1916 р. С.С. Тігерштедтом.

Розрізняють 5 основних видів цих шин:

- гладенька шина-скоба,
- шина з розпірковим вигином,
- шина з зачіпними гачками,
- шина з похилою площиною,
- шина з опорними петлями.



*Шина із зачіпними гачками
(Тігерштедта)*

Хворому 25-ти років під час госпіталізації до щелепно-лицевого відділення був встановлений діагноз: лівобічний перелом нижньої щелепи у ділянці тіла зі зміщенням. Хворому було проведено двощелепне шинування. Який вид шин доцільно застосувати у даному випадку?

- A. Шина Тігерштедта із зачіпними петлями *
- B. Гладенька шина-скоба
- C. Шина з розпірковим вигином

D. Шина з похилою площиною

E. Шина Вебера

У хворого Х. 35 р. односторонній відкритий перелом нижньої щелепи зліва на рівні ментального отвору, зі зміщенням. У хворого всі зуби. Хворому планується іммобілізація відламків. Лінія перелому проходить між 34-35 зубами. Яку шину доцільно використати?

A. Двощелепна шина з зачіпними гачками. *

B. З розпірним вигином.

C. Гладку шину-скобу.

D. Шину з похилою площиною.

E. Шину Ванкевич.

У хворого односторонній лінійний перелом в ділянці кута. Проведена іммобілізація шляхом накладення двощелепної назубної дротяної шини із зачіпними петлями і міжщелепним еластичним витягуванням. Загоєння протікало без ускладнень. Коли показане зняття шини?

A. Через 3 тижні *

B. Через 10 днів

C. Через 2 тижні

D. Через тиждень

E. Через місяць

До щелепно-лицьового відділення доставлено хворого 20 років. При огляді було встановлено діагноз: травматичний перелом нижньої щелепи в ділянці лівого кута без зміщення. Об'єктивно: зуби інтактні, прикус ортогнатичний. Який вид лікувальної допомоги потрібний у даному випадку?

A. Назубна двощелепна дротяна шина з зачіпними петлями *

B. Назубна дротяна шина з розпірковим вигином

- С. Назубна дротяна гладенька шина-скоба
- Д. Фіксація фрагментів щелепи апаратом Рудько
- Е. Назубна шина Васильєва

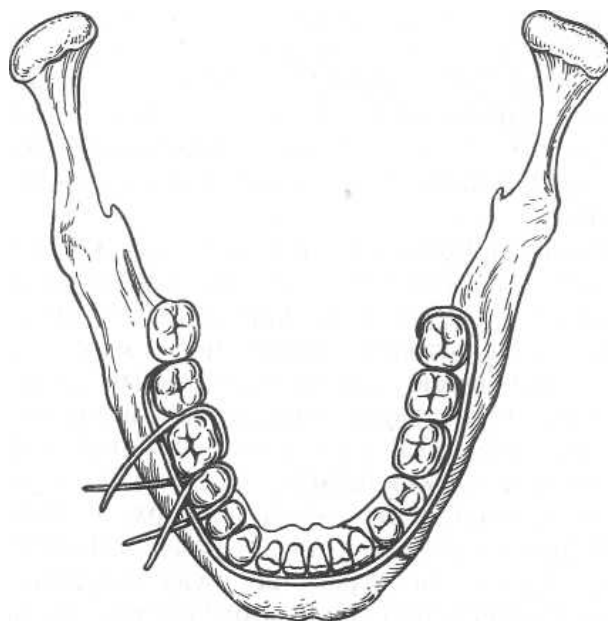
До лікарні доставлений хворий після ДТП. Об'єктивно: обличчя асиметричне, забій, гематоми ментальної ділянки, відсутній 33 зуб. Прикус порушений незначно. На Rg-грамі - лінія зламу по осі комірки 33 зуба. Який метод іммобілізації слід застосувати для лікування хворого?

- А. Шини із зачіпними гачками на між-щелепових еластичних тягах *
- В. Міжщелепова лігатурна фіксація за Айві
- С. Внутрішньоротовий остеосинтез
- Д. Фіксація гладкою шиною-скобою
- Е. Фіксація шиною з розпіркою

Гладка шина-скоба (одно-щелепна) – застосовується для лікування переломів нижньої щелепи за умови, що на більшому фрагменті знаходиться не менше 4, а на меншому - не менше 2 стійких зубів. При цьому зуби, що знаходяться в лінії перелому, до уваги не беруться.

Показання для накладення гладкої шини-скоби:

- односторонній лінійний перелом нижньої щелепи, розташований в межах зубного ряду, без зміщення або із легко вправними фрагментами в межах фронтальної групи зубів;



Гладка шина-скоба

- переломи альвеолярної частини нижньої щелепи і альвеолярного відростка верхньої щелепи;
- переломи і вивихи зубів, коли з двох сторін на непошкоджених ділянках щелепи є стійкі зуби.

Хворий 24-х років надійшов до клініки з діагнозом: перелом альвеолярного відростка лівої верхньої щелепи на ділянці 25, 26, 27 зубів без зміщення. Яку шину слід застосувати для постійної іммобілізації?

- A. Гладка шина-скоба *
- B. Шина з зачіпними петлями
- C. Шина з розпорочним вигином
- D. Шина з похилою площиною
- E. Шина Васильєва

Хворий 19-ти років скаржиться на біль у підборідному відділі нижньої щелепи. Напередодні отримав травму. Об'єктивно: незначна припухлість тканин у ділянці підборіддя. Рот відкривається достатньо. Зуби інтактні. Слизова оболонка у ділянці центральних різців набрякла, трохи кровить. Тут визначається рухомість фрагментів нижньої щелепи. Прикус не порушений. Яким чином слід надати допомогу хворому?

- A. Гладенькою шиною-скобою *
- B. Шиною із розпірковим вигином
- C. Шиною із похилою площиною
- D. Шинами із зачіпними петлями та міжщелепною фіксацією
- E. Лігатурним зв'язуванням 31, 32, 42, 41 за Айві

Гладка шина-скоба може бути використана:

- A. При переломах альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелепи, центральному переломі нижньої щелепи *

- В. При переломі кута нижньої щелепи без зміщення уламків
- С. При локалізації перелому в ділянці гілки нижньої щелепи
- Д. При переломі верхньої щелепи по нижньому типу
- Е. При будь-якій локалізації перелому щелеп без зміщення відламків

Хворий 30-ти років звернувся зі скаргами на болі в ділянці передніх зубів нижньої щелепи, які пов'язує із травмою підборіддя. Об'єктивно: співвідношення зубних рядів ортогнатичне. Рентгенологічно - серединний перелом нижньої щелепи. Яка шина найбільш раціональна?

