

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. КАЗЕКО, Е. Ю. ПСТЫГА, Ю. Д. БЕНЕШ

ОДНОСЕАНСНОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2025

УДК 616.314-76/.77(075.8)

ББК 56.6я73

К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 19.02.2025 г., протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапевтической стоматологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета Н. В. Новак; каф. терапевтической стоматологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета

Казеко, Л. А.

К14 Односеансное замещение дефектов зубного ряда : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, Е. Ю. Пстыга, Ю. Д. Бенеш. – Минск : БГМУ, 2025. – 26 с.

ISBN 978-985-21-1849-1.

Изложены техники односеансного восстановления целостности зубного ряда с использованием современных пломбировочных материалов.

Предназначено для студентов 4-го курса, обучающихся по специальности «Стоматология» по учебной дисциплине «Консервативная стоматология».

УДК 616.314-76/.77(075.8)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-1849-1

© Казеко Л. А., Пстыга Е. Ю., Бенеш Ю. Д., 2025

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2025

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Цель занятия: освоить технику односеансного замещения включенных дефектов зубного ряда во фронтальном и боковом отделах с использованием современных методик адгезивной стоматологии.

Задачи занятия:

1. Определить показания и противопоказания к проведению техники односеансного замещения зубного ряда.
2. Освоить этапы выполнения односеансного замещения дефекта зубного ряда в условиях терапевтического приема.

Требования к исходному уровню знаний. Необходимо повторить:

1. Биомеханику зубочелюстной системы.
2. Классификацию дефектов зубного ряда.
3. Состав, свойства армирующих стекловолоконных элементов.
4. Состав, свойства композиционных материалов.
5. Методы изоляции рабочего поля.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомическое и гистологическое строение зуба.
2. Классификация стекловолоконных армирующих материалов.
3. Классификация композиционных материалов.
4. Классификация дефектов зубного ряда по Кеннеди.
5. Резервные силы периодонта.
6. Адгезивные системы: свойства.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Адгезивный мостовидный протез — определение, составные элементы.
2. Материалы, используемые при односеансном замещении дефекта зубного ряда.
3. Показания к односеансному замещению дефекта зубного ряда.
4. Противопоказания к односеансному замещению дефекта зубного ряда.
5. Методика выполнения: прямая и непрямая техники.
6. Полировка адгезивного мостовидного протеза. Динамическое наблюдение.
7. Особенности гигиены рта при наличии адгезивного мостовидного протеза, рекомендации пациенту.

Задание для практической работы студентов — клинический разбор и прием пациентов.

Для полного освоения материала данного занятия студент должен повторить вопросы из смежных дисциплин и владеть исходным уровнем знаний. На занятии осуществляется прием пациентов под руководством и контролем преподавателя. Студент проводит обследование стоматологического больного, дифференциальную диагностику, составляет план лечения, проводит

этапы лечения под руководством преподавателя. Все данные обследования и лечения должны быть отражены в стоматологической амбулаторной карте и проверены преподавателем.

ВВЕДЕНИЕ

Восстановление целостности зубного ряда вследствие осложненного кариеса или травмы является непростой задачей для клинициста.

В такой ситуации пациенту могут быть предложены: имплантация с последующим протезированием, несъемные металлокерамические или керамические мостовидные протезы, съемное протезирование. Однако нарушения окклюзии, атрофия альвеолярного отростка, препарирование интактных зубов при непрямом протезировании, его стоимость являются факторами, ограничивающими применение некоторых методов лечения. Не всегда рационально использовать традиционные мостовидные протезы, т.к. это предполагает значительное сошлифовывание твердых тканей зубов, иногда эндодонтическое лечение интактных зубов, что не отвечает современным требованиям минимально-инвазивного лечения.

Развитие адгезивной стоматологии значительно модифицировало концепции традиционной стоматологии в сторону минимального вмешательства. В 70-х гг. в качестве альтернативы традиционному протезированию были впервые предложены адгезивные мостовидные протезы (АМП). Протез фиксировался к соседним зубам с помощью адгезивной системы и изготавливался из композитной смолы, что делало этот метод более привлекательным из-за минимального удаления твердых тканей зуба.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Преимущества адгезивных мостовидных протезов:

- предполагают минимальный объем препарирования, что особенно актуально в случае хорошо сохранившихся опорных зубов;
- модуль эластичности приближен к тканям зуба: протезы обладают большей амортизационной способностью, мягче передают жевательное давление на опорные зубы;
- не стирают твердые ткани зубов-антагонистов;
- легко поддаются коррекции;
- обладают высокими эстетическими свойствами;
- восстанавливают функциональную целостность зубного ряда;

- способствуют сокращению времени пребывания пациента в кресле стоматолога и изготавливаются в один визит;
- биосовместимы: могут быть использованы у пациентов с аллергией на металлы;
- экономичны: как правило, стоят дешевле, чем традиционные мостовидные протезы;
- могут быть использованы в качестве временного протезирования при двухэтапной методике имплантации;
- могут изготавливаться в сочетании с адгезивными шинирующими конструкциями.

