

**Збірник ситуаційних завдань для викладачів**  
**стоматологічного факультету**  
**для практичних занять по 4 курсу «Повне знімне протезування»**

ДВНЗ УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Збірник ситуаційних завдань для викладачів

стоматологічного факультету

для практичних занять по 4 курсу «Повне знімне протезування»

Ужгород 2019

УДК: 616.314-77(076)

Збірник ситуаційних завдань для практичних занять по 4 курсу «Повне знімне протезування» за заг. ред. проф. Костенка Є. Я.- Ужгород : Видавництво «Гражда », 2019.-48с.

Автори методичних розробок: к. мед. н., доц. Костенко С.Б., к. мед. н., доц. Локота Є.Ю., ас. Локота Ю. Є.

Рецензенти: д. мед. н., професор кафедри ортопедичної стоматології Костенко Є. Я.

д.мед.н., професор кафедри хірургічної стоматології,

щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології Горицький В. М.

Затверджено вченою Радою стоматологічного факультету протокол №4 від 15.11. 2019р.

## Тема 1

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнт 79 років скаржиться на відсутність всіх зубів нижньої щелепи. Зуби видалені п'ять років тому. Об'єктивно: альвеолярний відросток значно атрофований, покритий рухомою слизовою оболонкою. Знімними протезами не користувався. Яка найбільш імовірна причина повної втрати зубів у даному випадку?
2. Пацієнт 68 років звернувся зі скаргами на відсутність всіх зубів верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: нижня щелепа по відношенню до верхньої виступає вперед. Альвеолярні відростки обох щелеп значно атрофовані. Визначено "старечу прогенію". Яка причина її виникнення?
3. Пацієнтка 67 років скаржиться на відсутність всіх зубів верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: лице симетричне, нижня третина значно знижена, носогубні та підборідна складки різко виражені. Відкривання рота утруднене. Який метод додаткового дослідження необхідно застосувати?
4. Пацієнт 65 років скаржиться на відсутність всіх зубів верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: нижня щелепа по відношенню до верхньої виступає вперед. Визначено прогнатичне співвідношення щелеп. Яке значення має цей характер співвідношень беззубих щелеп для ортопедичного лікування?
5. Пацієнт 74 років скаржиться на відсутність всіх зубів верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: слизова оболонка, яка покриває альвеолярні відростки і тверде піднебіння, помірно податлива. Які умови для протезування у даному випадку?
6. Пацієнт 68 років скаржиться на відсутність всіх зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: різко виражена атрофія альвеолярного відростка у фронтальній ділянці. За якої умови можлива така клінічна картина і якою вона є для протезування?
7. Пацієнт 72 років з повною відсутністю зубів верхньої і нижньої щелеп звернувся з метою протезування. Під час обстеження вивчається стан слизової оболонки ротової порожнини. Якою податливістю характеризується слизова оболонка в ділянці піднебінного сагітального шва?
8. Пацієнт 74 років скаржиться на відсутність всіх зубів верхньої та нижньої щелеп. Під час обстеження ротової порожнини визначається топографія перехідної складки. Де знаходиться її нейтральна зона?
9. Пацієнт 73 років скаржиться на відсутність всіх зубів нижньої щелепи, неможливість вживання твердої їжі. Об'єктивно: збережені 13, 12, 11, 21, 22, 23

зуби. На скільки втрачена жувальна ефективність за Агаповим?

10. Пацієнтка 73 років скаржиться на відсутність всіх зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: альвеолярний відросток покритий рухомими тяжами слизової оболонки. Які умови для протезування у даному випадку?

11. Пацієнтка 48 років скаржиться на відсутність всіх зубів на верхній і нижній щелепах. Зуби видалені п'ять років тому внаслідок захворювань пародонта. Користується повними знімними протезами. У якому віці повна втрата зубів зустрічається найбільш часто?

12. Пацієнт 57 років звернувся зі скаргами на відсутність всіх зубів верхньої і нижньої щелеп, неможливість вживання твердої їжі, зміну вигляду лица. Зуби видалені три роки тому. Знімними протезами не користувався. Які причини обумовлюють повну втрату зубів?

13. У Пацієнта 79 років повна вторинна адентія верхньої щелепи. Об'єктивно: слизова оболонка атрофована, мало піддатлива і тонким натягнутим шаром покриває коміркові відростки та тверде піднебіння. Місце прикріплення складок розміщені дещо ближче до вершини коміркового відростка. Якому класу за Супле відповідає ця клінічна картина?

14. У пацієнта 56 років повна вторинна адентія нижньої щелепи, незначна рівномірна атрофія коміркового відростку, місце прикріплення м'язів та складок слизової оболонки розміщені біля основи коміркової частини. Який тип атрофії нижньої щелепи за класифікацією Келлера в даному випадку?

15. У пацієнтки 71 років повна вторинна адентія нижньої щелепи, незначна рівномірна атрофія альвеолярного відростку, місце прикріплення м'язів та складок слизової оболонки розміщені біля основи коміркової частини. Який тип атрофії нижньої щелепи за Келлером?

16. Пацієнтка В., 64 років звернулася в клініку з приводу відсутності зубів на верхній щелепі. Об'єктивно: при огляді виявлені - повна відсутність зубів на верхній щелепі, альвеолярний відросток широкий, рівномірно вкритий щільною слизовою оболонкою, верхньощелепні бугри добре виражені, піднебіння високе, тонус слабо виражений. Якому класу за Шредером відповідає дана клінічна картина?

17. Пацієнту С., 63 років з повного адентією планується виготовлення повних знімних протезів. Як визначити міжальвеолярну висоту, коли у пацієнта відсутній волосяний покрив голови ?

18. Пацієнт Н., звернувся в стоматологічну клініку з метою протезування.  
Об'єктивна: повна відсутність зубів на нижній щелепі. Різка та рівномірно виражена атрофія альвеолярного відростку. Альвеолярна дуга ледь підвищується над дном порожнини рота. Прикріплення вуздечок та розташування складок високе. Слизова оболонка протезного ложа рухома. Визначте тип атрофії беззубої нижньої щелепи за Келером.
19. У пацієнта 74 років повна відсутність зубів. Об'єктивно: верхньощелепні горби і альвеолярні відростки повністю атрофовані, склепіння піднебіння плескате, вкрите шаром нормальної слизової оболонки. До якого типу беззубих щелеп за Шредером можна віднести цей випадок ?
20. При обстеженні порожнини рота беззубого пацієнта А. 69 років на нижній щелепі виявлено виражену рівномірну атрофію коміркового відростка. До якого типу атрофії за Келлером належать зміни коміркового відростка у даному клінічному випадку?

## Відповіді до теми №1

1. Найбільш імовірною причиною повної втрати зубів у даному випадку є захворювання пародонта.
2. "Стареча прогенія" виникла внаслідок повної втрати зубів та атрофії альвеолярних відростків щелеп.
3. У даному випадку доцільно провести рентгенографію скронево-нижньощелепного суглоба.
4. Прогнатичне співвідношення щелеп є сприятливим для протезування.
5. За умови помірно податливої слизової оболонки порожнини рота, яка віднесена Супле до I класу, умови для протезування сприятливі.
6. Така клінічна картина можлива за умови раннього видалення зубів у фронтальній ділянці і є несприятливою для протезування.
7. Слизова оболонка в ділянці піднебінного сагітального шва характеризується мінімальною податливістю.
8. Нейтральна зона розташована між податливою та рухомою слизовою оболонкою, дещо нижче перехідної складки.
9. Оскільки зуби верхньої щелепи не мають антагоністів, жувальна ефективність за Агаповим втрачена на 100 %.
10. Рухомі тяжі слизової оболонки, яка покриває альвеолярний відросток беззубої нижньої щелепи створюють не задовільні умови для протезування.
11. Повна втрата зубів зустрічається найбільш часто у віці 60 років і старше.
12. Причинами, що обумовлюють повну втрату зубів частіше є карієс та його ускладнення, парадонтит, парадонтоз, травма, пухлини .
13. (2 клас).
14. (1 тип).
15. (1 тип).
16. I клас по Шредеру.
17. Анатомо - фізіологічним методом.
18. (2 тип).
19. III тип по Шредеру .
20. (2 тип).

## Тема 2

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 72 років виготовляються повні знімні протези для верхньої і нижньої щелеп. На етапі отримання анатомічних відбитків підбирають розміри відбиткових ложок. Які розміри і позначення відбиткових ложок випускаються для беззубих верхньої і нижньої щелеп?
2. Пацієнт 75 років виготовляється повний знімний протез для верхньої щелепи. На етапі отримання анатомічного відбитку підбирають відбиткову ложку. З урахуванням чого її необхідно підібрати?
3. Пацієнт 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої і нижньої щелеп. На етапі отримання анатомічних відбитків вибирають відбитковий матеріал. Від чого залежить його вибір?
4. У пацієнта 68 років з беззубою верхньою щелепою отримують анатомічний відбиток. За допомогою яких рухів необхідно оформити його вестибулярний край?
5. Пацієнт 67 років з беззубою нижньою щелепою отримують анатомічний відбиток. Якими способами можна оформити його краї?
6. У пацієнта 64 років з беззубою нижньою щелепою анатомічний відбиток отримують стандартною ложкою. Як можна її індивідуалізувати?
7. Пацієнт 68 років з беззубою верхньою щелепою отримують анатомічний відбиток. Яку консистенцію повинен мати відбитковий матеріал для попередження компресії слизової оболонки протезного ложа?
8. У Пацієнта 64 років з беззубою верхньою щелепою отримують анатомічний відбиток. Об'єктивно: альвеолярний відросток в передній ділянці рухливий, легко зміщується під час навантажень. Яку консистенцію повинен мати відбитковий матеріал?
9. Пацієнт 63 років з беззубою нижньою щелепою отримують анатомічний відбиток. Як забезпечити його якість?
10. Пацієнт 71 років з беззубою верхньою щелепою отриманий анатомічний відбиток. Як його оцінити?
11. У пацієнта 75 років з беззубою верхньою щелепою отримують анатомічний відбиток. Що може спричинити неправильно підібраний розмір відбиткової ложки або відбиткової маси?
12. У пацієнта 68 років з повною відсутністю зубів верхньої і нижньої щелеп отримані анатомічні відбитки. Які наступні дії?



13. Пацієнтка А., 67 років з повною відсутністю зубів на верхній щелепі звернулася в стоматологічну клініку з метою протезування. При клінічному обстеженні було виявлено, що видимість альвеолярного відростка створюється за рахунок рухомого альвеолярного гребеня. Альвеолярний відросток атрофований. Якому функціональному відбитку слід віддати перевагу у даному випадку?

14. Пацієнту В., 64 років проводиться ортопедичне лікування повної адентії, вперше отримані повні анатомічні робочі відбитки силіконовою масою. Вкажіть які пропозиції по дезинфекції відбитків повинен зробити стоматолог-ортопед медичній сестрі?

15. Пацієнт 63 років з повною адентією верхньої щелепи ортопед-стоматолог знімає відбиток із альгінатної маси. При виведенні відбитку з ротової порожнини відбиток розкришився. Чому таке відбулося?

16. Пацієнтка В., 66 років, звернулася до стоматолога з приводу повної відсутності зубів. Лікарю необхідно виготовити діагностичні моделі. Який відбитковий матеріал необхідно використати для отримання ситуаційних відбитків ?

17. Пацієнтка Н., 67 років звернулася до стоматолога зі скаргами на повну відсутність зубів та на естетичний дефект. Плановано виготовити повні знімні протези. Який відбитковий матеріал необхідно застосовувати при виготовленні даних протезів?

18. Пацієнт П., 78 років звернулася до стоматолога зі скаргами на повну відсутність зубів. Плановано виготовити повні знімні протези із акрилової пластмаси. Який відбитковий матеріал необхідно застосовувати при виготовленні даних протезів?

19. Під час обстеження порожнини рота беззубого хворого виявлено "рухомий альвеолярний гребінь" на верхній щелепі. Ступінь атрофії альвеолярного відростка за Шредером друга. Слизова оболонка помірно-рухома. Якому відбитку за ступеню компресії потрібно віддати перевагу?