- А. Гладка шина-скоба *
- В. Гардашнікова
- С. Паяна на кільцях
- Д. Вебера
- Е. Васильєва

Хвора М. 34 р. отримала травму в ДТП . Встановлено діагноз: травматичний серединний перелом в підборідньому відділі . Яка тактика лікаря в даному випадку ?

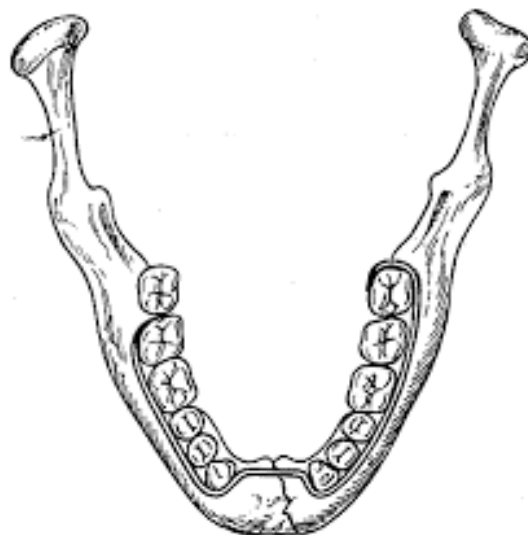
- А. Мономаксиллярна шина-скоба. *
- В. Шина Порта.
- С. Аппарат Рудько .
- Д. Шина Васильєва.
- Е. Шина Ванкевича.

Хворий С., 34 роки, госпіталізований в стоматологічне відділення з діагнозом - травматичний перелом нижньої щелепи в ментальному відділі. При обстеженні виявлено патологічну рухомість нижньої щелепи на рівні 31, 41 зубів, та розрив слизової оболонки. На рентгенограмі виявлено порушення цілісності кісткової тканини в ментальному відділі на рівні 41, 31. Лінія

перелому проходить вертикально від краю альвеолярного паростка до нижнього краю щелепи. Виставлено клінічний діагноз: травматичний серединний перелом в підборідному відділі між 41 і 31. Який вид шини треба використати при лікуванні?

- A. Однощелепна шина - скоба. *
- B. Шина Васильєва.
- C. Шина с зачіпними петлями
- D. Шина Порта.
- E. Шина Вебера.

Шина з розпірковим вигином (однощелепна) – застосовується у разі перелому щелепи у ділянці дефекту зубного ряду без зміщення уламків чи після пальцевої їх репозиції.



Шина з розпірковим вигином

Хворий 38-ми років скаржиться на біль у ділянці правої половини нижньої щелепи. Біль з'явився після падіння та удару. Об'єктивно: відкривання рота болісне, оклюзійне співвідношення порушене. Під час пальпації на ділянках відсутніх 44, 45 зубів незначна рухливість відламків. Всі решта зубів присутні, стійкі. На рентгенограмі - лінія перелому в ділянці відсутніх 44, 45 зубів. Яку шину для лікування необхідно застосувати в даному випадку?

- A. Шина Тігерштедта з розпіркою *
- B. Шина Збаржа
- C. Шина Ванкевича
- D. Пращоподібна пов'язка
- E. Гладенька шина-скоба

У пораненого травматичний перелом нижньої щелепи в ділянці відсутніх 34, 35 зубів з незначним зміщенням та дефектом альвеолярної частини в ділянці 34, 35. Зуби на нижній та верхній щелепах інтактні. Яка з шин в даному випадку оптимальна?

- A. Шина Тігерштедта з розпірковим вигином *
- B. Гладка шина-скоба
- C. Шина Порта
- D. Стрічкова шина Васильєва
- E. Шина Ванкевич

У хворого травматичний серединний перелом нижньої щелепи без зміщення фрагментів. 31, 32, 41, 42 зуби відсутні. Інші зуби інтактні. Яку назубну шину необхідно застосувати для репозиції та профілактики зміщення відламків?

- A. Гладку шину-скобу з розпірковим вигином *
- B. Шину з зачіпними гачками
- C. Гладку шину-скобу
- D. Стандартну шину Васильєва
- E. Шину з похилою площиною

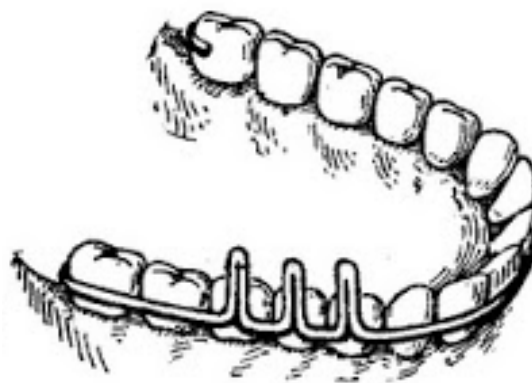
Хворого А., 22 роки, госпіталізовано у відділення щелепно-лицевої хірургії з приводу травми нижньої щелепи. При клінічному огляді та бімануальній пальпації щелепно-лицевої ділянки діагностовано перелом нижньої щелепи у ділянці відсутнього зуба. 41, 42, 43 зуби відсутні. На панорамній рентгенограмі діагностовано лінійний перелом без зміщення у ділянці відсутнього 42 зуба. Яку шину доцільно використовувати для фіксації відламків.

