

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ХВОРОБИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА, ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ**  
**ШТУЧНИМИ КОРОНКАМИ**

2023

## Загальна частина

### Коди стану або захворювання

**НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:** K03 Інші хвороби твердих тканин зубів;

**НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій»:** 470 Зубні коронки

472 Інші стоматологічні послуги, пов'язані з коронкою і мостом.

### Розробники:

Микичак Ірина Володимирівна	заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Ожоган Зіновій Романович	завідувач кафедри ортопедичної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор, заступник голови робочої групи;
Павленко Олексій Володимирович	завідувач кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор;
Рожко Микола Михайлович	ректор Івано-Франківського національного медичного університету, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, професор;
Біда Віталій Іванович	завідувач кафедри ортопедичної стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор;
Король Дмитро Михайлович	завідувач кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології Полтавського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор;
Янішен Ігор Володимирович	завідувач кафедри ортопедичної стоматології Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;
Ступницький Ростислав Миколайович	проректор з навчально-наукової роботи та інноваційного розвитку медицини Київського міжнародного університету, Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор (за згодою);

Фастовець Олена Олександрівна	завідувач кафедри ортопедичної стоматології Дніпровського державного медичного університету доктор медичних наук, професор;
Гасюк Петро Анатолійович	завідувач кафедри ортопедичної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, доктор медичних наук, професор;
Макєєв Валентин Федорович	професор кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук;
Костенко Євген Якович	професор кафедри ортопедичної стоматології, декан стоматологічного факультету вищого навчального закладу Ужгородський національний університет, доктор медичних наук;
Савченко Володимир Віталійович	директор комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка», Заслужений лікар України, кандидат медичних наук, доцент (за згодою);
Панов Володимир Володимирович	завідувач ортопедичного відділення комунального некомерційного підприємства «Обласна клінічна стоматологічна поліклініка Івано-Франківської обласної ради» (за згодою);

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
----------------------------	--

### **Рецензенти**

Лабунець Василь Аксентійович	доктор медичних наук, професор, завідувач відділення ортопедичної стоматології ДУ «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії» НАМН України, Заслужений лікар України;
Палійчук Іван Васильович	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету, Заслужений винахідник України.

**Дата оновлення стандартів – 2028 рік.**

## **Розділ I. Організація надання медичної допомоги при ортопедичному лікуванні штучними коронками**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Ортопедичне лікування хвороб твердих тканин зубів штучними коронками здійснюється амбулаторно у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану стоматологічну медичну допомогу.

Надання медичної допомоги при ортопедичному лікуванні штучними коронками потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнта мультидисциплінарною командою, до якої можуть бути залучені фахівці з ортопедичної, терапевтичної стоматології, радіології, ортодонції, пародонтології, зубні техніки, інші фахівці з відповідною кваліфікацією та досвідом лікування.

### **2. Обґрунтування**

Вчасно організована і надана кваліфікована ортопедична стоматологічна допомога забезпечує збереження твердих тканин зуба, відновлення жувальної ефективності, естетичний вигляд пацієнта, попереджує появу дефекту зубного ряду, розвиток захворювань пародонту, зубощелепних деформацій, захворювань скронево-нижньощелепного суглоба.

### **3. Критерії якості медичної допомоги**

#### **Обов'язкові**

1) Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення пацієнтів, діагностики та ортопедичного лікування зубів штучними коронками.

2) Існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, що містить дані щодо діагнозу пацієнта, плану обстеження та лікування, узгоджений з пацієнтом і, за згодою, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд.

3) Пацієнт і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, перебігу захворювання, плану обстеження та лікування і подальшого спостереження, щодо профілактики хвороб твердих тканин зубів, прийняти рішення про проведення професійної гігієни ротової порожнини, акцентувати увагу пацієнта на проведення індивідуальної гігієни ротової порожнини, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів лікування, контактів для отримання додаткової інформації та консультацій.