20. У пацієнт А, 76 років з беззубими щелепами при об'єктивному обстеженні встановлено: на верхній щелепі - повний знімний протез, який відповідає клініко-технічним вимогам. На нижній щелепі- різка, рівномірна атрофія альвеолярного відростка, слизова оболонка, що покриває альвеолярний відросток атрофована, тонка, малопіддатлива. Який метод одержання відбитка і яку відбиткову масу краще використовувати в даному випадку ?

## Відповіді до теми №2

1. Для отримання відбитків з беззубої верхньої щелепи випускаються ложки В- 6, В- 7, В- 8, В-9,В- 10, а з беззубої нижньої щелепи Н- 6, Н-7, Н- 8, Н- 9.
2. Для отримання анатомічного відбитку підбирають стандартну металеву ложку за номером, що відповідає величині щелепи.
3. Вибір відбиткового матеріалу для отримання анатомічного відбитку з беззубої щелепи залежить від стану слизової оболонки порожнини рота.
4. Вестибулярний край атомічного відбитка з верхньої щелепи необхідно оформити за допомогою пасивних рухів щік і верхньої губи.
5. Ложку з відбитковою масою встановлюють на щелепі, помірно притискають і оформляють краї активними (пацієнт робить рухи язиком, губами) і пасивними(лікар пальцями масажує щоки, губи) рухами.
6. Для індивідуалізації стандартної відбиткової ложки по її краю укладають розм'якшену і зігнуту навпіл смужку воску, приклеївши до краю гарячим шпателем. Ввівши ложку в порожнину рота, обтискають віск по скату альвеолярних відростків. Ділянки воску, що зайшли на активно-рухому слизову оболонку, зрізають.
7. Для попередження компресії слизової оболонки протезного ложа необхідно використовувати текучий або еластичний відбитковий матеріал.
8. При рухливому альвеолярному гребені для попередження його зміщення відбитковий матеріал має бути текучим.
9. Для забезпечення якості анатомічного відбитку з беззубої щелепи необхідно ретельно підібрати відбитковий матеріал і розмір відбиткової ложки.
10. При оцінці відбитку звертають увагу на межі і форму країв, рельєф, чи чітко відобразились вуздечки, чи немає пір і т. д.
11. Неправильно підібраний розмір відбиткової ложки або відбиткової маси може спричинити ряд типових помилок, зокрема, розтягання слизової оболонки присінка порожнини рота і, як наслідок, подовження вестибулярних меж базису, що знижує функціональні властивості знімних протезів, погіршує фіксацію.
12. На анатомічному відбитку хімічним олівцем відмічають орієнтовні межі майбутньої індивідуальної ложки і передають в зуботехнічну лабораторію для виготовлення моделей і індивідуальної ложки.
13. Декомпресійному.
14. Будь - який сучасний дизенфікуючий засіб.
15. Невірне замішування відбиткової маси .
16. Альгінатний відбитковий матеріал .

17. Силіконовий.

18. Силіконовий.

19. Диференційованому .

20. Функціональний декомпресійний.

## Тема 3

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнт 65 років виготовляється повний знімний протез для верхньої щелепи. Об'єктивно: альвеолярний відросток має рухомість у фронтальному відділі . Який метод виготовлення індивідуальної ложки у даному випадку?
2. У пацієнта 68 років з беззубими щелепами уточнюються межі майбутніх індивідуальних ложок. У якому співвідношенні вони мають бути з перехідною складкою?
3. Пацієнту 67 років з беззубою нижньою щелепою в якості індивідуальної ложки планується використати старий протез. Що для цього необхідно зробити?
4. У пацієнта 67 років з беззубою нижньою щелепою індивідуальна ложка припасовується за допомогою функціональних проб. Як оцінити правильність її припасування?
5. Пацієнту 77 років з беззубою верхньою щелепою виготовляється воскова індивідуальна ложка. Які її недоліки?
6. У пацієнта 72 років з беззубою нижньою щелепою на етапі припасування індивідуальної ложки визначають наявність балансування. Як перевірити його наявність або відсутність?
7. Пацієнт 74 років з беззубими щелепами виготовляються індивідуальні ложки. Яка повинна бути товщина їх країв?
8. У пацієнта 65 років з беззубою верхньою щелепою проводиться припасування індивідуальної ложки. Які основні вимоги ставляться до індивідуальної ложки?
9. Пацієнту 67 років з беззубою нижньою щелепою виготовлено індивідуальну ложку. На етапі її припасування визначено балансування. Яким шляхом можна його усунути?
10. Пацієнту 69 років з беззубою нижньою щелепою індивідуальну ложку припасовують .Яким способом можна переконатися у тому, що ложка не змістилась?
11. Пацієнт 64 років з беззубою нижньою щелепою на етапі припасування індивідуальної ложки здійснюється корекція її країв. У чому вона полягає?
12. Пацієнт 66 років з беззубою верхньою щелепою виготовлена індивідуальна ложка. На етапі її припасування перевіряють щільність прилягання дистального краю до м'якого піднебіння? Яким чином можна це зробити?
13. Для пацієнта 67 років, виготовляється повний знімний пластинковий протез на нижню щелепу. Отримано анатомічний відбиток. Який етап протезування повинен буде наступним?

14. Пацієнту Н., 79 років будуть виготовити повні знімні протези на обидві щелепи. Для зняття функціональних відбитків будуть застосовуватися індивідуальні ложки. Які відбитки отримуються за допомогою індивідуальних ложок?

15. Пацієнту Н., 65 років з повною відсутністю зубів на верхній щелепі одномоментно виготовляється індивідуальна воскова ложка за методикою Василенка. Де закінчується дистальна межа ложки ?

16. Пацієнту 66 років з відсутніми зубами на верхній щелепі виготовлена і припасована індивідуальна ложка. Яким матеріалом слід оформити краї індивідуальної ложки ?

17. Пацієнту А., 69 років необхідно виготовити повні знімні протези на обидві щелепи. Для зняття функціональних відбитків треба зробити індивідуальні ложки. Який метод виготовлення є найбільш точним ?

18. Пацієнт Н., 73 років необхідно виготовити повні знімні протези на обидві щелепи. Для зняття функціональних відбитків треба зробити індивідуальні ложки. Який метод виготовлення індивідуальної ложки застосувати безпосередню у ротовій порожнині?

19. Пацієнт Ч., 78 років з відсутніми зубами на верхній щелепі виготовлена і припасована індивідуальна ложка. Яким матеріалом слід оформити краї індивідуальної ложки ?

20. Пацієнту А., 75 років з повною відсутністю зубів на верхній щелепі одномоментно виготовляється індивідуальна воскова ложка. Які недоліки вона має?

## Відповіді до теми №3

1. Якщо альвеолярний відросток має рухомість це потрібно враховувати при виготовленні індивідуальної ложки для запобіганні складнощів у подальшій роботі.
2. Орієнтиром для визначення дистальної межі ложки служать слизові горбки. Вони покриваються ложкою частково або повністю в залежності від їх форми, локалізації, консистенції, наявності або відсутності болісності під час пальпування.
3. Для використання старого повного знімного протеза у якості індивідуальної ложки необхідно від корегувати його краї термопластичною масою.
4. Правильно припасована ложка на нижню щелепу під час рухів язика і інших м'яких тканин не повинна зміщуватися з протезного ложа.
5. Воскова індивідуальна ложка може деформуватися у порожнині рота, а також не дозволяє відтискати слизову оболонку протезного ложа.
6. Наявність або відсутність балансування індивідуальної ложки на щелепі визначається після уведення її в ротову порожнину шляхом поперемінного натискування на неї пальцем справа та зліва.
7. Товщина краю ложки повинна бути не менше 1,5 мм, так як за дуже тонкого краю важко досягнути об'ємності відбитка.
8. Індивідуальна ложка не повинна балансувати на щелепі, не зміщуватись під час функції м'яких тканин, повинна фіксуватись на щелепі, тобто присмоктуватись.
9. Незначне балансування ложки на щелепі можна усунути шляхом перебазування швидкотвердіючою пластмасою, а при значній деформації її краще переробити на новій моделі.
10. Переконавшись у тому, що ложка не змістилась під час здійснення функціональних проб можна за допомогою легкого натискування на неї вказівним пальцем.
11. Корекція країв індивідуальної ложки полягає у їх вкороченні та стоншенні.
12. Щільність прилягання дистального краю індивідуальної ложки можна перевірити під час вимови звука "А".
13. Виготовлення індивідуальної ложки.
14. Функціональні.
15. Перекриває лінію А на 1,5-2 мм .
16. Термопластичним .
17. Лабораторний в кюветі .

18. Індивідуальна ложка із воску.

19. Віск, Ортокор .

20. Крихкість, обмежений час у роботі лікаря так як, віск дуже швидко починає розм'якшуватися .

## Тема 4

### Ситуаційні задачі

1. 66 років пацієнту який звернувся до лікаря з приводу протезування. Об'єктивно: Комірковий гребінь атрофований, піднебіння пласке. Планують виготовлення знімного протеза. Як мають проходити межі майбутнього протеза на верхню щелепу?
2. Чоловік віком 60 років звернувся до лікаря з приводу протезування . Об'єктивно на нижній щелепі у проекції премолярів спостерігаються кісткові виступи «екзостози». Від хірургічних втручань пацієнт відмовляється Яку тактику повинен обрати лікар при нанесенні меж у даній ситуації ?
3. Пацієнту віком 70 років звернувся з метою протезування на нижню щелепу. При огляді ротової порожнини спостерігається повна відсутність зубів на нижній щелепі . Які анатомічні утворення потрібно враховувати при нанесенні меж у даній ситуації?
4. Пацієнту 59 років виготовляють повний знімний протез на верхню щелепу. Об'єктивно: беззуба верхня щелепа Склепіння піднебіння пласке, виражений торус. Верхньощелепні горби та альвеолярний відросток атрофовані. Визначить межі часткового знімного протеза?
5. Пацієнтці 72 років виготовляють повний знімний протез на нижню щелепу. Визначить межі повного знімного протеза?
6. Пацієнту 69 років виготовляють повний знімний протез на верхню щелепу. Об'єктивно: беззуба верхня щелепа Склепіння піднебіння пласке, виражений торус. Верхньощелепні горби та альвеолярний відросток атрофовані. Що повинен врахувати лікар-ортопед при нанесенні меж на верхню щелепу із наявним торусом у подальшому виготовленні повного знімного протезу?
7. Пацієнту 67 років виготовляється повний пластинковий протез для верхньої щелепи. Зі слів пацієнта він має виражений блювотний рефлекс. Яким чином можна за побігти даному дискомфорту при на несенні меж ?
8. Пацієнту 74 років виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. На етапі накладання протеза лікар виявив недостатнє прилягання базису протеза до слизової оболонки протезного ложа. На якому етапі допущена помилка?
9. Пацієнтка віком 65 років скаржиться на біль під протезом на нижній щелепі. Об'єктивно: на нижній щелепі повний знімний протез. Протез було виготовлено 3 дні тому. Слизова оболонка в ділянці внутрішньої косої лінії справа гіперемована. На



якому етапі допущена помилка ?

10. Пацієнту 66 років кілька днів назад накладений повний знімний пластинковий протез. Скарги на різкий біль в ділянці перехідної складки. Біль посилюється при жувальних рухах. Об'єктивно: слизова оболонка перехідної складки гіперемована, болюча при дотику. У якій ділянці неправильно нанесенні межі?

11. Пацієнту виготовили повний знімний протез на нижню щелепу, після декількох днів пацієнт звернувся знову, тому що протез приносить великий дискомфорт. об'єктивно :у ділянці вуздечки нижньої губи гіперемія і протез травмує вуздечку. Де допущена помилка?

12. Пацієнтці декілька днів тому був виготовлений повний знімний протез на верхню щелепу ,пацієнтка скаржиться на погану фіксацію протеза. що могло призвести до поганої фіксації протезу?