Показания к применению АМП:

- восстановление единичных включенных дефектов III и IV класса по Кеннеди небольшой протяженности (1–2 зуба в переднем отделе зубного ряда, 1 зуб в боковом отделе);
- необходимость одновременного замещения дефекта зубного ряда и шинирования в связи с заболеваниями периодонта;
- необходимость срочного замещения отсутствующего зуба в эстетических целях;
- отказ пациента от классических ортопедических методов восстановления;
- изготовление временного мостовидного протеза при двухэтапной имплантации;
- наличие противопоказаний к изготовлению металлосодержащих конструкций (аллергия, гальванизм).

При определении показаний важно учитывать:

- а) величину дефекта и его топографию;
- б) высоту коронок опорных зубов;
- в) состояние твердых тканей опорных зубов;
- г) состояние опорно-удерживающего аппарата зубов, граничащих с дефектом;
- д) степень выраженности анатомо-морфологических особенностей опорных зубов.

В качестве опоры под АМП используются устойчивые зубы с сохранившейся коронковой частью, однако АМП может быть использован в сочетании с шинирующими конструкциями у пациентов с заболеваниями периодонта.

Противопоказания к применению АМП:

1. Абсолютные:

- разрушение коронковой части опорных зубов, т. к. при этом уменьшается площадь опоры и прочность адгезии фиксирующего материала;
- повышенное стирание опорных зубов;
- подвижность опорных зубов;

- парафункции, бруксизм;
- вредные привычки у пациента;
- поворот и значительный наклон опорных зубов;
- тремы, диастемы;
- глубокий прикус;
- аллергическая реакция на материалы, используемые при изготовлении АМП.

2. *Относительное* — неудовлетворительные гигиенические навыки пациента.

В настоящее время развитие стоматологического материаловедения позволяет использовать для изготовления АМП различные фотополимерные материалы в сочетании с армирующими системами.

Конструкция АМП состоит из армирующего каркаса (волоконной системы) и фиксирующих и облицовочных элементов (композиционный материал).

Традиционный АМП состоит из опорных элементов и промежуточной части.

Промежуточная часть — искусственный зуб, который чаще всего изготавливают из фотополимеризационного композиционного материала.

Опорные элементы — это наиболее переменная часть протеза, чаще накладки, располагающиеся на оральной или жевательной поверхности зубов, граничащих с дефектом, и позволяющие сохранить опорные зубы практически интактными.

Опорные элементы могут быть изготовлены в виде:

- накладок на оральную или жевательную поверхность опорных зубов;
- вкладок;
- композитных накладок, укрепленных штифтами.

Требования к волоконным системам:

1. Отсутствие сенсibiliзирующего действия на пациента и врача.
2. Прочность и устойчивость к нагрузке.
3. Универсальность, удобство и легкость в применении.
4. Биосовместимость.
5. Физические и оптические свойства, близкие к твердым тканям зуба.
6. Доступность.

Классификация волоконных систем:

1. *По способу пропитки:*

- не импрегнированные (не пропитанные) смолой и непреполимеризованные;
- импрегнированные смолой и непреполимеризованные;
- импрегнированные смолой и преполимеризованные в заводских условиях.

2. По химической природе:

- органические — полиэтиленовое волокно;
- неорганические — стекловолокно.

3. По форме выпуска:

- лента (плетеная, неплетеная);
- жгут;
- нить;
- штифт.

В настоящее время для армирования АМП чаще используются:

1. Волокна на основе неорганической матрицы-стекловолокна.

Представители: Glasspan (Glasspan Inc., США), Fiber-Splint ML (Polydentia, США), FibreKor, Splint-it (Pentron Corporation, США), J-Fiber (Jen-Dental, США), Interlig angelus (Бразилия), ГласАрм (GlasArm, Россия), GlassDent (Украина), Полиглас (ЭСТА, Украина), Армосплинт (ВладМиВа, Россия), Vectris (Ivoclar, Германия), Dentapreg (Эдванцд Дентал Материал, Чехия), EverStick (GC, Япония), Glass Chords (Pharmacare Global Company F. Z. E., Польша), GrandTEC (Voco, Германия), ГлассАрм (GlassArm, Россия).