## **Розділ II. Діагностика хвороб твердих тканин зуба**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Діагноз хвороби твердих тканин зубів встановлюється на основі скарг пацієнта, збору анамнезу, клінічного обстеження, додаткових методів обстеження, необхідних для встановлення причин та особливостей клінічної

картини, з метою вибору методу спеціальної підготовки і подальшого ортопедичного лікування.

## **2. Обґрунтування**

Детально зібрані скарги та анамнез пацієнта вказують на основні причини хвороб твердих тканин зубів, тривалість захворювання, що впливає на необхідність застосування додаткових методів обстеження, вибору методу лікування, врахування естетичних і функціональних критеріїв та підвищення якості життя пацієнта.

## **3. Критерії якості медичної допомоги**

### **Обов'язкові**

1) Збір скарг і анамнезу включає інформацію щодо тривалості захворювання, частоти випадіння пломб, проведених попередніх методах лікування, наявності травматичного чинника.

2) При огляді пацієнта необхідно провести обстеження слизової оболонки ротової порожнини, стан пародонту і твердих тканин зубів, стан зубних рядів, встановити наявність дефекту твердих тканин зуба каріозного або некаріозного пошкодження, наявність аномалій форми або положення зубів, стійкість зубів, змінений колір зуба, об'єм пошкодження коронкової частини зуба (60-80%), проведене ендодонтичне лікування зуба.

3) З метою додаткової діагностики застосовуються рентгенологічні методи обстеження (прицільна, ортопантомограма, панорамна рентгенограма, томограма), оклюзіографія, отримання повних анатомічних діагностичних відбитків для виготовлення діагностичних моделей і вивчення діагностичних моделей щелеп, оцінка прикусу і висоти нижньої третини обличчя, методика електроодонтодіагностики, визначення центральної оклюзії, зняття цифрового діагностичного відбитка, сканування моделей і аналіз цифрових моделей щелеп.

4) Для встановлення діагнозу може застосовуватися класифікація Black, класифікація дефектів твердих тканин за локалізацією або доступні класифікації карієсу або інших етіологічних чинників дефектів твердих тканин зубів.

## **Розділ III. Лікування хвороб твердих тканин зубів штучними коронками.**

### **1. Положення стандарту медичної допомоги**

Показаннями до штучних коронок є мотивація та прагнення пацієнта, необхідність відновлення форми, функції та зовнішнього вигляду зубів, які сильно зруйновані, зношені або зламані до такої міри, що прості форми реставрації протипоказані або виявилися неефективними під час клінічного застосування, для покращення форми та зовнішнього вигляду неестетичних зубів, з якими неможливо впоратися більш консервативними естетичними процедурами (терапевтичним лікуванням, прямими реставраціями) при ураженні 60-80% твердих тканин зуба, зменшити ризик переломів зубів, що

були відреставровані, в тому числі ендодонтично ліковані передні і задні (бічні) зуби, щоб істотно змінити форму, розмір і нахил зубів із естетичною та функціональною метою, відновити зубний імплантат (провести протезування на імплантатах), для шинування рухомих зубів, для фіксації мостоподібних протезів, часткових знімних протезів, ортодонтичних апаратів.

При плануванні лікування доцільно використовувати демонстраційні моделі та ілюстровані історії хвороб для обговорення з пацієнтом; застосовувати діагностичні моделі для визначення обсягів препарування та виготовлення wax-up.

Після повного обговорення запропонованого лікування з пацієнтом має бути отримана інформована згода на всі види незнімного протезування.

Перед протезуванням має бути проведена відповідна підготовка зубів та подальше препарування зубів, що має плануватися з урахуванням доступу і відповідно даних рентгенографії та вивчення діагностичних моделей.

## **2. Обґрунтування**

Використання wax-up та try-in є корисним щодо подальшого лікування. Важливим є знайомство з зубним техніком, що надалі буде виготовляти протези; позитивні відгуки.

Коронки повинні відповідати анатомічній формі зуба та оклюзійним співвідношенням, естетичним вимогам, відновлювати міжзубні контакти, щільно охоплювати шийку зуба, бути максимально традиційною та простою, одночасно відповідати фізико-механічним вимогам; покращувати оклюзійні співвідношення, таким чином забезпечуючи рівномірний розподіл жувального навантаження; не подразнювати тканини протезного ложа та не перешкоджати гігієні порожнини рота, відповідати клінічному прогнозу щодо терміну використання.