13. Пацієнту 80 років виготовляється індивідуальна ложка на верхню щелепу. Об'єктивно: повна відсутність зубів на верхній щелепі, альвеолярний відросток різко, рівномірно атрофований, горби верхньої щелепи не збереглися, торус слабо виражений. Щічні тяжі та вуздечка верхньої губи прикріплюються майже на рівні верхівки альвеолярного відростка, піднебінний скат пологий. Що слід зробити з індивідуальною ложкою для створення міцного замикаючого клапана?

14. Пацієнту 70 років скаржиться на повну втрату зубів на верхній щелепі. Після отримання анатомічного відбитка лікар окреслює межі індивідуальної ложки на моделі. Де повинна проходити її задня межа?

15. Пацієнт Л., скаржиться на неможливість користування повним знімним протезом на нижній щелепі у зв'язку з больовими відчуттями під базисом протезу. Протез виготовлений повторно 2 міс тому. Аналогічні скарги були і при користуванні протезом, виготовленим 6 міс тому. При огляді протезного ложа нижньої щелепи виявлена різка атрофія альвеолярних відростків в дистальній ділянці і повздовжні рухомі тяжі, які легко зміщуються при незначному тиску і мають білуватий колір. Яка першочергова тактика лікаря щодо клінічного стану ?

16. У пацієнта 67 років на внутрішній поверхні нижньої щелепи в ділянці премолярів округлі кісткові виступи розміром до 0,7-0,8 см. Яка подальша тактика лікаря-ортопеда?

17. У пацієнтки 70 років на внутрішній поверхні нижньої щелепи в ділянці премолярів округлі кісткові виступи розміром до 0,7-0,8 см. Що це за кісткові виступи?

18. Пацієнтці 76 років планується виготовити повний знімний пластинковий протез на верхню щелепу. На етапі накладання протеза лікар виявив недостатнє прилягання базису протеза до слизової оболонки протезного ложа. Було виявлено

під час припасування у ротовій порожнині знімного протезу межі його порушенні, за короткі у даного протезу. На якому етапі допущена помилка?

19. Пацієнт 69 років відчуває біль під протезом на нижній щелепі. При огляді протеза на нижній щелепі було виявлено гіперемовану слизову оболонку у ділянці внутрішньої косої лінії з ліва. Протез виготовлений 6 днів тому. Де порушено нанесення меж у даній ситуації ?

20. Пацієнту А. віком 70 р. був виготовлений декілька днів тому був виготовлений повний знімний пластинковий протез на нижню щелепу. У пацієнта є скарги на погану фіксацію повного знімного протезу. Що викликало незадовільну фіксацію даного протеза ?

## Відповіді до теми №4

1. З вестибулярного боку межа доходить до активно-рухомий зони слизової оболонки тобто приблизно по 1-5-2мм з кожного боку від центру купола перехідної складки. Спереду край протеза обходить вуздечку верхньої губи, а в бічних ділянках - щічні тяжі (складки), не повинні травмувати краєм базису, а базис не зміщуватися з протезного ложа.
2. Обійти екзостози при нанесенні границь на нижню щелепу.
3. Вуздечка язика, 2. вуздечка нижньої губи, 3. місця прикріплення бічних тяжів (у ділянці премоларів), 4. нижньощелепні горби. 5. щелепно-підязикова лінія.
4. Вестибулярна межа проходить на 0,5–1 мм нижче перехідної складки, обходячи вуздечки та слизові тяжі. Базис перекриває передні зуби на 1/3. Дистальний край проходить по лінії «А».
5. Вестибулярна межа проходить на 0,5–1 мм нижче перехідної складки, обходячи вуздечки та слизові тяжі. Базис перекриває зуби на 2/3. Язиковий край перекриває щелепно-під'язикову лінію дещо вище перехідної складки. Вуздечка язика звільнена.
6. Хірургічні втручання, ізоляція на місці торуса робити отвір .
7. Не доходити до лінії «А» .
8. При нанесенні меж на гіпсовій моделі.
9. В ділянці внутрішньої косої лінії справа.
10. У ділянці перехідної складки.
11. При нанесенні меж не оминули вуздечку.
12. Недотримання правил нанесення меж повного знімного протезу.
13. Подовжити межі по лінії «А».
14. Закінчуватись на лінії «А».
15. Провести хірургічне видалення тяжів.
16. Виготовити протез із еластичною прокладкою.
17. Екзостози.
18. При визначенні меж у ротовій порожнині та на гіпсовій моделі.

19. В ділянці внутрішньої косої лінії зліва.

20. Не дотримання правил нанесення меж повного знімного протезу на нижній щелепі.

## Тема 5

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 73 років з беззубими щелепами виготовляються жорсткі індивідуальні ложки. Якими позитивними якостями повинна володіти індивідуальна ложка?
2. Пацієнту 65 років з беззубою нижньою щелепою виготовлено жорстку індивідуальну ложку. На етапі її припасування визначено балансування. Де була допущена помилка?
3. У пацієнта 69 років з беззубою нижньою щелепою індивідуальну ложку припасовують за допомогою проб Гербста. Яким способом можна переконатися у тому, що ложка не змістилась?
4. У пацієнта 65 років з беззубою нижньою щелепою на етапі припасування індивідуальної ложки спостерігаються неприємні відчуття у ділянці вуздечки язика і вуздечки нижньої губи. Лікар проводить корекцію даних ділянок індивідуальної ложки. Чи потрібно проводити корекцію і чому?
5. Пацієнту 67 років з беззубою верхньою щелепою виготовлена жорстка індивідуальна ложка. На етапі її припасування перевіряють щільність прилягання дистального краю до м'якого піднебіння. Яким чином можна це зробити?
6. При виготовленні індивідуальних ложки на верхню щелепу за методикою З. С. Василенко у пацієнта відзначається дуже сильно виражений блювотний рефлекс. Яку помилку допустив лікар при виготовленні індивідуальних ложок?
7. При виведенні відбитка за допомогою індивідуальної ложки з воску за методикою З. С. Василенко виявлено, що краї відбитка закінчуються на "нейтральній зоні" і по лінії "А". Яка помилка була допущена лікарем при виготовленні індивідуальних ложок?
8. На етапі припасування індивідуальної ложки проводяться проби Гербста. Які м'язи обумовлюють зміщення індивідуальної ложки при проведенні функціональної проби - перемінне доторкання кінчиком язика в праву і ліву щоки?
9. Після припасування жорстких індивідуальних ложок за методикою Гербста перед зняттям відбитка проводиться функціональне оформлення країв індивідуальної ложки. Який з матеріалів ви виберете для цієї мети?
10. Пацієнту 63 років виготовлений повний знімний протез на нижню щелепу. Пацієнт скаржиться на скидання ПЗПП при широкому відкриванні рота. На якому етапі припасування індивідуальної ложки була допущена помилка.

11. Припасування індивідуальної ложки для отримання функціонального відбитка проводиться за допомогою проб Гербста. Під час ковтання слини ложка скидається. В якій ділянці необхідно вкоротити її край?
12. Пацієнту 60 років з повною втратою зубів на верхній щелепі на етапі припасування індивідуальної ложки проводять пробу Гербста. При засмоктванні щік ложка зміщується. В якому місці її слід вкоротити?
13. У пацієнта 65 років з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, припасування індивідуальної ложки проводиться за методом Гербста. Під час проведення язиком по червоній облямівці нижньої губи ложка піднімається. Де необхідно вкоротити її край?
14. У пацієнта 74 років з повною відсутністю зубів на верхній щелепі, проводиться припасовка індивідуальної ложки за методом Гербста. Під час широкого відкривання рота ложка скидається зі свого ложа. Де необхідно вкоротити її край?
15. Пацієнту 75 років під час виготовлення повного знімного протеза на верхню щелепу, на етапі припасування індивідуальної ложки з використанням проб Гербста виявлено, що вона скидається при втягуванні щік. Де потрібно вкоротити край індивідуальної ложки?
16. Пацієнт 75 років виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. При припасуванні індивідуальної ложки за методикою Гербста лікар виявив, що вона скидається при витягуванні губ трубочкою. На якій ділянці слід провести її корекцію?
17. Пацієнту 67 років виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. Під час припасування індивідуальної ложки за методикою Гербста лікар виявив, що ложка скидається під час ковтання. На якій ділянці ложки треба провести корекцію?
18. Пацієнту 72 років виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. На етапі припасування індивідуальної ложки уточнюється вестибулярна границя в ділянці від ікла до ікла. Яку пробу Гербста необхідно провести?
19. Пацієнту 71 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. На етапі припасування індивідуальної ложки уточнюється межа в ділянці вуздечки язика. Яку пробу Гербста необхідно провести?
20. Пацієнту 70 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. На етапі припасування індивідуальної ложки уточнюється межа в ділянці альвеолярних горбів. Яку пробу Гербста необхідно провести?

## Відповіді до теми №5

1. Повторення макро- і мікрорельєфа слизової оболонки протезного ложа. Межі індивідуальної ложки повинні відповідати топографії нейтральної зони перехідної складки. Жорсткість всієї конструкції, яка забезпечує стабільні геометричні розміри, має бути нешкідливою, відсутній запах, відсутній смак, добре піддаватися антисептичній обробці.
2. 1.Зняття анатомічного відбитку,2.воготовляння моделі.3.нанесення меж для майбутньої індивідуальної ложки,4.зняття функціонального відбитку,5.порушення вимог при виготовленні ідивідуальних ложок.
3. Переконатися у тому, що ложка не змістилась під час здійснення функціональних проб можна за допомогою легкого натискування на неї вказівним пальцем.
4. Так потрібно,тому що індивідуальна ложка травмує вуздечки губи і язика ,помилка може бути допущена при нанесенні меж на моделі, а також при виготовленні ідивідуальної ложки недотримання її правил виготовлення.
5. Щільність прилягання дистального краю індивідуальної ложки можна перевірити під час вимови звука "А".
6. Не провів корекцію ложки в області лінії А.
7. Край ложки повинен перекривати лінію А на 2 мм.
8. Щелепно-під'язикові.
9. Ортокор або віск(сучасні відбиткові матеріали).
10. Скорочення ложки ззаду в області молярів з вестибулярного боку .
11. Від місця позаду слизового горбка до щелепно-під'язикової лінії.
12. Вкоротити край в ділянці щічних вуздечок.
13. Уздовж щелепно-під'язикової лінії.
14. По краю, який контактує з верхньощелепними горбками і місцем уявного розміщення молярів.
15. В ділянці щічних складок.
16. Вестибулярно між іклами.
17. У ділянці верхньощелепних горбів.

18. Витягування губ трубочкою.
19. Висування язика в напрямку кінчика носа.
20. Ковтання слини.



## Тема 6

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Отримують функціональні відбитки. Яка основна мета даного етапу лікування і яким шляхом можна її досягти?
2. У пацієнта 70 років з беззубою верхньою щелепою отримується компресійний функціональний відбиток. Під яким тиском його необхідно зняти?
3. У пацієнта 66 років з беззубою верхньою щелепою отримується розвантажувальний функціональний відбиток. Під яким тиском його необхідно отримати?
4. У пацієнта 63 років з повною відсутністю зубів верхньої і нижньої щелеп отримуються функціональні відбитки. За допомогою яких рухів можна оформити їх краї?
5. У пацієнта 75 років з беззубою верхньою щелепою отримується функціональний відбиток. Об'єктивно: різцевий сосочок подовжений, рухливий. Як попередити його компресію?
6. Пацієнту 77 років з беззубою нижньою щелепою отримують функціональний відбиток. Як забезпечити рівномірність шару відбиткового матеріалу на ложці?
7. У пацієнта 69 років з беззубою верхньою щелепою отримують функціональний відбиток. Як попередити утворення пор на його поверхні?
8. Пацієнт 67 років з беззубою верхньою щелепою отримано функціональний відбиток. Що необхідно зробити для передачі об'ємності перехідної складки на моделі?
9. У пацієнтки 63 років з беззубою верхньою щелепою отримують розвантажувальний функціональний відбиток. З яких позицій необхідно оцінювати ефективність використання розвантажувально-го або компресійного відбитка?
10. У пацієнта 78 років з беззубими щелепами індивідуальні ложки припасовані за допомогою проб Гербста. За допомогою яких рухів необхідно оформити краї остаточного відбитка?
11. Пацієнт 63 років з беззубими щелепами отримують розвантажувальні функціональні відбитки. Якими ложками їх можна отримати?
12. У пацієнта 75 років з беззубою нижньою щелепою під час оцінки якості функціонального відбитка спостерігаються у ділянці перехідної складки шар відбиткового матеріалу досить тонкий, має деякі нерівності, пори, і у деяких місцях видно відрив відбиткової маси. Про що це свідчить і що необхідно зробити?