- A. Шину з розпіркою (розпірочним згином) *
- B. Гладку шину-скобу
- C. Назубну шину Васильєва

Д. Шину-скобу з похилою площиною

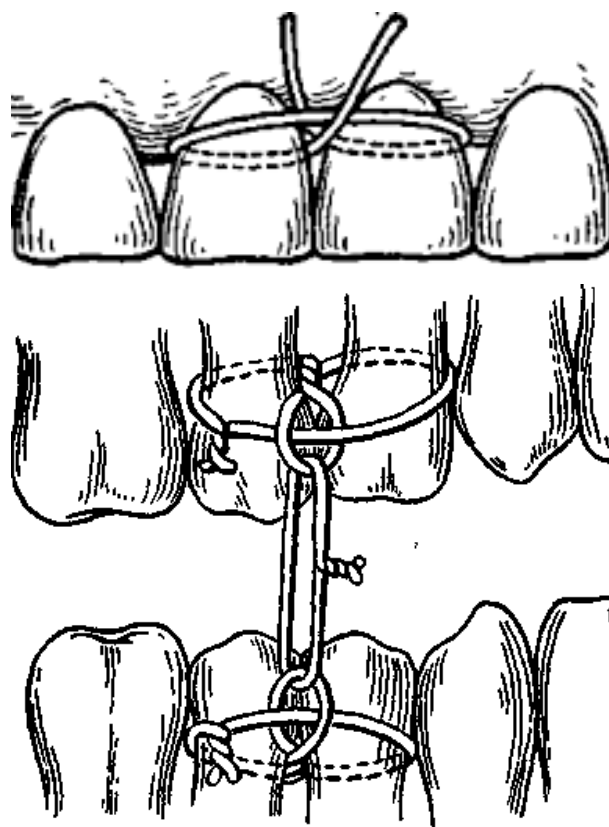
Е. Дротяну шину з зачіпними гачками

Шина з похилою площиною (однощелепна) – застосовується у разі перелому нижньої щелепи з дефектом для відведення фрагмента (запобігання зміщенню його в бік ротової порожнини).



Шина з похилою площиною

Шинування (лігатурне зв'язування) за Айві є методом тимчасової (транспортної) іммобілізації, що може бути успішно застосованим у хворих з переломами нижньої щелепи для транспортування хворого з місця події або окремого лікувального закладу до спеціалізованого стаціонарного відділення, в разі якщо надання вичерпної медичної допомоги в даних умовах неможливе. Лігатурне зв'язування зубів застосовують на період не більше 3-5 діб. Застосування лігатурного зв'язування зубів можливе



Шинування за Айві

лише за чітких показань при відсутності протипоказань і неможливості застосувати інший, більш ефективний метод фіксації (наприклад двощелепне шинування). Найбільш доцільним є лігатурне зв'язування зубів з міжщелепною фіксацією, наприклад за методикою Айві.

При транспортуванні хворого М., 32 р. з діагнозом: травматичний однобічний перелом тіла нижньої щелепи, у відділення ЩЛХ, хірургом-стоматологом застосовано міжщелепову фіксацію щелеп по Айві. На який термін найдоцільніше проводити фіксацію щелеп по Айві?

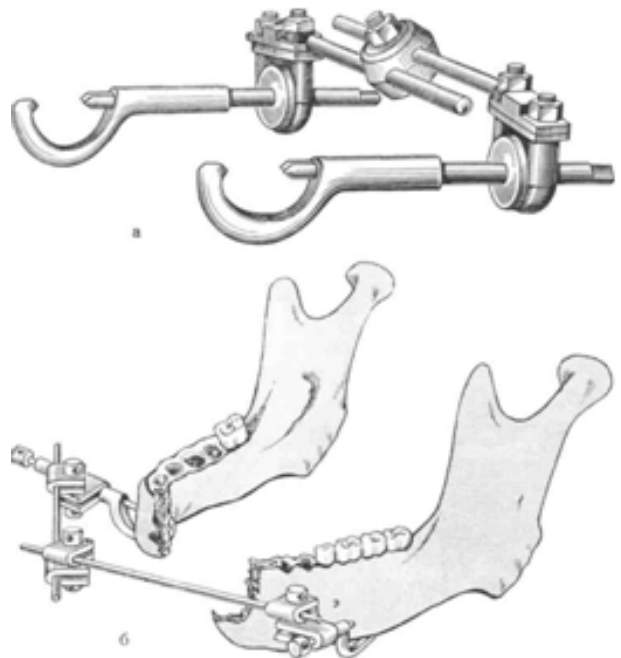
- A. До 3-4 днів *
- B. Не 5-6 днів
- C. Немає значення
- D. До 8 днів
- E. На весь термін лікування.

Військовослужбовцю з переломом нижньої щелепи проведено лігатурне ув'язування зубів за Айві. Через який термін потрібно зняти шину?

- A. 4-5 дні *
- B. 7 день
- C. 2-3 дні
- D. 12 днів
- E. 28 днів

Апарат Рудько – шина для позаротової фіксації відломків призначена для іммобілізації відломків при односторонніх переломах нижньої щелепи із недостатньою кількістю зубів на відломках.

У військовослужбовця 22-х років діагностований осколковий перелом нижньої щелепи у ділянці тіла з



Апарат Рудько

дефектом тканини. Дефект кістки 1,5 см. Який метод фіксації фрагментів нижньої щелепи показаний?

- A. Апаратний остеосинтез (Рудько, Бернадський) *
- B. Міжщелепне лігатурне зв'язування за Айві
- C. Підборідна пращоподібна пов'язка
- D. Дротяний шов
- E. Шини Тігерштедта

У бійця, пораненого уламком снаряду, діагностовано вогнепальний перелом нижньої щелепи із дефектом кістки в ділянці підборіддя більше 3 см. Який метод фіксації фрагментів нижньої щелепи показаний у цьому випадку?

- A. Апаратний остеосинтез (Рудько, Бернадський) *
- B. Назубні шини Тігерштедта
- C. Прямий остеосинтез
- D. Шина Гунінга-Порта
- E. Міжщелепне лігатурне зв'язування за Айві

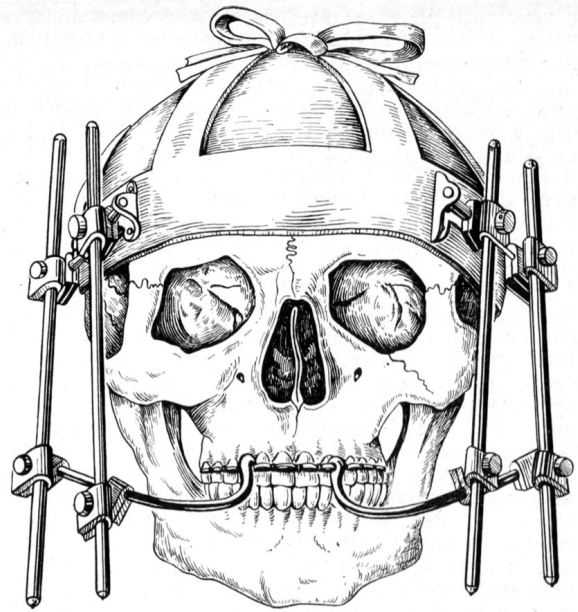
У бійця 24-х років, пораненого осколком снаряду, діагностований перелом нижньої щелепи з дефектом кістки в ділянці підборіддя більше 2 см. Який метод фіксації фрагментів нижньої щелепи показаний?