Пацієнти повинні бути поінформовані про результати, можливі ускладнення, гарантійні терміни користування конструкціями, а також про необхідність догляду за протезами. Крім того, пацієнти повинні усвідомлювати, що успіх лікування буде в значній мірі залежати від гігієнічного догляду за порожниною рота. Це є невід'ємною частиною процесу отримання інформованої згоди від пацієнта до початку лікування. Усі плани лікування повинні постійно переглядатися на всіх етапах ведення пацієнта.

Основні принципи препарування зубів передбачають: збереження тканин зуба, оптимальну форму для фіксації та опори, відповідність оклюзійним співвідношенням, видалення необхідного обсягу тканини зуба, що зробить можливим виготовлення естетичної та функціональної конструкції протеза, збереження контурів оклюзійної поверхні, створення чітких контурів, які забезпечують оптимальну форму коронки, атравматичні методики препарування.

Тимчасові протези можуть знадобитися для збереження форми та функціонування під час лікування, що передбачає використання зубних імплантатів. У цьому відношенні кращими є протези з опорою на зуби.

## **3. Критерії якості медичної допомоги**

**Обов'язкові:**

- 1) Підготовка до протезування повинна передбачати:
  - полегшення болю, видалення нежиттєздатних зубів, санацію порожнини рота і за показаннями попереднє коригування оклюзійних співвідношень;
  - безопераційну пародонтотерапію;
  - оцінку реакції пацієнта на початкове лікування;
  - дослідження окремих зубів та встановлення штифтових конструкцій;
  - закінчене ендодонтичне лікування;
  - оцінку наявних імплантатів, які плануються як опорні. Вони вимагають особливої уваги для оптимізації кінцевого результату протезування.
  - необхідне ортодонтичне лікування;
  - необхідне хірургічне пародонтологічне лікування;
  - закінчену оклюзійну корекцію за необхідності;
  - встановлення зубних імплантатів, якщо це входить до плану лікування.
- 2) При виготовленні штучних коронок слід враховувати стан порожнини рота та загальний стан пацієнта, стан наявних зубів і твердих тканин зуба, стан пародонту та дотримання гігієни порожнини рота, переваги і недоліки встановлення коронки та імовірність виникнення ускладнень для досягнення клінічного успіху, а також майстерність і досвід клініциста.
- 3) Вибір матеріалу для коронки визначається: естетичними очікуваннями пацієнта, але при цьому не вимагати надмірного препарування здорових тканин зуба; сприяти адаптації тканин протезного ложа; а також потрібно брати до уваги тканини зуба та матеріали, що знаходиться поруч та антагоністи; технічні умови виготовлення.
- 4) Препарування зубів планується з урахуванням доступу і відповідно даних рентгенографії та вивчення діагностичних моделей і має враховувати: морфологію та анатомію зубів; кількість і розташування тканини, що залишилися, які забезпечують утримання реставрацій, з урахуванням штифтів; оклюзійні співвідношення; необхідність реконструкції; взаємозв'язки з сусідніми зубами і м'якими тканинами; матеріал (матеріали), які будуть використовуватися; бажаний довготривалий результат; естетичні вимоги.
- 5) Обсяги та форми препарування зубів обираються відповідно до конкретної клінічної ситуації та наведені у додатку 1 до цих Стандартів.
- 6) Якщо життєздатність пульпи зуба, ймовірно, буде поставлена під загрозу через ступінь необхідного препарування, може бути показано додаткове підготовче лікування, що включає ортодонтичні переміщення або ендодонтичне лікування. Для визначення необхідних підготовчих до препарування заходів необхідно визначитися з об'ємом тканин, що потребують видалення.
- 7) Для подальшого виготовлення коронки/конструкції необхідно отримати точний, повністю стабільний відбиток (негативне відображення) твердих тканин препарованих зубів, дентальних імплантатів і відповідних м'яких тканин; вимоги до отримання відбитку наведено у додатку 2 до цих Стандартів.