13. Пацієнту 75 років виготовляються повні знімні протези на н/щ. Яку маніпуляцію повинен виконати лікар після припасування жорстких індивідуальних ложок?
14. пацієнт Н., 63 років, планується виготовлення повних знімних протезів. При внутрішньоротовому огляді є наявні протези, якими пацієнт користувався протягом 5 років, скарг не було. Які відбитки доцільно зняти для виготовлення протезів?
15. Пацієнту А., 77 років з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, при об'єктивному обстеженні виявлено кісткові виступи і ділянки рухового альвеолярного гребня. Який функціональний відбиток у цьому випадку ви запропонуєте?
16. У пацієнта В., 69 років з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, при об'єктивному обстеженні виявлено кісткові виступи і ділянки рухового альвеолярного гребня. Який функціональний відбиток у цьому випадку забезпечить належну фіксацію і помірне розподілення навантаження при користуванні протезом?
17. У пацієнта К., 67 років при обстеженні верхньої щелепи встановлено: атрофія альвеолярного паростку 3 ступеня по Шредеру, верхньощелепні горбки атрофічні, альвеолярні відростки покриті атрофічною, тонкою блідою слизовою оболонкою. Яку методику функціонального відбитка слід застосувати у даного хворого для отримання функціонального відбитку?
18. Пацієнт Б., 64 років, звернувся в клініку для виготовлення нових повних знімних протезів. Об'єктивно: протезами користувався протягом 5 років, скарг не було. Які відбитки доцільно зняти для виготовлення протезів?
19. Пацієнт А., 72 років з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, об'єктивно виявлено кісткові виступи і ділянки рухового альвеолярного гребня. Який функціональний відбиток у цьому випадку буде кращий?
20. У пацієнт П, 71 років з беззубими щелепами при об'єктивному обстеженні встановлено: на верхній щелепі - повний знімний протез, який відповідає клініко-технічним вимогам. На нижній щелепі- різка, рівномірна атрофія альвеолярного відростка, слизова оболонка, що покриває альвеолярний відросток атрофована, тонка, малопіддатлива. Який метод одержання відбитка і яку відбиткову масу краще використовувати в даному випадку?

## Відповіді до теми №6

1. Основною метою етапу лікування, що полягає в отриманні функціональних відбитків з беззубих щелеп є створення кругового замикального клапана, який буде забезпечувати хорошу фіксацію протеза. Цієї мети можна досягти шляхом використання індивідуальних ложок та методик оформлення функціональних країв відбитка.
2. Компресійний відбиток знімають під постійним тиском, який забезпечує стискання судин слизової оболонки твердого піднебіння.
3. Розвантажувальні відбитки отримують без тиску або з мінімальним тиском індивідуальної ложки з відбитковим матеріалом на тканини протезного ложа.
4. Краї функціонального відбитка можна оформити за допомогою пасивних рухів, шляхом функціональних проб та за допомогою власне функціональних рухів.
5. Компресію різцевого сосочка на етапі отримання функціонального відбитка можна попередити шляхом перфорації індивідуальної ложки у відповідній ділянці для виходу надлишка відбиткової маси.
6. Оскільки шар відбиткового матеріалу малий, а ложка точно відповідає щелепі, її потрібно при-тиснути і на верхній і на нижній щелепі абсолютно рівномірно по всій поверхні, встановлюючи на своє місце.
7. Утворення пор на поверхні функціонального відбитка, отриманого з верхньої щелепи можна уникнути шляхом накладання більш товстого шару відбиткового матеріалу по піднебінному схилу, щоб маса тут в першу чергу приторкнулась до слизової оболонки і під час подальшого натискування витіснила повітря.
8. Для передачі об'ємності перехідної складки на моделі відбиток окантовують з зовнішнього боку смужкою воску шириною 2-3 мм нижче його краю на 3-4 мм.
9. Ефективність використання розвантажувального або компресійного відбитка необхідно оцінювати з позицій впливу на слизову оболонку ротової порожнини та фіксацію протеза, а також впливу на перебіг атрофічних процесів в альвеолярному відростку.
10. Краї остаточного відбитка можна оформити за допомогою тих же проб Гербста.
11. Розвантажувальні відбитки можна отримати індивідуальними ложками з отворами, які спеціально створені для виходу відбиткової маси. У якості відбиткових необхідно використовувати маси, які мають добру текучість, еластичність. Кращими тут є силіконові маси, що відповідають цим вимогам.
12. Це свідчить про неточність відбитка. Необхідно повторно отримати відбиток.
13. Зняття функціонального відбитку.
14. Функціональний відбиток протезами пацієнта .

15. Диференційний.
16. Диференційований відбиток.
17. Декомпресійному відбитку.
18. Функціональні відбитки протезами пацієнта .
19. Диференційований відбиток.
20. Функціональний декомпресійний.

## Тема 7

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 75 років виготовляються повні знімні протези. Визначається центральне співвідношення щелеп. У чому полягає цей етап протезування?
2. Пацієнту 65 років виготовляються повні знімні протези. Центральне співвідношення щелеп визначається за допомогою шаблонів з прикусними валиками. З яких матеріалів необхідно їх виготовляти, щоб забезпечувати стійкість і попереджувати деформацію?
3. Пацієнтка 63 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп формують вестибулярну поверхню верхнього прикусного валика. Що передбачає її рельєф?
4. Пацієнт 67 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп встановлюється оклюзійна висота. Для чого вона необхідна?
5. Пацієнтові 78 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп формують фронтальний сегмент оклюзійної площини. Якій лінії він має бути паралельний?
6. Пацієнту 62 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп встановлюють рівень оклюзійної поверхні в передній ділянці. За допомогою чого можна перевірити її паралельність зіничній лінії?
7. Пацієнт 63 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп вимірюють оклюзійну висоту. На скільки вона має бути меншою висоти спокою?
8. Пацієнту 64 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп оклюзійна висота виявилась нижчою висоти спокою більш як на 3мм. Що необхідно зробити у даному випадку?
9. Пацієнту 68 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп висота нижньої третини лица у стані спокою нижньої щелепи і при змиканні прикусних валиків виявилась рівною. Що необхідно зробити?
10. Пацієнт 79 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Після фіксації нижньої щелепи у центральному положенні висота нижньої третини лица знижена, кути рота опущені, носогубні складки різко виражені, верхня губа вкорочена. Про що це свідчить і що необхідно зробити?
11. Пацієнту 69 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп прикусні валики під час розмови

роз'єднуються більш ніж на 6 мм. Що необхідно зробити у даному випадку?

12. Пацієнтові 75 років виготовляються повні знімні протези. На етапі визначення центрального співвідношення щелеп на прикусні валики наносять орієнтовні лінії. Яке їх клінічне значення?

13. Пацієнтка Н., 67 років, користується повними знімними протезами понад 5 років. Скаржиться на наявність тріщин в кутах рота. Об'єктивно: нижня третина обличчя вкорочена, кути рота опущені і в них наявні тріщини. Яка причина утворення цих тріщин?

14. Пацієнт А, 77 років, визначають центральне співвідношення щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів у порожнині рота наявне змикання лише бічних зубів, між фронтальними зубами наявна щілина в мезіо-дистальному напрямі. Яка помилка допущена?

15. Пацієнт А., 81 р. При на етапі перевірки об'єктивно виявлено: видовження нижньої третини обличчя, носо-губні та підборідна згортки згладжені, при розмові чути стукіт зубів. Яку помилку допустив лікар при визначенні центральної оклюзії?

16. Під час виготовлення повних знімних протезів визначається центральне співвідношення щелеп. На верхній прикусний валик наносяться орієнтувальні лінії. Що покладено в їх основу?

17. Пацієнт З. користується повними знімними протезами 2 роки. Скаржиться на неприємні відчуття в кутах рота. Об'єктивно: гіперемія і мацерація слизової оболонки і шкіри кутів рота. Висота прикусу в положенні центральної оклюзії порушена. Які особливості протезування в даному випадку?

18. Пацієнту Н. планується виготовлення повних знімних протезів визначається центральне співвідношення щелеп. На верхній прикусний валик наносяться орієнтувальні лінії. Яке їх клінічне значення?

19. Пацієнту 73 років проводиться визначення центрального співвідношення щелеп визначається за допомогою прикусних валиків. Як впливає зменшення висоти нижньої третини обличчя на зубо-щелепну ділянку?

20. Пацієнту 78 років під час визначення центрального співвідношення щелеп, прикусними валиками в положенні центральної оклюзії. Яким чином впливає занадто збільшення висоти нижньої третини обличчя?

## **Відповіді до теми №7**

1. Визначення центрального співвідношення щелеп полягає у встановленні їх взаємовідношень у горизонтальному, сагітальному і трансверзальному напрямках.
2. Для того, щоб шаблони з прикусними валиками були стійкими і не деформувались, їх необхідно виготовляти з твердих сортів воску або термопластичних мас.
3. Рельєф вестибулярної поверхні верхнього прикусного валика перед визначає розташування різців та ікол, які будуть служити опорою для верхньої губи.
4. Оклюзійна висота необхідна для встановлення міжальвеолярної висоти і постановки штучних зубів у цьому просторі.
5. Фронтальний сегмент оклюзійної площини має бути паралельний зіничній лінії.
6. Паралельність оклюзійної поверхні зіничній лінії можна перевірити за допомогою двох лінійок.
7. Оклюзійна висота має бути меншою висоти спокою в середньому на 2-3 мм.
8. Якщо оклюзійна висота більш чим на 3 мм нижча висоти спокою, слід збільшити висоту нижнього прикусного валика.
9. Якщо висота нижньої третини лица у стані спокою нижньої щелепи і змиканні прикусних валиків виявилась рівною, це свідчить про те, що міжальвеолярна відстань підвищена. Необхідно зняти шар воску з нижнього прикусного валика.
10. У випадку, якщо конфігурація тканин, що оточують ротову щілину, викликає підозру про зниження міжальвеолярної висоти, слід заново перевірити усі виміри як висоти спокою, так і оклюзійної висоти.
11. У разі роз'єднання прикусних валиків під час розмови більш ніж на 6 мм, слід збільшити між-альвеолярну висоту.
12. важливу роль відіграють при постановці зубів а саме визначається де буде розміщуватися фронтальна група зубів, розміри зубів, їх форма.
13. Знижена міжальвеолярна висота.
14. Визначення передньої оклюзії.
15. Завищена висота нижнього відділу обличчя.
16. Лінія посмішки, зінична та середня.
17. Виготовлення нового протезу.
18. Лінія посмішки, зінична та середня.
19. Знижується тонус і сила скорочення жувальних м'язів, можлива парафункція жувальних м'язів чи дисфункцій СНЩС, прикушування щік і губ.

20. Тонус жувальних м'язів і сила скорочення збільшується; кісткова основа протезного поля відчуває надмірний тиск, що проявляється боллю в м'язах, гіперемією і атрофією альвеолярного відростка.