- A. Фіксація відламків апаратом Рудька *
- B. Шини Тігерштедта
- C. Міжщелепне лігатурне зв'язування за Айві
- D. Шина Гунінга-Порта
- E. Прямий остеосинтез

Апарат Збаржа – для позаротової фіксації відломків при переломах верхньої щелепи.

Хворий 40-ка років госпіталізований з переломом верхньої щелепи за Ле-Фор II. Зубні ряди інтактні. Оберіть апарат для лікування цього хворого:

- A. Стандартний комплект Збаржа *
- B. Апарат Ядрової
- C. Апарат Рудько
- D. Апарат Єрмолаєва-Кулагова
- E. Шина Порта



Апарат Збаржа

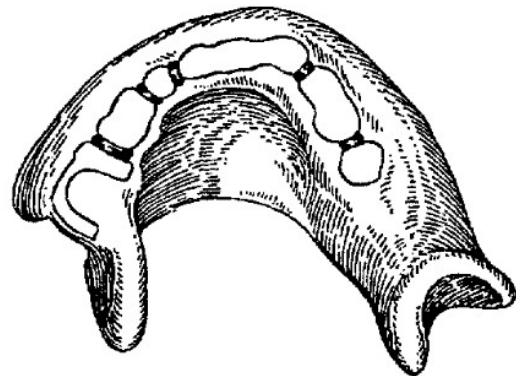
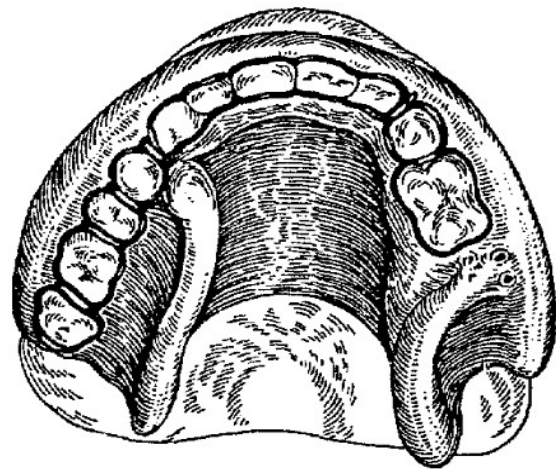
Хвора, 25 років, знаходиться в клініці з діагнозом травматичний перелом верхніх щелеп по Ле-Фор II (середній тип). Визначте план лікування хворого.

- A. Репозиція та фіксація відламків верхньої щелепи стандартним комплексом Збаржа, або бімаксиллярними шинами з пращоподібною підборідною пов'язкою, медикаментозне лікування, фізіотерапія *
- B. Репозиція та фіксація відламків верхньої щелепи бімаксиллярними шинами, антибактеріальна, протизапальна, гіпосенсибілізуюча, вітамінна терапія, фізіотерапія
- C. Фіксація відламків верхньої щелепи пращоподібною підборідною пов'язкою, антибактеріальна терапія
- D. Медикаментозне лікування – антибактеріальне, вітаміни, фізіотерапія, спостереження за хворим
- E. Фіксація відламків верхньої щелепи гладкою шиною-скобою, антибактеріальна терапія.

Звернувся зі скаргами на біль, припухлість м'яких тканин у ділянці верхньої щелепи, біль при закриванні рота. При обстеженні діагностовано перелом верхньої щелепи Ле-Фор III. Яку шину необхідно використовувати при лікуванні?

- A. Апарат Збаржа *
- B. Шина Лімберга
- C. Шина Гунінга-Порта
- D. Шина Ванкевич
- E. Шина Степанова

Шина Ванкевича – застосовується у разі переломів беззубої нижньої щелепи з дефектом у передньому відділі. Фіксують шину в ротовій порожнині за допомогою жорсткої підборідної праці. І. Степанов модифікував шину Ванкевича, замінивши піднебінну частину зубо-ясенної пластинки металеву дугою (бюгелем).



Шина Ванкевича

У хворого 59-ти років двосторонній перелом нижньої щелепи в ділянці 44, 34 зубів, решта жувальних зубів відсутня, беззубі фрагменти не зміщені, але рухомі. Який ортопедичний апарат доцільно застосувати для іммобілізації відламків?

- A. Шина Ванкевич з пелотами *
- B. Апарат Рудько
- C. Шина Лімберга

D. Апарат Петросова

E. Апарат Збаржа

Хворий 48-ми років звернувся зі скаргами на післятравматичний біль в ділянці підборіддя. При обстеженні визначено: серединний перелом нижньої щелепи за наявності дефекту зубного ряду I класу за Кенеді. Хворому показане виготовлення шини Ванкевич у модифікації Степанова. Чим буде визначатися висота спрямовуючих площин даної шини?

A. Ступінь відкривання рота *

B. Довільно

C. Висота центрального співвідношення щелеп

D. Форма беззубих альвеолярних гребенів на нижню щелепу

E. Висота молярів на верхню щелепу

Хворий 22 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на біль під час прийому їжі і відкриванні рота. 2 доби тому отримав травму в області обличчя. Після обстеження і встановлення діагнозу лікар вирішив застосувати шину Ванкевич, яку виготовляють з пластмаси на в / ч і застосовують при переломах:

A. Нижньої щелепи *

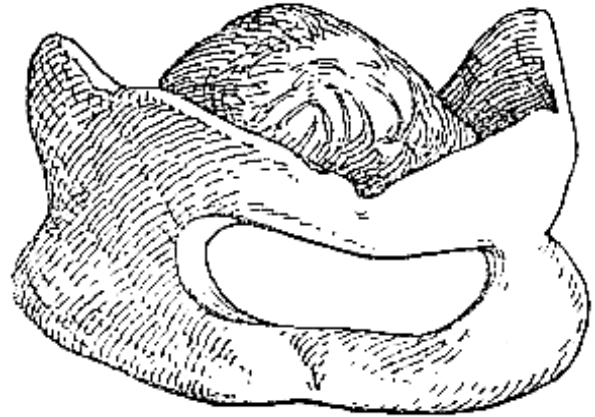
B. Верхньої щелепи

C. Верхньої і нижньої щелепах

D. множинні переломи верхньої щелепи

E. вогнепальних переломах

Шина Порта (Гунінга–Порта) – складається із двох базисних пластинок, з'єднаних між собою, з отвором у фронтальній ділянці, який служить для вживання їжі хворими та гігієни ротової порожнини. Двощелепна, виготовляється для лікування переломів беззубих щелеп.