8) При прийнятті конформативного підходу (тобто штучна коронка повинна бути в оклюзійному контакті з існуючими зубами-антагоністами або конструкціями зубних протезів протилежної щелепи) необхідно реєструвати міжгорбкове положення / центральну оклюзію. Коли планується реорганізований підхід, краще, якщо зміна співвідношення щелеп була зроблена до препарування зуба таким чином, щоб міжгорбкове положення / центральна оклюзія та положення центральної осі збігалися. Це полегшує реєстрацію співвідношення щелеп.

9) Для відновлення, захисту та підтримки положення препаративаних зубів між візитами та до встановлення остаточної реставрації можуть бути застосовані тимчасові протези.

10) Під час виготовлення та встановлення тимчасових коронок необхідно забезпечити оклюзійну точність; підтримку здоров'я пульпи та пародонту; хорошу крайову адаптацію. Тимчасові реставрації слід цементувати на зубах матеріалом, який забезпечує адекватне крайове прилягання, але має фізичні властивості, що дозволяють видаляти тимчасову реставрацію без пошкодження основного препарування.

11) Для підтвердження клінічної прийнятності завершених або частково завершених коронок з точки зору прилягання і крайової адаптації, контактів та взаємовідносин з сусідніми та протилежними зубами, форми, естетичності та задоволення пацієнта має бути проведена перевірка конструкції коронки. Перед перевіркою необхідно підтвердити задовільну якість лабораторної роботи. Незначні коригування під час примірки найкраще виконати, поки пацієнт ще присутній; якщо якість коронки вважається незадовільною, необхідно визначити причину проблеми перед тим, як модифікувати або переробляти виріб.

12) Слід розглянути можливість тимчасового цементування коронок, які, наприклад, змінюють вертикальну висоту обличчя або змінюють естетику чи оклюзійні функціональні співвідношення, незважаючи на те, що вони відповідають безпосереднім критеріям клінічної прийнятності.

13) Після припасування і періоду тимчасової фіксації, за згодою пацієнта і лікаря, виконується постійна фіксація конструкції в порожнині рота з опорою на зуб і на імплантат відповідно до додатку 3 до цих Стандартів.

14) Після виконання постійної фіксації конструкції проводиться контрольний огляд з метою оцінки реакції пацієнта на реставрації і вирішення певних післяопераційних труднощів, побоювань, болі чи дискомфорту, які виникли після накладання конструкції; під час контрольного огляду перевіряються контакти і співвідношення між сусідніми зубами і зубами-антагоністами, оцінюється стан слизової оболонки та підтримання належної гігієни порожнини рота відносно реставрацій, за необхідності проводиться корекція з поліруванням корегованих поверхонь, надаються рекомендації пацієнту щодо гігієни порожнини рота і подальших корекцій.

15) Повторні обстеження незнімних протезів і коронок мають бути систематичними, включаючи внутрішньоротову рентгенографію. Повторне



обстеження пацієнтів з імплантами включає рентгенографічне обстеження через рік для контролю рівня атрофії періімплантантних тканин.

16) Вся клінічна інформація під час лікування, в тому числі щодо деталізації положення коронок, повторних обстежень, має бути повною, однозначною та фіксуватись в історії хвороби пацієнта.

**Бажані:**

17) Використання визначених, певних діаграм разом із діагностичними моделями та відбитками тимчасових реставрацій значно полегшує комунікацію. Клінічні фотографії можуть допомогти фахівцеві в розробці коронок, зокрема щодо аспектів форми та текстури поверхні, але не слід покладатися на них для точної передачі кольору.

### **Індикатори якості медичної допомоги**

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортопедичному лікуванні штучними коронками клінічного маршруту пацієнта.