### Ситуаційні задачі

1. Пацієнтові 75 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Що необхідно для того, щоб домогтися стабільної оклюзії на протезах?
2. Пацієнт 64 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять з формуванням сагітальної і трансверзальної оклюзійних кривих. Яка теорія артикуляції передбачає їх наявність?
3. Пацієнтці 59 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку штучних зубів проводять з утворенням множинних міжзубних контактів при різних рухах нижньої щелепи. Якій теорії артикуляції відповідає цей вид оклюзійних контактів?
4. У пацієнта 72 років з беззубими щелепами проводиться аналіз рухів нижньої щелепи. Які рухи здійснює суглобова голівка в суглобовій ямці?
5. У пацієнта 66 років з беззубими щелепами проводиться аналіз рухів нижньої щелепи. В яких напрямках переміщується нижня щелепа під час сагітальних рухів і які м'язи їх здійснюють?
6. Пацієнтові 61 року з беззубими щелепами проводиться запис сагітального суглобового шляху. Чим характеризується цей шлях?
7. У пацієнта 58 років з беззубими щелепами проводиться аналіз рухів нижньої щелепи. Внаслідок чого відбуваються її трансверзальний рух?
8. Пацієнтові 63 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. При конструюванні зубних рядів керуються основним положенням сферичної теорії артикуляції Монсона. У чому полягає це положення?
9. У пацієнтки 68 років з беззубими щелепами проводиться запис рухів нижньої щелепи. Від чого залежать їх закономірності?
10. Пацієнтові 60 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. При постановці штучних зубів аналізуються міжзубні контакти в різних оклюзіях. Які контакти зубних рядів в повних знімних протезах мають бути при бічних оклюзіях?
11. Пацієнтові 70 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. При конструюванні зубних рядів враховуються фактори оклюзії. Що визначають ці фактори?
12. Пацієнт Н., 73 років з беззубими щелепами проводиться індивідуальний запис рухів нижньої щелепи. Як підрозділяються методи реєстрації рухів нижньої щелепи?
13. Пацієнтці 74 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. В яких площинах здійснюються рухи нижньої щелепи?

14. Пацієнту 64 років, якому виготовляється повний знімний протез для нижньої щелепи просять висунути нижню щелепу вперед. Який шлях утворюється при русі нижньої щелепи вперед?
15. пацієнту 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Чому дорівнює кут сагітального суглобового шляху?
16. Пацієнт 67 років проводиться аналіз рухів нижньої щелепи. Яке значення має кут Беннета?
17. Пацієнт 77 років з беззубими альвеолярними відростками проводять дослідження рухів н/щ. Чому дорівнює довжина сагітального суглобового шляху?
18. Пацієнт 66 років якому виготовляється повний знімний пластинчастий протез для обох щелеп. У ході огляду пацієнта визначають рух Бенета. Чому дорівнює рух Беннета?
19. Пацієнтку 74 років, якому планується виготовлення повного знімного протезу для нижньої щелепи, просять зробити боковий рух нижньої щелепи. Як називається боковий рух нижньої щелепи назовні?
20. Пацієнтку 78 років якому виготовляється повний знімний протезу для нижньої щелепи, просять зробити рух нижньої щелепи назад. Як називається рух нижньої щелепи назад?

## Відповіді до теми №8

1. Для того, щоб домогтися стабільної оклюзії на знімних протезах необхідно використовувати основні закономірності біомеханіки рухів нижньої щелепи.
2. Наявність сагітальної й трансверзальної оклюзійних (компенсаційних) кривих передбачає компенсаційна теорія артикуляції, представниками якої є Б.Н.Бинін, Б.Б.Брандсбург, А.Канторович.
3. Множинний контакт зубів при різних рухах нижньої щелепи є основним положенням артикуляційної теорії балансування (Гізі-Ганау).
4. Під час руху нижньої щелепи в суглобі відбуваються переміщення суглобової головки, у зв'язку з чим у суглобі розрізняють двоякого роду рухи: обертальні й ковзні.
5. Під час сагітальних рухів нижня щелепа переміщується вперед і назад. Рух вперед здійснюється двобічним скороченням латеральних крилоподібних м'язів. Рух спереду назад відбувається внаслідок скорочення опускачів і задніх пучків скроневих м'язів. Унаслідок цієї роботи м'язів суглобова голівка проходить зворотний шлях із положення передньої оклюзії в положення центральної оклюзії.
6. Сагітальний суглобовий шлях характеризується кутом сагітального суглобового шляху. Цей кут утвориться при перетинанні продовженої лінії сагітального суглобового шляху з протетичною площиною.
7. Трансверзальний рух нижньої щелепи відбувається внаслідок скорочення латерального крило-подібного м'яза на балансуєчому боці.
8. Згідно зі сферичною теорією артикуляції Монсона щічні горбики всіх зубів розташовуються в межах шароподібної поверхні.
9. Закономірності рухів нижньої щелепи залежать від глибини перекриття верхніми зубами нижніх зубів, крутизни суглобового шляху, висоти горбиків і кривизни лінії Шпеє.
10. В повних знімних протезах при бічних оклюзіях мають бути двобічні контакти.
11. Фактори оклюзії визначають рельєф оклюзійної поверхні зубних рядів.
12. Методи реєстрації рухів нижньої щелепи підрозділяються на внутрішньо - і позаротові, механічні та електронні.
13. Сагітальна площина, трансверзальна площина, вертикальна площина, фронтальна площина.
14. Сагітальні суглобовий та різцевий шляхи
15. (33° градуси).
16. (17° градусів).

17. (10-11мм).

18. (1-2мм).

19. Латеротрузія

20. Медіотрузія

## Тема 9

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнт 75 років звернувся для ортопедичного лікування а саме виготовлення повних знімних протезів. На верхній та нижній щелепах визначається середній ступінь атрофії альвеолярних відростків. Співвідношення щелеп в центральному положенні – ортогнатичне. Якими апаратами ми можемо відтворити рухи нижньої щелепи?

2. Пацієнт 68 років потребує лікування яке показано виготовлення повних знімних протезів. На верхній та нижній щелепах визначається середній ступінь атрофії альвеолярних відростків. Співвідношення щелеп в центральному положенні – ортогнатичне. Загіпсування моделей буде проводитися у середньоанатомічному артикуляторі. Коротко опишіть якими володіє властивостями даний артикулятор?

3. Пацієнту 72 років із повною адентією зубів планується виготовлення повних знімних протезів. Постановка штучних зубів передбачається з формуванням індивідуальних оклюзійних кривих. Запропоновано застосувати універсальний артикулятор. Якими позитивними якостями володіє даний артикулятор?

4. Пацієнту 79 років планується здійснити постановку штучних зубів за індивідуальними оклюзійними поверхнями. Буде застосовуватися лицева дуга. Із яких основних елементів вона складається?

5. Пацієнтові 80 років виготовляються повні знімні протези на обидві щелепи. планується постановка зубів за Ганау. Що саме входить у артикуляційну п'ятірку Ганау?

6. Пацієнтові 82 років виготовляються повні знімні протези. Після визначення центрального співвідношення щелеп пацієнт висуває нижню щелепу вперед, при цьому в ділянці жувальних зубів утворюється простір клиноподібної форми. Як називається це явище?

7. Чоловік віком 76 років звернувся до лікаря з приводу протезування зубів. Об'єктивно: повна відсутність зубів. Для конструювання протезу планується використання універсальний артикулятор. Яка перевага даного артикулятора над оклюдатором?

8. Пацієнтці 84 років виготовляються повні знімні протези на обидві щелепи. У комплексі лікування застосовується лицева дуга. яка її основна функція?

9. Пацієнтові 67 років виготовляються повний знімний протез на нижню щелепу. Для постановки штучних зубів в повних знімних протезах на нижню щелепу застосовується артикулятор. Яке клінічне значення має трьохпунктний контакт Бонвіля?

10. Пацієнтові 78 років виготовляються повні знімні протези. Після визначення центрального співвідношення щелеп пацієнт висуває нижню щелепу вперед, при цьому в ділянці жувальних зубів утворюється простір клиноподібної форми. це явище називається Сагітальний феномен Христенсена. На даному феномені яка ґрунтується постановка зубів за (Авторами)?

11. На феномені Христенсена ґрунтується постановка зубів за Ефроном-Гельфандом-Катцом. У чому полягає дана Методика постановки зубів(основні положення)?

12. Пацієнту 77 років виготовляються повні знімні протези на обидві щелепи. Проводиться анатомічна постановка зубів за Гізі. Перевіряється контакт зубів при жувальних рухах. На чому базується артикуляційна теорія постановки зубних рядів по теорії Гізі?

13. Пацієнтці 68 років, виготовляються повні знімні протези і проводять постановку штучних зубів Який апарат слід застосувати для цього у даному випадку?

14. Пацієнту 78 років виготовляються повні знімні протези на верхню та нижню щелепи. Постановку штучних зубів планують проводити за сферичною поверхнею. Згідно якої теорії артикуляції конструюються зубні ряди?

15. Пацієнту Н., 69 років, виготовляються повні знімні протези.. Постановка штучних зубів планують здійснювати за Васильєвим М.Є. Який апарат слід застосувати для цього у даному випадку?

16. Пацієнт А . 76 років, звернулася в клініку у зв'язку з повною відсутністю зубів. Виготовляються повні знімні протези. У ході роботи хочуть застосувати пристрій який проводить індивідуальне вимірювання даних пацієнта і перенесення отриманих величин у артикулятор. Що це за апарат?

17. Пацієнт 73 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Для встановлення штучних зубів проводиться запис рухів нижньої щелепи. Який середній кут сагітального суглобового шляху за Гізі?

18. Пацієнт віком 79 років звернувся з метою протезування зубів. Для виготовлення протезу планується застосувати артикулятор. Яка його перевага ?

19.Пацієнту 73 роки буде проводитися постановка зубів у артикуляторі із допомогою апарату який складається із : 1.рама лицевої дуги,2.вушні пілоти,3.прикусна вилка,4.перехідний пристрій,5.носовий упор,6.орбітальна стрілка. Шо це за апарат?

20. Пацієнтові 78 років, планується проводитися виготовлення повних знімних протезів і проводиться постановка штучних зубів у апарат який відтворює рухи н/щ. лише у вертикальному напрямку. Який це апарат ?

## Відповіді до теми №9

1. Усе розмаїття артикуляторів можна розділити на чотири основних типа:

- 1) прості шарнірні;
- 2) середньоанатомічні (лінійно-площинні);
- 3) напіврегульовані;
- 4) повністю регульовані.(універсальні).

2. У даному артикуляторі усі положення є середньоанатомічними (суглобовий шлях, кут Бенета, різцевий шлях).

3. У даному артикуляторі можна відтворити практично усі рухи нижньої щелепи і врахувати ідивідуальні вимірювання (кут суглобового шляху, різцевого шляху, іклового шляху, групового шляху, кут Бенета).

4. 1)рама лицевої дуги,2)вушні пілоти,3)прикусна вилка,4)перехідний пристрій,5)носовий упор,6)орбітальна стрілка(з її допомогою лицева дуга орієнтується по бажаній площині).

5. 1) сагітальний суглобовий шлях;

2) різцеве перекриття;

3) висота жувальних горбиків;

4) вираженість кривої Шпее;

5) оклюзійна площина.

6. Сагітальний феномен Христенсена.

7. У артикуляторі можна відтворювати трансферзальні рухи нижньої щелепи. А у оклюдаторі можна відтворювати рухи нижньої щелепи лише вертикальні.

8. Індивідуальне вимірювання даних пацієнта і перенесення отриманих величин у артикулятор.

9. Бонвіль визначав трьохпунктний контакт як визначальну ознаку фізіологічної артикуляції зубних рядів. При передній оклюзії контакти зубів спостерігаються у трьох точках – одна на передніх зубах та дві на дистальних горбиках молярів.

10. Ефроном-Гельфандом-Катцом.



11. Полягає в формуванні індивідуальних оклюзійних кривих в порожнині рота. Використовуються жорсткі індивідуальні ложки на обидві щелепи, на яких прикріплені віск абразивні (віск плюс пісок, наждак або інший абразив) оклюзійні валики. Оклюзійні валики формуються техніком з відтворенням сагітальної та трансверзальної оклюзійних кривих та з урахуванням феномена Христенсена. Пацієнту пропонують здійснювати різноманітні рухи нижньою щелепою протягом певного часу. Притирання верхнього та нижнього прикусних валиків проводиться до встановлення міжальвеолярної висоти.