Шина Порта

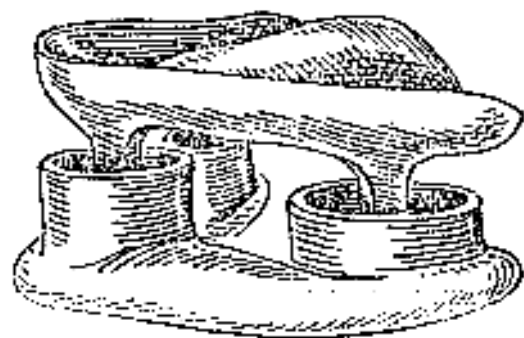
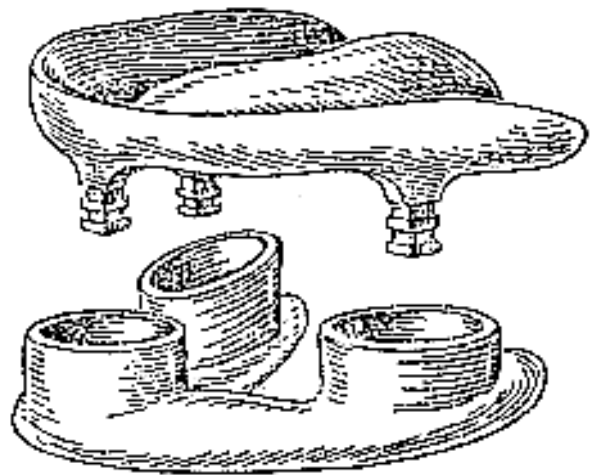
У хворої 65-ти років перелом тіла нижньої щелепи зліва в ділянці ментального отвору. Об'єктивно: повна відсутність зубів. До отримання травми користувалась повними знімними протезами. Яку шину можна використати для іммобілізації відламків?

- A. Порта *
- B. Вебера
- C. Шура
- D. Васильєва
- E. Ванкевич

Хворий 60 років звернувся до щелепно-лицьового стаціонару зі скаргами на біль, кровотечу, порушення жування. В анамнезі: травма нижньої щелепи на рівні центральних різців. Припухлість на місці перелому. Відкривання рота не обмежене. Обидві щелепи беззубі. Яка конструкція найбільш доцільна?

- A. Наясенна шина Порта *
- B. Наясенна шина Лімберга
- C. Апарат Рудька
- D. Наясенна шина Гунінга
- E. Зубо-ясенна шина Ванкевич

Шина Лімберга – застосовують для лікування одинарних лінійних переломів щелеп. Двощелепна, використовують її за умови глибокого піднебіння, вузької ротової щілини. Виготовлення подібне до виготовлення шини Порта. Але на етапі моделювання воскової репродукції шини до верхнього базису приєднують 3-4 воскові відростки, що йдуть до оклюзійної площини, а до нижнього – 3-4 відростки з чашоподібними заглибленнями для верхніх відростків. Замінюють віск верхньої і нижньої частин шини пластмасою, обробляють, полірують. Лікар припасовує базиси, в роті і скріплює їх, заповнюючи чашки швидкотвердіючою пластмасою. Застосовують у комбінації з жорсткою підборідною прашею.



Шина Лімберга

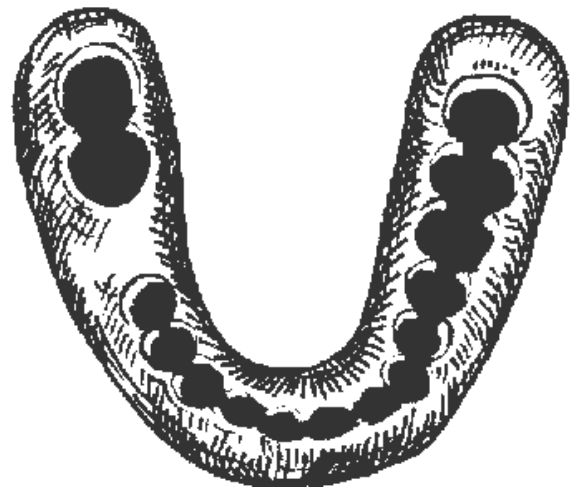
Військовослужбовцю з переломом верхньої щелепи в ОМЗ проводиться транспортна іммобілізація уламків. Яку з вказаних шин потрібно застосувати?

- A. Шина-ложка Лімберга *
- B. Шина Тігерштедта
- C. Шина Вебера
- D. Шина Ванкевич
- E. Шина Марєя

Хворий 52 років звернувся до щелепно-лицьового стаціонару зі скаргами на біль в щелепі, кровотечу, порушення жування. В анамнезі: травма нижньої щелепи на рівні ікол зліва. Припухлість на місці перелому, утруднене відкривання рота. Обидві щелепи беззубі. Яку конструкцію слід запропонувати хворому?

- A. Наясенну шину Лімберга *
- B. Наясенну шину Порта
- C. Апарат Рудька
- D. Наясенну шину Гунінга
- E. Зубо-ясенну шину Ванкевич

Шина Вебера – зубо-ясенна пластмасова шина для фіксації щелеп. Застосовують для лікування переломів без зміщення фрагментів або на заключному етапі, коли рухомість фрагментів невелика, а міжщелепна фіксація може призвести до м'язової або суглобової контрактури. Ця шина застосовується також при переломах нижньої щелепи за межами зубного ряду в області кута щелепи зі зміщенням уламків в язикову сторону. Але в цьому випадку шина забезпечується похилою площиною на стороні, протилежній зсуву. Однак застосування цієї шини протипоказано, якщо кут перевищує 10-15°.