### **Паспорти індикаторів якості медичної допомоги**

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам при ортопедичному лікуванні штучними коронками клінічного маршруту пацієнта.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандартів медичної допомоги «Хвороби твердих тканин зуба, ортопедичне лікування штучними коронками».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного клінічного маршруту пацієнта (КМП) в регіоні. Якість медичної допомоги при ортопедичному лікуванні штучними коронками, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 50%

2024 рік – 90%

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу при

ортопедичному лікуванні штучними коронками, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності клінічного маршруту пацієнта при ортопедичному лікуванні штучними коронками (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає медичну допомогу пацієнтам при ортопедичному лікуванні штучними коронками.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги**

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах. Коронки, незнімні мостоподібні протези та зубні імплантати», 2023р.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту  
медичних послуг**



**Олександра МАШКЕВИЧ**

Додаток 1  
до Стандартів медичної допомоги  
«Хвороби твердих тканин зуба,  
ортопедичне лікування штучними  
коронками»  
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

### **Обсяги та форми препарування зубів при ортопедичному лікуванні штучними коронками**

1. Препарування твердих тканин бічних зубів під металопластмасову коронку проводиться із створенням уступа, конусність апроксимальних поверхонь до осі зуба складає  $5-7^\circ$ , препарування твердих тканин оклюзійної, вестибулярної, оральної та апроксимальних поверхонь проводиться на товщину штучної коронки (1.8-2.0 мм).

2. Препарування твердих тканин бічних зубів під металокерамічну коронку, коронку на основі діоксиду циркону з керамічним облицюванням проводиться із створенням уступа, конусність апроксимальних поверхонь до осі зуба складає  $5-7^\circ$ , препарування твердих тканин оклюзійної, вестибулярної, оральної та апроксимальних поверхонь проводиться на товщину штучної коронки (1.5-1.8 мм).

3. При формуванні металевої оклюзійної та оральної поверхонь штучних коронок їх препарування проводиться на товщину 0,5-1,0 мм при виготовленні металокерамічної і металопластмасової коронок.

4. Препарування твердих тканин бічних зубів під металеву суцільнолітву коронку проводиться із створенням уступа, конусність апроксимальних поверхонь до осі зуба складає  $5-7^\circ$ , препарування твердих тканин оклюзійної, вестибулярної, оральної та апроксимальних поверхонь проводиться на товщину штучної коронки (0,5-0.8 мм).

5. Препарування твердих тканин бічних зубів під пластмасову, суцільну керамічну (фарфорову) коронку, коронку з діоксиду циркону проводиться із створенням уступа, конусність апроксимальних поверхонь до осі зуба складає  $5-7^\circ$ , препарування твердих тканин оклюзійної, вестибулярної, оральної та апроксимальних поверхонь проводиться на товщину штучної коронки (0,8-1.0 мм).

6. При формуванні металевої оклюзійної та оральної поверхонь штучних коронок їх препарування проводиться на товщину 0,5-1,0 мм при виготовленні металокерамічної і металопластмасової коронок.

7. При формуванні оклюзійної та оральної поверхонь штучних коронок на основі діоксиду циркону їх препарування проводиться на товщину 0,5-1,0 мм, апроксимальні поверхні і вестибулярна поверхня препаруються на 1,5-1,8мм для облицювання діоксиду циркону керамічною масою.

8. Препарування твердих тканин бічних зубів під металеву штамповану коронку проводиться на товщину штучної коронки (0,3-0.5 мм).

9. Вимоги до коронок, які опираються на імплантати: мають доведену клінічну ефективність; відповідають естетичним вимогам, відновлюють анатомічну форму зуба та оклюзійні співвідношення, міжзубні контакти, щільно охоплювати абатмент або платформу, відповідати фізико-механічним вимогам; забезпечуючи рівномірний розподіл жувального навантаження; не подразнювати тканини протезного ложа та не перешкоджати гігієні порожнини рота, відповідати клінічному прогнозу щодо терміну використання. Дентальні імплантати виробляються компаніями, що надають підтримку щодо навчання, наявності продукції та гарантують її якість; виготовлені з якісного матеріалу, мають оптимальну форму та дизайн поверхні; мають різну довжину та діаметр; мають різноманітні абатменти; мають внутрішнє з'єднання для абатментів; мають протоколи, що передбачають одноетапний та двоетапний хірургічний протокол, негайне встановлення, негайне навантаження, виготовлення цементованих та зафіксованих за допомогою гвинтів супраконструкцій; легкі у застосуванні завдяки наявності раціональних компонентів; мають мінімальну собівартість; доступні для пацієнта.