12. Нахил суглобового шляху, дає напрямок руху нижньої щелепи, на яке впливає величина і форма суглобового бугорка(основні положення).

(оприділяючі фактори)1.точне визначення суглобового шляху,2.запис різцевого шляху.3.визначення сагітально компенсуючої кривої,4.визначення трансферзальної компенсаційної кривої лінії.

13. Артикулятор.

14. Сферичної.

15. Середньо-анатомічний артикулятор.

16. Лицева дуга .

17. ( 33 градуси ).

18. Можна визначити кут суглобового шляху, різцевого шляху, іклового шляху, групового шляху, кут Бенета.

19. Лицева дуга.

20. Оклюдатор.

## Тема 10

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 79 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Після визначення міжальвеолярної висоти, лікар проводить підбір штучних зубів. За якими критеріями буде проводити даний клінічний етап?
  2. Пацієнтці 81 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Після визначення міжальвеолярної висоти, лікар проводить підбір штучних зубів. За якими критеріями буде проводити підбір штучних зубів за типами обличчя?
  3. Пацієнтові 82 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Після визначення міжальвеолярної висоти, лікар проводить підбір штучних зубів. Яка група зубів береться до уваги за (Вільсоном) і яке клінічне значення цих досліджень?
  4. Пацієнту 84 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Проводиться постановка зубів по сферичним поверхням запропонованої (Monson). Коротко опишіть дану постановку?
  5. Пацієнт 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Проводиться постановка зубів по склу М.Є. Васільєву. Як закріплюють скляну пластину при даній постановці?
  6. Пацієнтові 66 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Проводиться постановка зубів по склу М.Є. Васільєву. Як проводять постановку центральних різців на верхній щелепі?
  7. Пацієнтці 70 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Проводиться постановка зубів по склу М.Є. Васільєву. Як проводять постановку ікол на верхній щелепі?
- Пацієнтці 63 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять за сферичною поверхнею. Положення якої теорії артикуляції покладені в основу цього методу?
9. Пацієнтці 65 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять за сферичною поверхнею. В якому взаємовідношенні ставляться верхні зуби до цієї поверхні?

10. Пацієнтові 70 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку верхніх зубів проводять за сферичною поверхнею. В якому положенні по відношенню до гребеня альвеолярного відростка необхідно їх ставити?
11. Пацієнту 72 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять за сферичною поверхнею з застосуванням розбірної постановочної пластинки. З яких частин складається ця пластинка?
12. Пацієнтці 62 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Проводять постановку зубів із урахуванням сагітальної оклюзійної кривої. Коротко опишіть про неї ?
13. Пацієнту 68 років якому, виготовляють знімні пластинкові протези на верхню та нижню щелепи. Постановку штучних зубів проводять за сферичною поверхнею. Згідно якої теорії артикуляції конструюються зубні ряди?
14. Пацієнт Н., 79 років, якому будуть виготовляються знімні протези.. Постановку зубів буде проводитися за Васильєвим М.Є. Який прилад слід застосувати для цього даному випадку?
15. Пацієнтові 77 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелепи. Постановку зубів проводять за методом М.Є. Васильєва. На якій теорії артикуляції ґрунтується цей метод?
16. Пацієнту 71 року виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелепи. Постановку зубів проводять по склу. Які його розміри?
17. Пацієнтові 76 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелепи. Постановку зубів проводять по склу з формуванням сагітальної й трансверзальної оклюзійних кривих, що являють собою частину сфери. Який радіус цієї сфери?
18. Пацієнтці 63 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять за сферичною поверхнею. Положення якої теорії артикуляції покладені в основу цього методу?
19. Пацієнту 65 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять за сферичною поверхнею. В якому взаємовідношенні ставляться верхні зуби до цієї поверхні?
20. Пацієнт 75 роки виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Постановку зубів проводять за сферичною поверхнею. Нахил

міжальвеолярних ліній в ділянці бічних зубів перевищує  $16^\circ$ . Яку постановочну пластинку необхідно використати?

## Відповіді до теми №10

1. 1. Визначити тип лиця(квадратне, конічне, овальне),2.форма зубів, довжина, колір.

2. Зуби першого типу: характеризуються паралельними або майже паралельними лініями контактних поверхонь на протязі половини їх довжини або більше, починаючи від різального краю.

Другий тип: характеризується наявністю на контактних поверхнях лінії, які різко конвергують ,так що у разі їх продовження можуть перетинатися біля верхівки зуба.

Третій тип: відрізняються двоопуклими лініями на дистальній ,а деколи і на медіальних поверхнях. Усі поверхні і кути зубів третього типу заокруглені і мініатюрні.

3. Береться фронтальна група зубів а саме центральні різці і бічні різці. Клінічне значення буде полягати у правильному підборі зубів за розмірами формою довжиною до одного із ти пів обличчя.

4. Постановка базується на положенні Кривої Шпее у сагітальному викривленні зубних рядів. Згідно теорії Монсона , щічні бугорки всіх зубів розміщуються у межах шароподібної поверхні, а лінії проведені по довгим осям бокових зубів, спрямованих ввєрх і сходяться у певній точці черепа- в ділянці Crista Galli.

5. Спочатку скло приклеюють до верхнього оклюзійного валика. Зрізають частину оклюзійного валика нижньої щелепи на товщину 2-3мм , приклеюють тонкі стовпчики воску і змикають оклюдатор до упору штифта висоти прикусу .Скляну пластинку приклеюють воском до прикусного валика нижньої щелепи і розпочинають постановку зубів на верхній щелепі.

6. По обидві сторони від середньої лінії верхні різці ріжучими краями торкаються поверхні скла.

7. Ікла торкаються скла їх ставлять з невеликим нахилом ріжучого краю до серединної лінії.

8. Метод постановки зубів за сферичною поверхнею базується на сферичній теорії артикуляції Монсона.

9. При постановці зубів за сферичною поверхнею верхні зуби усіма горбиками і різальними краями торкаються сферичної пластинки.

10. При постановці зубів за сферичною поверхнею верхні зуби необхідно розставляти строго по альвеолярному гребеню і з урахуванням направленості міжальвеолярних ліній.
11. Розбірна сферична постановочна пластинка складається з трьох частин: двох бічних, що мають радіус сфери 9 см і передньої горизонтальної площинки, вирізаної у формі сектора, що встановлюється між лініями ікол.
12. Ділянка бокових зубів що має викривлення, обернене своєю випуклістю донизу отримала назву сагітальної оклюзійної кривої. Вона починається на дистальній контактній поверхні першого премоляра і закінчується на дистально-щічному горбику третього моляра.
13. Сферичної теорії артикуляції.
14. Артикулятор , оклюдатор.
15. Метод анатомічної постановки зубів за М.Є.Васильєвим ґрунтується на компенсаційній теорії артикуляції.
16. Для постановки зубів застосовують скло у вигляді зрізаного конуса довжиною 9 см, шириною у задньому відділі 11 см, в передньому 6,5 см.
17. Радіус оклюзійної поверхні, що являє собою частину сферичної поверхні, створюваної при постановці зубів по склу, дорівнює 9 см.
18. Метод постановки зубів за сферичною поверхнею базується на сферичній теорії артикуляції Монсона.
19. При постановці зубів за сферичною поверхнею верхні зуби усіма горбиками і ріжучими краями торкаються сферичної пластинки.
20. У випадках, коли нахил міжальвеолярних ліній не перевищує  $16^\circ$ , для постановки зубів використовують суцільну сферичну пластинку.

## Ситуаційні задачі

1. Пацієнтові 66 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів на моделях щелеп виявлені тріщини, згладження контурів протезного ложа. Що необхідно зробити у даному випадку?
2. Пацієнтові 74 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів нижні різці перекриті верхніми більш ніж на 2мм. Що необхідно зробити?
3. Пацієнтові 60 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів виявлено велике перекриття щічних горбків нижніх жувальних зубів однойменними верхніми. Як діяти у такому разі?
4. Пацієнтові 59 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів перевіряють розміщення штучних зубів щодо гребенів альвеолярних відростків. Якого правила необхідно дотримуватись?
5. Пацієнтові 67 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів в артикуляторі оцінюють характер оклюзійних контактів у центральній оклюзії. При яких оклюзіях необхідно і ще перевірити ці контакти?
6. Пацієнтові 63 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів виявлена щілина між бічними зубами. Яка причина її виникнення і як усунути цей недолік?
7. Пацієнтові 83 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів визначають відповідність типу зубів формі лиця. Якого типу зуби гармоніюють з овальною формою лиця?
8. Пацієнтові 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів для покращення зовнішнього вигляду хворого верхні передні зуби зміщені до зовні більш ніж на 2/3 їх товщини. У яких випадках можна це робити?
9. Пацієнтові 73 років виготовляється повний знімний протез для верхньої щелепи. Проводять перевірку конструкції протеза. Чим закінчується перевірка конструкції протеза?
10. Пацієнтові 65 років виготовляється повний знімний протез для верхньої щелепи. Проведено перевірку воскової композиції протеза в клініці. Що необхідно зробити після?

11. Пацієнтові 58 років виготовляється повний пластинковий знімний протез на верхню щелепу. На етапі перевірки воскової композиції (конструкції) протеза лікар перевіряє правильність визначення, центральної оклюзії. Які контакти між зубами повинні бути при центральній оклюзії?
12. Пацієнтці 62 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. На етапі перевірки конструкції лікар виявив, що штучні зуби у бокових відділах змикаються з зубами-антагоністами, а передні зуби ні. Яка помилка допущена?
13. Під час примірки воскової конструкції повного знімного пластинчатого протеза на верхню щелепу в порожнині рота, при розмовних пробах виявлено порушення чіткості вимови слів. Відмічається дефект в вимові звуків Б, П, М. Чим викликається дане порушення?
14. На етапі перевірки конструкції протезу було встановлено прогнатичне співвідношення зубних рядів. Ким була допущена помилка? Як її виправити?
15. Пацієнтці Н., 78 років, при припасуванні воскової конструкції повного знімного протезу об'єктивно: згладженість носогубних та підборідкових складок, під час розмовної проби чути "постукування" зубів, відсутній проміжок між зубами в стані фізіологічного спокою. На якому етапі виготовлення протезів була припущена помилка?
16. Пацієнту 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. На етапі перевірки конструкції протезів нижні різці перекриті верхніми більш ніж на 3мм. Що необхідно зробити?
17. Пацієнту 71 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. На етапі перевірки конструкції штучні зуби у бокових відділах змикаються з зубами-антагоністами, а між передніми зубами є щілина. Яка помилка допущена?
18. Пацієнт 72 років виготовляються знімні пластинкові протези для верхньої та нижньої щелеп. При перевірки конструкції протезів виявлена щілина між бічними зубами. Де допущена помилка?
19. При перевірки конструкції протезів у пацієнта Н. виявлена щілина між бічними зубами з правого боку. Що робити у даному випадку?
20. Пацієнт А., 75 років протезується з приводу повної відсутності зубів. На етапі перевірки конструкції протезів на моделях щелеп виявлені тріщини. Чи можна продовжувати виготовлення повного знімного протезу?