Шина Вебера

У хворого С.45 років, після травми правосторонній перелом нижньої щелепи. Пацієнту була зафіксована алюмінієва дротяна шина з зачіпними гачками. Об'єктивно: обличчя симетричне, відкривання рота супроводжується

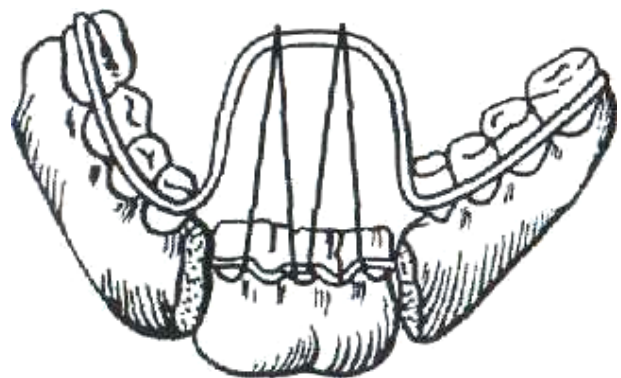
незначною біллю, спостерігається незначна рухомість відломків. Зуби на нижній щелепі стійкі, мають низькі коронки. Дані рентгенограми свідчать, що між 45 та 46 зубами визначається перелом тіла нижньої щелепи без дефекту кістки. Яку шину необхідно використати для завершення лікування?

- A. Шина Вебера *
- B. Шина Ванкевич
- C. Шина Лімберга
- D. Шина Збаржа
- E. Підборідна праща

Хворий 40 р., перелом н/щ в ділянці ментального отвору зліва. Проведено репозицію відломків н/щ. Зуби на відломках стійкі. Для лікування використано шину Вебера. До якої груп ортопедичних апаратів вона відноситься?

- A. Фіксуєчих *
- B. Формуючих
- C. Розділяючих
- D. Заміщаючих
- E. Репонуєчих

Апарат Поста – належить до репонуєчих – однощелепний, застосовують у разі двобічного перелому і зміщення середнього уламка. Із нержавіючого сталюого дроту діаметром 1,5-2 мм вигинають шину на весь зубний ряд з П-подібним виступом, який відповідає за довжиною середньому уламку. На зуби середнього уламка готують окрему шину із зачіпними петлями. Шини фіксують до зубів металеву лїгатурою



Апарат Поста

після репозиції бічних уламків. Гумові кільця фіксують до П-подібної частини бічних уламків і зачіпних петель шини середнього уламка. Розміщуючи П-подібний виступ шини горизонтально, вертикально чи похило, можна переміщувати середній уламок у потрібному напрямку.

Хворий 25-ти років має двобічний перелом нижньої щелепи. Фрагмент у ділянці 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 зміщений донизу і назад. Який апарат необхідно застосувати для репозиції відламку?

- A. Поста *
- B. Однощелепна капова шина
- C. З важелями за Курляндським
- D. Вебера
- E. Шура

Чоловік 28-ми років звернувся до клініки на 2-й день після травми обличчя зі скаргами на біль у нижній щелепі з обох боків, утруднені ковтання і дихання. Об'єктивно: незначна припухлість в ділянці молярів з двох боків, зубні ряди цілі, але щелепний фрагмент 43, 42, 41, 31, 32, 33 зміщений вниз і назад. Ручна репозиція не дає бажаного результату. Який апарат необхідно застосувати для лікування?

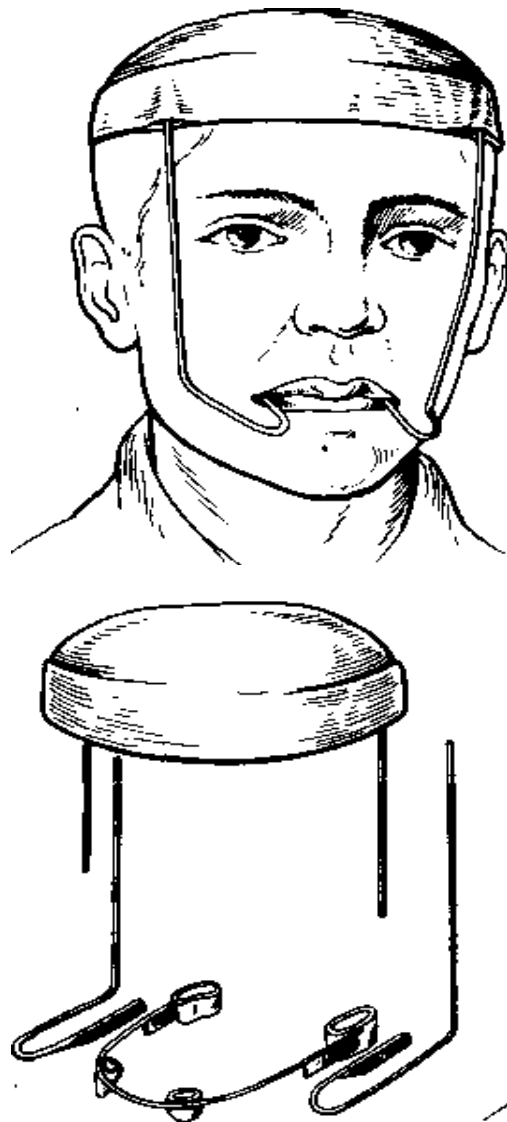
- A. Поста *
- B. Однощелепний Катца
- C. Однощелепний Курляндського
- D. Бруна
- E. Бетельмана

Чоловік 25 років звернувся до клініки на 4-й день після травми обличчя зі скаргами на біль у нижній щелепі з обох боків, утруднене ковтання і дихання. Об'єктивно: незначна припухлість в ділянці підборіддя, зубні ряди цілі, але

фрагмент 44 43 42 41 31 32 33 34 зміщений вниз та назад. Одномоментна репозиція відламка не дає бажаного результату. Який апарат необхідно застосувати для репозиції відламка?

- А. Апарат Поста *
- В. Однощелепну капову шину з важелями за Курляндським
- С. Апарат Вебера
- Д. Апарат Бетельмана
- Е. Апарат Шура

Апарат Шура – застосовують у разі пластики великих дефектів верхньої щелепи, губи та рота. Апарат має пальцеподібні відростки на задніх ділянках і внутрішньо- та позаротовий стержень на передній ділянці. Для пальцеподібних відростків у товщі щік оперативним шляхом утворюють заглибини з пересадкою шкіри. Внутрішньоротову частину стержня, яка має форму дуги, фіксують на двох трубках, впаяних з вестибулярних боків базису, чи жолобках діаметром 2-3 мм, довжиною 3 см. Позаротову частину стержня вигинають по серединній лінії догори до середини чола. Закінчується вона загнутим у бік чола кінцем, який кріпиться до стержнів, що виступають з-під гіпсової головної пов'язки, за допомогою дротяної лігатури чи сплющеної тонкостінної металевої трубки.