---

Додаток 2  
до Стандартів медичної допомоги  
«Хвороби твердих тканин зуба,  
ортопедичне лікування штучними  
коронками»  
(пудпункт 7 пункту 3 розділу III)

## **Виготовлення відбитку при ортопедичному лікуванні штучними коронками**

### **Вимоги до відбиткових матеріалів:**

Відбиткові матеріали слід вибрати відповідно до специфіки вимоги окремих ситуацій на основі їх фізичних властивостей і характеристик поводження.

Використаний відбитковий матеріал повинен відповідати відповідним стандартам.

У полімеризованому стані всі відбиткові матеріали повинні витримувати ефективні процедури дезінфекції.

### **Вимоги до відбиткових ложок:**

Незалежно від того, виготовлені на замовлення чи стандартні, відбиткові ложки повинні:

Мати достатнє розширення, щоб підтримувати відбиток усіх структур, які потрібно відобразити.

Бути досить жорсткими під час використання.

Включати оклюзійні контакти і, якщо вказано, відповідні елементи для сприяння утримання відбитків.

Мати відповідні характеристики, щоб дозволити використовувати будь-які необхідні відбитки для зубних імплантатів.

Мати міцну ручку, бажано цільну.

Бути здатними витримувати стерилізацію в автоклаві, якщо призначені для повторного використання.

### **Техніка проведення процедури:**

Відбиток має дозволяти встановити точні взаємовідносини між моделями в зуботехнічній лабораторії та надати достатню інформацію щодо оклюзійної форми, функції та взаємозв'язків.

Обробка м'яких тканин і контроль вологи мають бути ефективними, але атравматичними.

Відбиткові матеріали необхідно використовувати в суворій відповідності до інструкцій виробника.

Отримані відбитки повинні бути: ретельно промиті, ретельно оглянуті, піддаватися ефективній процедурі дезінфекції, ідентифіковані, захищеними і зберігатися відповідним чином, готовими до транспортування в зуботехнічну лабораторію таким чином, щоб виключити пошкодження, або забруднення.

### **Виготовлення відбитків протилежної зубної дуги**

Відбитки протилежної зубної дуги мають вирішальне значення для успіху при виготовленні коронки. Хоча такі відбитки, як правило, можуть бути успішно виконані з використанням альгілату, однак, потрібна велика обережність, щоб уникнути значних помилок у їх використанні.

Відбитки протилежної зубної дуги слід обробляти, дезінфікувати, захищати та зберігати з такою ж обережністю, як і основні відбитки.

Мета оклюзійної реєстрації полягає в тому, щоб дозволити протилежним гіпсовим моделям точно співвідноситись у оклюдаторі або артикуляторі.

Реєстрація може не вимагатися, якщо реставрується невелика кількість зубів і між непрепарованими зубами залишається достатньо контактів, щоб технік міг встановити адекватне міжгорбкове положення або центральну оклюзію. Достатня інформація, що інформує техніка, які зуби контактують у роті пацієнта при закритті нижньої щелепи, полегшить це.

#### **Вимоги до матеріалів для оклюзійної реєстрації:**

Легко та точно відтворюють деталі оклюзійної поверхні зубів.

Відображають обмежений потік після застосування.

Мають достатній робочий час для правильного позиціонування нижньої щелепи, але демонструють різкий перехід у твердий стан.

Мають стабільні розміри та можливість регулювання без спотворень у полімеризованому чи твердому стані.

У ситуаціях, коли пацієнти втратили задній оклюзійний контакт, оклюзійну реєстрацію можливо зробити лише за допомогою воскових оклюзійних валиків. Однак слід визнати обмеження, які вони мають для незнімних ортопедичних робіт.

#### **Техніка проведення процедури:**

Пацієнта слід проінструктувати та прорепетирувати в бажаному положенні нижньої щелепи.

Реєстраційний матеріал або пристрій слід розташувати або застосувати відповідно.

Реєстраційний матеріал не повинен перешкоджати повному закриттю нижньої щелепи.