## Відповіді до теми №11

1. Якщо на моделях виявлені тріщини, згладження контурів протезного ложа або інші недоліки, їх бракують. У такому випадку необхідно зняти новий функціональний відбиток і відлити нову модель.
2. Перекриття нижніх зубів верхніми необхідно зменшити, бо це може бути причиною порушення фіксації протезів.
3. Слід уникати великого перекриття щічних горбиків нижніх кутніх зубів однойменними верхніми, бо це утруднює бічні рухи нижньої щелепи і може бути причиною порушення фіксації протезів.
4. Існує правило, згідно з яким нижні фронтальні зуби, жувальні зуби верхньої та нижньої щелеп мають розміщуватися тільки посередині альвеолярного відростка. Верхні фронтальні зуби повинні розміщуватися так:  $2/3$  штучного зуба – до зовні від середньої лінії альвеолярного відростка,  $1/3$  - досередини від неї.
5. Якщо постановку зубів зроблено в артикуляторі, то перевіряють оклюзійні контакти зубів також при передній і бічних оклюзіях.
6. Щілина між бічними зубами з одного або з двох боків виникає внаслідок зміщення воскового шаблону або відвисання його на верхній щелепі позаду. Для усунення цього недоліку беруть розм'якшену пластинку воску, поміщають його на зуби із того боку, де виявлена щілина, і просять пацієнта зімкнути зуби. За восковим відпечатком з'єднують верхню, раніше відокремлену модель з нижньою і знову загіпсовують в артикулятор.
7. Овальному типу лиця найбільше підходять зуби третього типу, які відрізняються двовипуклими лініями на дистальній, а деколи - і на медіальній поверхнях. Усі поверхні і кути зубів третього типу заокруглені і мініатюрні.
8. Верхні передні зуби можна змістити до зовні більше ніж на  $2/3$  від середньої лінії альвеолярного відростка при хороших умовах для анатомічної ретенції.
9. Перевірка конструкції протеза закінчується уточненням меж протезного ложа на моделі.
10. Після перевірки воскової композиції протеза в клініці її необхідно передати у зуботехнічну лабораторію для завершального моделювання воскового базису.
11. Між зубними рядами повинен спостерігатися множинний горбково-фісурний контакт для бокових ділянок та різуче-горбковий – для передніх.
12. Неправильне визначення центральної оклюзії: зафіксована передня оклюзія.
13. Передні верхні штучні зуби надто короткі.

14. Для виправлення помилки потрібно перевизначити центральне співвідношення щелеп та поставити зуби згідно правильного положення щелеп.
15. На етапі визначення співвідношення щелеп , та поставки зубів .
16. Перекривання зубів на нижній щелепі верхніми штучними зубами потрібно зменшити, це буде причиною не задовільної фіксації протезів.
17. При визначення центральної співвідношення щелеп , та поставки зубів.
18. Між бічними зубами щілина виникає внаслідок зсуву воскового шаблону або поганого прилягання до альвеолярного відростку у дані ділянці.
19. Розм'якшену пластинку воску, поміщають на зуби із правого боку, де виявлена щілина, і просять пацієнта зімкнути зуби.
20. Ні, тому що будуть неточності у подальшій роботі, потрібно ще раз зняти функціональний відбиток і виготовити модель.

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 58 років виготовляються повні знімні протези на верхню і нижню щелепи . Проводиться гіпсування гіпсової моделі у кювету. Коротко опишіть прямий метод гіпсування гіпсової моделі у кювету?
2. Пацієнтці 64 років виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. проводиться гіпсування гіпсової моделі у кювету. Коротко опишіть комбінований метод гіпсування гіпсової моделі у кювету?
3. Пацієнтці 62 років виготовляється повний знімний протез на нижню щелепу. Коротко опишіть методику замішування базисної пластмаси для повного знімного протезування .
4. Пацієнтці 65 років виготовляють повні знімні протези. Після перевірки воскових композицій часткових знімних протезів обирають метод пресування пластмаси у кювету? Які методи існують, в чому їх сутність?
5. Пацієнту 60 років виготовляють повний знімний протез для верхньої щелепи. Постановка штучних зубів – на штучних яснах. Який вид за гіпсування воскової композиції в кювету слід використати?
6. Пацієнту 80 років виготовляють повний знімний протез для нижньої щелепи. Здійснюється загіпсування воскової композиції протеза у кювету. Гіпсова модель залишається в нижній частині кювети, а штучні зуби переходять в верхню. Який спосіб загіпсування використаний?
7. Пацієнтці 67 років здають повний знімний протез для верхньої щелепи. Лікар визначив наявність «мармурового малюнку» на базисі протеза. Чим це зумовлено?
8. Жінка віком 73 роки звернулась до лікаря з метою протезування. Після об'єктивного обстеження вибрано конструкцію повних знімних протезів на верхню та нижню щелепи. Після перевірки конструкції протеза здійснюється лабораторний етап заміна воску на пластмасу. В чому полягає кінцева обробка протеза?
9. Після звільнення повного знімного протеза з кювети виявлено значне прилипання гіпсу. Яка технологічна помилка допущена на лабораторному етапі заміни воску пластмасою?
10. Після звільнення повного знімного протеза з кювети виявлено наявність на базисі крейдових смуг та плям. Що це за дефект, чим він спричинений?
11. Пацієнтці 63 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Проводиться заміна воску на пластмасу. Які є стадії пластмаси і На якому етапі пакують пластмасу у кювету?
12. Пацієнтові 68 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої

щелеп. На лабораторному етапі проводять заміну воску на пластмасу. Який методи виготовлення ПЗПП ви знаєте?

13. Пацієнтові 72 років виготовляють повний знімний протез для нижньої щелепи. Яку товщину повинен мати його базис?

14. Пацієнт 76 років виготовлено повний знімний протез на верхню щелепу. Під час огляду протеза було виявлено білуваті крейдові смуги та білі плями на зовнішній поверхні протеза. Яка причина виникнення цих недоліків?

15. Чоловік 77 років звернувся зі скаргами на відсутність усіх зубів верхньої щелепи. Об'єктивно: комірковий відросток верхньої щелепи незначно атрофований. Планують виготовлення повного знімного протеза з пластмасовим базисом. Назвіть пластмасу для виготовлення повного знімного протеза.

16. Пацієнт 68 років виготовляють повний знімний протез для нижньої щелепи. Під час оцінювання якості даного протезу визначається наявність «мармурового малюнку» на протеза. Що потрібно робити у даному випадку?

17. Пацієнт 74 років виготовляють повний знімний протез для обох щелепи. Для виготовлення повних знімних протезів пропонують пластмасу «Фторакс». Якої полімеризації дана пластмаса, і на якій стадії проводять її пакування у кювету?

18. Пацієнту 82 років виготовляються повні знімні протези для верхньої щелеп. На лабораторному етапі зубний технік проводить замішування базисної пластмаси для виготовлення повного знімного у якій посудині зубний технік повинен проводити замішування базисної пластмаси?

19. Пацієнтка віком 74 роки звернулася з метою протезування. Після обстеження вибрано виготовлення повних знімних пластинчатого протеза на верхню щелепу. Під час виготовлення повного знімного пластинчатого протеза не був нанесений ізоляційний лак. До яких наслідків це може призвести?

20. Пацієнту 79 років виготовляються повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Після клінічного етапу а саме: на етапі перевірки конструкції повних знімних протезів у ротовій порожнині лікар проводить дизенфекцію даної конструкції і віддає у лабораторію. Який буде наступний лабораторний етап?

## Відповіді до теми №12

1. Прямий спосіб гіпсування. При цьому спосіб гіпсування. модель підрізають так, щоб при розташуванні її в центрі основи кювети залишалося достатньо місця для оформлення країв. Модель занурюють в гіпс основи кювети з таким розрахунком, щоб штучні зуби трошки височіли над бортами кювети. Витісненим гіпсом покривають вестибулярну і оклюзійну поверхні зубів, створюючи валик, товщина якого над зубами повинна бути 3-4 мм.

Оральна поверхня зубів і восковий базис залишаються вільними від гіпсу. Для попередження ускладнень, при роз'єднанні частин кювети, поверхню гіпсового валика роблять похилим назовні і у бік воскового базису .

2. Комбінований спосіб гіпсування включає в себе елементи прямого і зворотнього. Він застосовується в тих випадках, коли передні зуби поставлені на приточці, а бічні - на штучних яснах. При цьому зуби, поставлені на приточці, покривають гіпсовим валиком (прямий спосіб), а бічні залишаються відкритими і переходять в іншу половину кювети (зворотний спосіб). Гіпсування моделі проводять в основі кювети.

3. Робота з пластмасою вимагає великої акуратності, чистоти рук і робочого місця. Формування пластмаси проводять в охолоджену кювету. Для кращого з'єднання базисної пластмаси з штучними зубами і металевими частинами протеза останні ретельно очищають і знежирюють мономером. Пластмасове тісто готують у фарфоровому або скляному посуді, насипавши туди певну кількість порошку (полімеру) і зволоживши його рідиною (мономером).

Співвідношення порошку і рідини 2:1 за об'ємом або 3:1 по масі. Перемішавши порошок і рідину металевим шпателем, накривають посуд кришкою для попередження випаровування мономера і витримують пластмасу до повного дозрівання. Ознакою готовності пластмаси до формування є поява довгих ниток, що тягнуться, і відставання її від стінок посуду.

4. Литтєвий: кінцеве моделювання базису доповнюється укріпленням литникової системи. Гіпсова прес-форма нероз'ємна, виготовляється з однієї порції гіпсу.

Замішування пластмаси у змішувачі. Використовується інжектор.

Компресійний: гіпсова прес-форма складається з двох частин. Замішування пластмаси вручну. Використовується зуботехнічний прес.

5. Зворотний.

6. Зворотний.

7. Порушенням технології пластмаси: попадання вологи або нерівномірне перемішування порошку з рідиною. Виготовляють новий протез.
8. Відділка, шліфування, полірування, очищення протеза.
9. Не нанесено ізолюючий лак.
10. Гранулярна пористість викликана недостатністю мономеру.
11. 3 стадія полімеризації пластмаси тістоподібна.
12. Загальноприйнята методика і литтєве пресування.
13. (1,5-2 мм).
14. Пакування пластмаси в стадії ниток, що тягнуться.
15. Пластмаса гарячої полімеризації "Фторакс".
16. Виготовити новий протез.
17. Гарячої полімеризації, пакування у кювету відбувається у тістоподібній стадії.
18. Пластмасове тісто готують у фарфоровому або скляному посуді.
19. Значне прилипання гіпсу до протезу.
20. Кінцеве моделювання.

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнту 71 року здають повний знімний протез Виникли складнощі з надяганням протезу. Яким чином виявити ділянки, що перешкоджають надіванню протеза?
2. Пацієнту 75 років здають повний знімний протез на нижню щелепу. Об'єктивно повна адентія. Лікар перевіряє балансування протезу. Яким чином?
3. Пацієнту 76 років здійснюється етап здачі повних знімних протезів. Об'єктивно: При огляді змикання зубів в положенні центральної оклюзії в порожнині рота виявлено контакт лише між боковими штучними зубами. Ваша тактика.
4. Пацієнту 57 років здійснюється етап здачі повних знімних протезів. Об'єктивно: відсутність зубів на обох щелепах .При огляді змикання зубів в положенні центральної оклюзії в порожнині рота виявлено передчасний контакт у ділянці фронтальних зубів. Ваша тактика.
5. Пацієнту 83 років виготовляють повний знімний протез на верхню щелепу. Раніш знімними протезами не користувався. Лікар виконав етап накладання повного знімного протезу. Які рекомендації необхідно дати пацієнту?
6. Під час здачі повного знімного протезу на верхню щелепу виявлено його балансування. Визначте причини даної помилки та вашу тактику.
7. Пацієнту 74 років виготовляється повний пластинковий протез на нижню щелепу. На етапі накладання протеза лікар оцінює прилягання протезу Які є основні вимоги до припасування протезу?
8. Пацієнту 84 років здані повні знімні протези на обидві щелепи. Пацієнт вперше протезований. Чим визначається термін адаптації пацієнта до протезів?
9. Пацієнтка віком 68 років скаржиться на біль під протезом на нижній щелепі. Об'єктивно: на нижній щелепі повний знімний ,який відповідає усім вимогам. Протез було виготовлено 3 дні тому. Слизова оболонка в ділянці внутрішньої косої лінії справа гіперемована. Яка тактика лікування є найоптимальнішою?
10. Пацієнту 65 років кілька днів назад накладений повний знімний пластинковий протез. Скарги на різкий біль в ділянці перехідної складки. Біль посилюється при жувальних рухах. Об'єктивно: у ділянці бічних зубів слизова оболонка перехідної складки гіперемована, болюча при торканні. Яка тактика лікаря?
11. Пацієнтці 80 років 3 дні потому зданий повний знімний протез на верхню щелепу. Жінка скаржиться на нестерпний біль в фронтальній ділянці. Об'єктивно: ясенний край в фронтальній ділянці гіперемований, набряклий, при зондуванні кровоточить. Ваша тактика.