Апарат Шура

Хворий 46-ти років звернувся до клініки з післятравматичними скаргами на порушення змикання зубів. При обстеженні виявлений двобічний перелом верхньої щелепи з обмеженою рухливістю відламків. Зуби збережені. Який апарат показаний при лікуванні?

- A. Апарат Шура із зустрічними позаротовими стрижнями *
- B. Стандартна шина Збаржа у модифікації Міргазізова
- C. Шина Тігерштедта з міжщелепним витягненням
- D. Фіксуєчий накісний апарат Рудька
- E. Штампована пластмасова капа за Варесом

Хворому С., 38 років, після травми в автокатастрофі планують пластику носа із застосуванням формуючого апарату Шура. Які конструкційні елементи цього апарату?

- A. Паяна шина на зуби верхньої щелепи і знімна дуга з позаротовими стрижнями для фіксації формуючого пелота. *
- B. Паяна шина на зуби нижньої щелепи і знімна дуга з позаротовими стрижнями для фіксації каркасу і формуючого пелота.
- C. Паяна шина на зуби верхньої щелепи і незнімна дуга з позаротовими стрижнями для фіксації каркасу і формуючого пелота.
- D. Паяна шина на зуби нижньої щелепи і незнімна дуга з позаротовими стрижнями для фіксації каркасу і формуючого пелота.
- E. Гіпсова головна пов'язка зі стрижнем для фіксації пластмасової вставки.

Капова шина Марєя показана при скученості і нахилі зубів нижньої щелепи в яzikову сторону, оскільки використання інших шинуючи елементів неефективне внаслідок недостатньої їх фіксації. На верхню щелепу використовувати капову шину не рекомендується, через косметичний недолік та незадовільну фіксацію.

Шини-протези є особливим різновидом шин. Вони поєднують у собі вирішення двох завдань: лікування захворювань пародонту й протезування відсутніх зубів. Шина при цьому має конструкцію, де основне жувальне навантаження доводиться не на сам протез на місці відсутнього зуба, а на опорні площадки сусідніх зубів. Таким чином, варіантів шинування



Шина-протез

незнімними конструкціями досить багато, що дозволяє лікареві вибрати методику залежно від особливостей захворювання, стану конкретного пацієнта багатьох інших параметрів.

Шинуючі властивості знімних шин забезпечуються використанням різних комбінацій неперервних опорно-утримуючих та перекидних кламерів, а також різні форми оклюзійних накладок. Впровадженню знімних шин у клініку стоматології сприяла розробка методів паралелометрії, прицезійного лиття, лиття на вогнетривких моделях, застосування кобальтохромових сплавів та благородних металів, використання силіконових відбиткових мас. Знімні шини можуть використовуватися для шинування однієї групи зубів або для всього зубного ряду. Якщо шинування проводять для фронтальної групи зубів, то шину бажано доводити до премолярів, а в разі шинування бічної групи – доводити до ікол. Якщо знімна шина включається у конструкцію бюгельного протеза як складова частина, тоді говорять про шину-протез.

Виділяють три типи шин:

- 1) шину типу неперервного кламера;
- 2) шину-капу;
- 3) єдину шину для всього зубного ряду.

Неперервний кламер може використовуватися як шина у двох варіантах. У разі першого – неперервний кламер проходить як із присінкової, так і з язикової поверхні зубів, утворюючи кругову шину для нижніх фронтальних зубів. Ланцюг ланок кламера з язикового боку з'єднується з ланцюгом, що проходить з присінкового боку, за допомогою перекидного кламера.

Пацієнт 67 років, звернувся зі скаргами на відсутність 46, 45, 34, 35, 36, 37 зубів. На ортопантограмі в ділянці зубів, що залишилися, резорбція коміркового відростку в межах 1/3 висоти міжзубних перетинок. Яку конструкцію доцільно запропонувати пацієнту?

- A. Бюгельний протез з елементами шинування *
- B. Мостоподібні протези в ділянці жувальних зубів
- C. Частковий знімний пластинковий протез
- D. Ковпачкова шина
- E. Шина Ван-Тіля

Хворий К., 48 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології з парафункцією жувальних м'язів для шинування зубів. Об-но: зуби на верхній щелепі збережені, а на нижньої щелепі видалені моляри справа та зліва. Відмічається первинний травматичний синдром. Яка з вказаних шин найсприятливіша?

- A. Знімна шина з пластмасовими зубами *
- B. Знімна шина з композитними зубами
- C. Знімна шина з фарфоровими зубами
- D. Бюгельний протез з литими накладками
- E. Консольний протез

Хвора С., 52 років, викладач географії, звернулася в клініку зі скаргами на кровотечу з ясен, рухомість нижніх фронтальних зубів, а також відсутність 41

зуба. Об'єктивно: рухомість 43, 42, 31, 32, 33 зубів I-II степені. Який вид шинування і раціонального протезування слід застосувати в цьому випадку?

- A. Виготовити шинуючий металокерамічний мостовидний протез з фіксацією на 44, 43, 42, 31, 32, 33, 34 зуби *
- B. Виготовити частковий знімний пластинковий протез
- C. Виготовити мостовидний протез на штампованих металевих коронках на 42, 31 зуби
- D. Виготовити пластмасовий мостовидний протез з опорою на 42, 31 зуби
- E. Виготовити мостовидний протез із порцеляни з опорою на 42, 31 зуби

Коронкові й напівкоронкові шини.

Коронкова шина використовується при задовільному стані ясен, оскільки існує ризик їх травматизації коронкою. Зазвичай використовують металокерамічні коронки, що володіють максимальним естетичним ефектом. При наявності



Коронкова шина

атрофії альвеолярних відростків ставлять екваторні коронки, які дещо не доходять до ясен і дозволяють проводити лікування зубо-ясенних кишень.