Позиціонування нижньої щелепи має бути завершено протягом робочого часу реєстраційного матеріалу.

Слід реєструвати лише відтворювані та визначені положення нижньої щелепи.

Після набору реєстраційного матеріалу необхідно перевірити розташування нижньої щелепи та, якщо необхідно, уточнити реєстрацію.

Техніка, прийнята для видалення, очищення та дезінфекції, ідентифікації та зберігання реєстрацій, не повинна призводити до виникнення будь-яких значних помилок

Точність міжоклюзійної реєстрації повинна бути перевірена як стоматологом, так і техніком.

---



Додаток 3  
до Стандартів медичної допомоги  
«Хвороби твердих тканин зуба,  
ортопедичне лікування штучними  
коронками»  
(підпункт 13 пункту 3 розділу III)

### **Проведення постійної фіксації конструкції в порожнині рота**

#### *Постійна фіксація конструкції.*

Постійна фіксація конструкції в порожнині рота з опорою на зуб і на імплантат має як спільні елементи, так і суттєві відмінності.

#### *Фіксування реставрації на зубах.*

Цементування чи адгезивна фіксація застосовується за згодою пацієнта і лікаря після припасування і періоду адаптації з фіксацією конструкції на цемент для тимчасової фіксації.

Слід обрати систему фіксації, маючи на увазі наступне:

характер і стан відпрепарованого зуба.

характер обробки поверхні реставрації.

Перед фіксацією поверхню зуба слід очистити, ізолювати, обробити і кондиціонувати у відповідності до вимог застосування обраного цементу.

Матеріал для фіксації слід дозувати, змішувати і наносити в суворій відповідності до вимог заводу-виробника та контролювати в операційному полі згідно інструкції.

Остаточні реставрації мусять бути правильно встановлені на опорному зубі із забезпеченням вільного виходу надлишків цементу з під коронки. Надлишкова кількість цементу, яка повністю заповнює конструкцію буде заважати встановленню коронок. Конструкції не повинні зміщуватися відносно поверхні препарування від початку до повної полімеризації цементу. В цей час спеціальні заходи можуть бути необхідні для додаткового захисту і ізоляції фіксувального матеріалу. Після накладання конструкції надлишки цементу повинні бути видалені за допомогою інструментів і найменш травматичної техніки. Важливо ретельне видалення залишків цементу на апроксимальних поверхнях і під'ясенних ділянках.

Зацементовані коронки слід оглянути на предмет:

правильного накладання конструкції на опорні зуби;

відновлення апроксимальних контактів і контактів із зубами-антагоністами;

оклюзійної функції.

За необхідності, проводиться корекція, яка включає полірування корегованих ділянок.

#### *Коронки на імплантатах*

Постійна фіксація коронок застосовується за згодою пацієнта і лікаря після припасування і періоду тимчасової фіксації.

Постійні реставрації можуть бути з гвинтовою фіксацією, або з цементуванням на абатменти.

*Гвинтова фіксація коронок*

Постійна реставрація встановлюється і фіксується гвинтом, затягнутим на рекомендований виробником крутний момент.

Отвір для гвинта закривається за допомогою реставраційного композитного матеріалу.

Під композитним матеріалом голівка стопорного гвинта ізолюється тефлоною стрічкою чи відбитковим матеріалом.

*Цементна фіксація коронок*

Слід застосовувати невелику кількість цементу для мінімізації екструзії надлишкового цементу в оточуючі тканини.

В ділянці над абатментом гвинт повинен бути захищений тефлоною стрічкою чи відбитковим матеріалом.

Особливо важливо впевнитися, що не залишилося залишків цементу в інтерпроксимальних чи під'ясенних ділянках.

Зняття коронок, зафіксованих на цементі проводиться методиками їх розрізання або застосування апаратів для зняття незнімних протезів (типу Копа, CORONAflex).

*Для всіх конструкцій*

Після постійної фіксації коронок пацієнтам необхідно дати інструкції щодо застережень в разі післяопераційних больових відчуттів чи дискомфорту, а також відповідної гігієни порожнини рота.

---