12. Пацієнту 59 років виготовляється повний знімний протез на верхню щелепу. На етапі накладання протеза лікар виявив недостатнє прилягання базису протеза до слизової оболонки протезного ложа. Що потрібно зробити?
13. Пацієнт І., звернувся на поломку повного знімного пластинкового протеза. Протез був виготовлений 9 місяців тому. Проводиться гіпсування протеза для його ремонту. Який метод гіпсування найчастіше застосовують при ремонті протеза?
14. Пацієнт А., звернувся на поломку повного знімного пластинкового протеза. Протез був виготовлений 1 місяць тому. Після лагодження протеза визначається балансування протеза. Яка допущена помилка при лагодженні протеза?
15. Пацієнт 78 років скаржиться на прикушування щоки під час жування. Із анамнезу: 3 дні тому виготовлені повні знімні протези. Яка помилка допущена при виготовленні протезів?
16. Пацієнтка 75 років скаржиться на втому жувальних м'язів та стукіт штучних зубів під час розмови. Із анамнезу: 1 місяць тому були виготовлені повні знімні протези. Яка помилка допущена при виготовленні протезів?
17. Пацієнт 77 років якому були виготовлено повний знімний пластинковий протез, на етапі їх накладання на нижню щелепу виявлено зсув протезу назад. Яка причина?
18. Пацієнт 76 років скаржиться на погану фіксацію верхнього повного знімного протеза, що утруднює пережовування їжі та мову. Об'єктивно: відзначається спадання протеза при відкриванні рота, видимих патологічних змін на слизовій оболонці не виявлено. На якому етапі виготовлення протеза була допущена помилка?
19. Пацієнту 79 років в клініці ортопедичної стоматології виготовлені повні знімні протези. При здачі протезів виявлене значне підвищення міжальвеолярної висоти. На якому етапі виготовлення протезів допущено помилку?
20. Пацієнт Г., 68 років, скаржиться на неможливість користування повними знімними протезами. Протези виготовлені 2 місяці тому. Об'єктивно: згладженість носогубних та підборідних складок, під час розмовної проби чути "постукування" зубів, відсутній проміжок між зубами в стані фізіологічного спокою. На якому етапі виготовлення протезів була припущена помилка?



## Відповіді до теми №13

1. За допомогою копіювального паперу, який накладають між протезом і природними зубами.
2. Другі пальці обох рук накладають на оклюзійні поверхні штучних зубів і притискають спочатку один бік, а потім – інший.
3. Потрібно за допомогою копіювального паперу зі шліфувати горби штучних зубів.
4. Потрібно накласти на штучні зуби смужку воску, визначити центральну оклюзію і виконати нову постановку зубів.
5. Необхідно навчити пацієнта самостійно знімати і накладати протез. Дати рекомендації: після приймання їжі знімати протез, мити його і полоскати рот; не гризти горіхи, сухарі і кістки.
6. Деформація відбитка, деформація робочої моделі, недостатня припасовка протеза, необережна кінцева обробка протезу.
7. Протез повинен не травмувати: слизову щік, вуздечок, бічних тяжів, не підвищувати і не занижувати прикус.
8. Конструкцією протеза, психологічними особливостями хворого; також потрібно враховувати, чи вперше виготовлений протез.
9. Перевірити оклюзію та провести корекцію базису протеза в ділянці внутрішньої косої лінії справа.
10. Провести корекцію краю базису знімного протеза в ділянці гіперемії.
11. Здійснити корекцію у фронтальній ділянці.
12. Виготовити новий протез.
13. Прямий метод гіпсування.
14. Неправильне зіставлення країв повного знімного протезу.
15. Поставлені штучні зуби без урахування м'язової рівноваги .
16. Завищена висота центральної оклюзії.
17. Надмірно об'ємне моделювання базису з вестибулярного боку.
18. Отримання функціонального відбитка.
19. При визначенні та фіксації центральної оклюзії.
20. На етапі визначення центральної оклюзії.

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнт 73 років звернувся зі скаргами на біль в ділянці нижньої щелепи, що з'явилася через 3 дні після початку користування повними знімним протезом. Об'єктивно: слизова оболонка в передній ділянці альвеолярного відростка беззубої нижньої щелепи гіперемована, набрякла. Який діагноз найбільш імовірний?
2. Пацієнт 69 років звернувся зі скаргами на біль у ділянці перехідної складки верхньої щелепи, що з'явився через 3 дні після початку користування повним знімним протезом. При обстеженні виявлена декубитальна виразка. Що необхідно зробити?
3. Пацієнтка 74 років скаржиться на печію під базисом повного знімного протеза, сухість, гіркий присмак. Протез виготовлений 3 тижня назад. Об'єктивно: слизова альвеолярного відростка набрякла, розлита гіперемія відповідно меж накладеного протеза. Язик гіперемований, сухий, розтрісканий. Який додатковий метод дослідження найбільш доцільний у цьому випадку?
4. Пацієнт 67 років звернувся зі скаргами на біль в ділянці піднебіння під час користування повним знімним протезом, виготовленим три місяці назад і його балансування під час прийому їжі. Об'єктивно: різко виражений піднебінний торус, слизова оболонка в його ділянці гіперемована, набрякла. Яка найбільш можлива причина даного ускладнення?
5. Пацієнтка 73 років скаржиться на неможливість користування повним знімним протезом на нижню щелепу через хворобливість при жуванні. Об'єктивно: місяць тому здано протез, гострі кісткові виступи по альвеолярному відростку, виражена коса лінія. Як зменшити травматичну дію протеза?
6. Пацієнт Т. скаржиться на неможливість користування знімним протезом через відчуття печії в слизовій оболонці протезного ложа, сухість в порожнині рота; виділення густої, клейкої слини. Об'єктивно: гіперемія, набряк слизової оболонки під протезом, сухість слизової оболонки. Яка тактика лікаря?
7. Пацієнтці 70 років виготовляють повний знімний протез на верхню щелепу. Об'єктивно: Склепіння піднебіння плоске, виражений торус. Верхньощелепні горби та альвеолярний відросток атрофовані. Пацієнтці виготовлені повні знімні протези для верхньої та нижньої щелеп. Які побічні ефекти користування ними?
8. Пацієнту 67 років виготовляється повний пластинковий протез для верхньої щелепи. Після здачі протеза хворий скаржиться на виражений блювотний рефлекс. Яким чином можливо зменшити це явище?
9. Пацієнтка 65 років, вчителька, скаржиться на порушення мовлення. Відомо, що

тиждень тому хворій виготовили повні знімні протези з пластмасовим базисом на обидві щелепи. Чим викликані скарги хворої? Ваша тактика.

10. Пацієнт 62 років звернувся до лікаря зі скаргами на неможливість користування повним знімним протезом, виготовленим рік тому. У пацієнта спостерігається алергічні явища на мономер. який вид протезування ви запропонуєте у даній ситуації ?

11. Пацієнт 75 років звернувся в клініку ортопедичної стоматології з метою протезування. З анамнезу відомо, що протягом останніх 20 років він користувався знімними протезами. Об'єктивно: Значна атрофія альвеолярного відростка, плоске піднебіння, мілке дно порожнини рота. Ваш прогноз щодо успішності повторного протезування.

12. Пацієнт 73 років з'явився з метою повторного протезування. З анамнезу відомо, що протягом 11 років він користувався повним знімними протезами на обидві щелепи. Об'єктивно: На слизовій оболонці піднебіння венозна гіперемія з чіткими контурами, що відповідають межах знімного протеза. Чим викликане подібне явище?

13 . Пацієнт 67 років звернувся із скаргами на неможливість користування повним знімним протезом внаслідок постійного відчуття печії слизових оболонок ротової порожнини, сухість у роті. Об'єктивно: на гіперерованій слизовій оболонці протезного ложа відзначаються, в кутах рота заїда. Де допущена помилка?

14. Пацієнтка 74 років звернулася зі скаргами на печію та болісні відчуття під час користування повними знімними протезами, що були виготовлені 5 років тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці протезного ложа гіперемія, набряк, в задній третині піднебіння та погана фіксація протеза. Яка повинна бути тактика лікування?

15. Пацієнт З., 67 років , звернувся до клініки з скаргами на повну відсутність зубів. З анамнезу - алергічна реакція на барвник який входить до складу пластмаси. Яка з запропонованих конструкцій буде найдоцільнішою, враховуючи високі естетичні вимоги до конструкції ?

16. У пацієнта віком 65 років з повною втратою зубів на верхній щелепі після виготовлення повного знімного протеза на основі скарг, даних об'єктивного обстеження і лабораторних досліджень встановлено діагноз: токсичний стоматит. Які дії із запропонованих потрібні в цій клінічній ситуації?

17 Пацієнтка віком 72 років скаржиться на печіння під базисом повного знімного протеза, сухість і гіркий присмак у роті. Протез виготовлено 3 тиж. тому. Об'єктивно: слизова оболонка коміркового відростка набрякла, гіперерована відповідно до меж

накладеного протеза. Язик гіперемований, сухий, розтрісканий. Який додатковий метод дослідження найдоцільніше застосувати в цьому випадку?

18. Пацієнтка віком 77 років, якій виготовлено повний знімний протез на нижню щелепу, скаржиться на печіння, набряк слизової оболонки. Раніше користувалась пластинковими протезами з пластмаси. Об'єктивно: слизова оболонка коміркової частини нижньої щелепи, губ, щік, язика гіперемована, нижня губа набрякла. Який діагноз найімовірніший у цьому випадку?

19. Пацієнту віком 72 років 2 тиж. тому виготовлено повні знімні протези. Через 3 дні після фіксації протезів у пацієнта виникло відчуття печіння під базисом протеза. Об'єктивно: повні знімні протези задовільної якості. Під базисом протеза слизова оболонка протезного ложа гіперемована, з точковими крововиливами. Яка найвірогідніша причина виникнення непереносності пластинкових протезів?

20. Пацієнт 68 років скаржиться на утруднене приймання їжі внаслідок травмування слизової оболонки коміркового відростка верхньої щелепи протягом 3 днів. Об'єктивно: на перехідній складці на рівні 14, 15 зубів із боку присінка рота декубітальна виразка розмірами 1 x 3 мм із гладенькими краями рожевого кольору. Який діагноз потрібно встановити даному пацієнтові?

## Відповіді до теми №14

1. Гострий катаральний травматичний протезний стоматит.
2. Провести корекцію базису протеза.
3. Алергічні проби.
4. Не проведена ізоляція торуса.
5. Потрібно виготовити протез із еластичною підкладкою.
6. Визначити, яка складова пластмаси є алергеном і виготовити новий протез.
7. Порушення вимовляння, гіперсалівація, зменшення смакової чутливості, блювотний рефлекс, ефект медичної банки, парниковий ефект, атрофія кісткової основи протезного ложа.
8. Базис можна скоротити в ділянці лінії «А».
9. При протезування повними знімними протезами об'єм порожнини рота значно зменшується, тому що товщина базисів складає біля 2 мм. До того ж до нових умов вимовляння звуків повинен пристосуватися і язик. Можна порекомендувати хворій тренуватися у вимовлянні шляхом читання вголос.
10. Металевий повний знімний протез, нейлоновий .
11. З одного боку користування знімними протезами в анамнезі прискорить процес адаптації, з іншого – тривале носіння протезів викликало атрофію тканин протезного ложа, що погіршує умови протезування.
12. Функціональним присмоктуванням протезу, так званим ефектом медичної банки. Під базисом утворюється замкнений простір з негативним тиском.
13. Алергічний стоматит.
14. Виготовлення нового протеза.
15. Виготовлення повного знімного протезу із безколірної пластмаси .
16. Виготовлення нового протеза.
17. Алергічні проби.
18. Алергічний протезний стоматит.
19. Алергічна реакція слизової оболонки порожнини рота на компоненти пластмаси.
20. Травматичний стоматит.