Напівкоронкова шина являє собою суцільнолітву конструкцію або спаяні між собою напівкоронки (покривають зуб лише із внутрішньої сторони). Такі коронки володіють максимальним естетичним ефектом.

Пацієнт Л. 54 р., хворіє пародонтитом протягом 5 років. Звернувся в стадії ремісії з метою ортопедичного лікування. Об'єктивно: слизова оболонка в ділянці передньої групи зубів ціанотична, шийки зубів оголені на 2 мм, зуби 11, 21 мають рухливість у вестибуло-оральному напрямку. Яка конструкція найбільш раціональна для шинування передньої групи зубів?

- A. Напівкоронкова шина. *
- B. Коронкова шина.
- C. Шина по Курляндському.
- D. Коронково-капова шина.
- E. Напівкільцева шина.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Глумчер Ф.С. Невідкладна медична допомога / Ф.С. Глумчер, В.Ф. Москаленко. – Київ: Медицина, 2006. – 632 с.
2. Глушко Л.В. Алгоритми надання невідкладної допомоги у критичних станах / Л.В. Глушко. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 208 с.
3. Гур'єв С.О. Кризовий менеджмент та принципи управління ризиками в процесі ліквідації надзвичайних ситуацій / С.О. Гур'єв, А.В. Терент'єва, П.Б. Волянський. – Київ, 2008. – 148 с.
4. Гур'єв С.О. Аналіз характеру та обсягу лікувальних заходів при наданні невідкладної амбулаторної травматологічної допомоги / С.О. Гур'єв, А.Р. Голак // Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можасва. – 2004. – №1. – С. 44 – 47.
5. Клепач М.С. Травматичний шок. Синдром тривалого позиційного здавлення (СПЗ). Класифікація, клініка, діагностика та надання невідкладної допомоги / М.С. Клепач // Галицький лікарський вісник. – 2005. – Т. 12, № 2. – С. 75 – 81.
6. Ковальчук Л.Я. Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів / Л.Я. Ковальчук, Гнатів В.В., Бех М.Д., Панасюк А.М. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 324с.
7. Король Д.М. Ортопедичні методи лікування хворих із патологією пародонту / Д.М. Король, Ю.І. Сіленко, М.В. Хребор. – Полтава, 2010. – 128 с.
8. Малий Ю.В. Транспортна іммобілізація (методичні, біохімічні, технічні аспекти) / Ю.В. Малий, В.К. Малий. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 188 с.
9. Наказ МОЗ України №24 від 17.01.2005р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних станів».

- 10.Палій Л.В. Основи реаніматології / Л.В. Палій, Р.І. Поцюрко, Л.С. Леськів. – Київ: Медицина, 2006. – 164 с.
- 11.Рожко М.М. Ортопедична стоматологія / М.М. Рожко, В.П. Неспрядько, І.В. Палійчук. – Київ: Медицина, 2020. – 720 с.
- 12.Роцін Г.Г. Екстрена медична допомога: (посібник) / Г.Г. Роцін, М.В. Нацюк, В.О. Крилюк. – Київ, 2008. – 127 с.
- 13.Сучасні методи шинування зубів у пацієнтів із захворюванням тканин пародонту : методичні вказівки для студентів та лікарів-інтернів / І.В. Янішен, В.Г. Томілін, І.Л. Дюдіна, І.О. Перешивайлова. – Харків: ХНМУ, 2017. – 20 с.
- 14.Черенько М.П. Загальна хірургія з анестезією, основами реаніматології та догляду за хворими / М.П. Черенько. – Київ: Здоров'я, 2004. – 616 с.
- 15.Електронний ресурс сайтів баз тестів по підготовці до написання ліцензованого тестового іспиту «Крок» <https://тестування.укр/> та <https://testkrok.org.ua/>.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНИХ ШИН	4
Основні види стабілізації зубів за Курляндським В.Ю.	5
Тимчасове шинування	7
Постійні шини та шини протези	8
ШИНУВАННЯ ПРИ ПАРОДОНТОПАТІЯХ	9
Адгезивне скловолоконне шинування системами Ribbond, Glass Span	11
Кільцева шина	13
Напівкільцева шина	14
Ковпачкова шина	14
Шина Мамлока	15
Шина Ельбрехта	18
Шина Шпренга	22
Шина Ван-Тіля	23
ШИНУВАННЯ ПРИ ВИВИХАХ СНЩС	24
Апарат Ядрової	24
Апарат Петросова	25
ШИНУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЩЕЛЕП, ТРАВМАХ ЗУБІВ	27
Еластична працююча пов'язка Померанцевої-Урбанської	32
Шина-праща Ентіна	34
Шина Васильєва	35
Шина із зачіпними гачками (петлями) (двощелепна)	36
Гладка шина-скоба (однощелепна)	38
Шина з розпірковим вигином (однощелепна)	41
Шина з похилою площиною (однощелепна)	43
Шинування (лігатурне зв'язування) за Айві	43
Апарат Рудько	44
Апарат Збаржа	46
Шина Ванкевича	47
Шина Порта (Гунінга–Порта)	49
Шина Лімберга	50
Шина Вебера	51
Апарат Поста	52
Апарат Шура	54
Капова шина Марєя	55
Шини-протези	56
Коронкові й напівкоронкові шини	58
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	60

Н. В. Гасюк, О. В. Клітинська, В. Б. Радчук

**НА ДОПОМОГУ
СТУДЕНТУ ТА ЛІКАРЮ-ІНТЕРНУ.
ПІДГОТОВКА ДО «КРОК»
Шинування**

**навчальний посібник для студентів стоматологічного факультету
та лікарів-інтернів**

Гасюк Н.В., Клітинська О.В., Радчук В.Б. На допомогу студенту та лікарю-інтерну.
Підготовка до «Крок» – шинування: навчальний посібник. – Тернопіль : ФОП
Паляниця В.А., 2021. – 63 с.

Підписано до друку 01.11.2021. Формат 60×90, 1/16.
Друк лазерний. Папір офсетний. Гарнітура TimesNewRoman.
Обліково-видавничий арк. 3,0. Умовно-друк. арк. 2,8. Наклад – 300 прим.
Замовлення № 01112021

Друк ФОП Паляниця В. А.
Свідоцтво ДК №4870 від 20.03.2015 р.
м. Тернопіль, вул. Б. Хмельницького, 9а, оф.38.
тел. (0352) 528-777.