Арматура на основе неорганической матрицы-стекловолокна имеет лучшую биосовместимость, т. к. состоит из биоинертного стекла, а не пластика. Она не требует специальных условий хранения, легко режется обычными ножницами, хорошо адаптируется ко всем поверхностям зубного ряда. Выпускают ее в виде жгутов и лент, что значительно расширяет сферу применения. Жгутик оптимален для шинирования жевательной группы зубов с использованием техники создания бороздки, для восстановления одиночного дефекта зубного ряда или в качестве альтернативы внутрикорневым штифтам. Для избежания разволокнения стекловолоконной арматуры в месте будущего разреза требуется нанесение адгезива с последующей его полимеризацией.

2. Волокна на основе органической матрицы-полиэтилена.

Представители: Ribbond (Ribbond, США), Connect (Kerr, США), DVA-Fibers (Dental Ventures of America, США), Construct (Kerr, США), InFibra (Bioloren, Италия).

Арматура на основе органической матрицы представляет собой каркас, состоящий из высокопрочного полиэтиленового волокна. Преимущества полиэтиленового волокна — прочность, эластичность, устойчивость ко многим химическим реагентам, оно является хорошим диэлектриком. К недостаткам можно отнести: химическую инертность (не образует связи с композиционными материалами), возможность ленты набухать при контакте с жидкостью, необходимость в процессе работы использовать дополнительные аксессуары (специальные ножницы для резки, хлопчатобумажные перчатки), т. к. лента разволокняется при разрезании. Волокна подвергаются плазменной

обработке, что значительно улучшает их пропитывание композитом и ведет к созданию прочного блока (волокно + композит).

Ленты Ribbond делятся на три «поколения»: Original, THM и Ultra. Ленты разных поколений имеют одинаковый рисунок плетения, но отличаются толщиной и плотностью плетения полиэтиленовых нитей на см². Особенностью является запатентованное плетение ленты Ribbond (рис. 1).

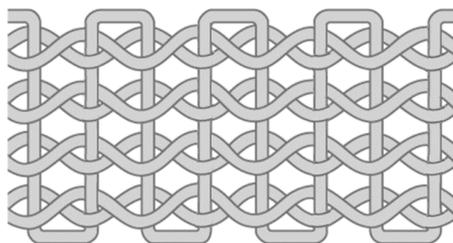


Рис. 1. Плетение ленты Ribbond

Для АМП рекомендуется использовать ленты THM и Ultra, которые имеют более высокий модуль эластичности, чем Original, и удобнее в применении. Нити THM и Ultra имеют толщину 0,18 и 0,12 мм соответственно. Ribbond Ultra имеет высочайший модуль упругости при изгибе, выдерживает куда более высокую пиковую нагрузку, чем Ribbond THM, и лучше поддается адаптации.

Существует несколько способов наложения ленты, на которой затем из композита формируют отсутствующий зуб:

- *вертикальное* — волокно лежит перпендикулярно альвеолярному гребню;

- *горизонтальное* — волоконный каркас накладывают на дно сформированной полости;

- *параллельное* — две стекловолоконные ленты фиксируют в полости параллельно друг другу;

- *перпендикулярное* — первое волокно располагают параллельно альвеолярному отростку, а второе — перпендикулярно.

В результате математических, лабораторных исследований и клинических наблюдений были сформированы рекомендации по выбору методики изготовления АМП.

Расположение армирующей ленты в конструкции адгезивного протеза может быть следующим:

- при дефекте фронтального отдела зубного ряда, требующего эстетической реставрации зуба, предпочтительнее вертикальное расположение армирующей ленты перпендикулярно альвеолярному отростку; такая позиция

укрепляющих волокон обеспечивает достаточную площадь для моделирования вначале основы резца, а затем его индивидуальных особенностей;

– при отсутствии премоляра предпочтительнее горизонтальное расположение ленты параллельно альвеолярному краю, что позволяет значительно повысить устойчивость конструкции к вертикальной нагрузке при жевательных движениях;

– при отсутствии моляра требуется изготовление упроченной конструкции с использованием двух отрезков ленты, которые могут располагаться параллельно или перпендикулярно друг другу [1].

ИЗГОТОВЛЕНИЕ АДГЕЗИВНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

Существует 2 техники изготовления АМП: прямая и непрямая.

Этапы изготовления АМП прямой техникой:

1. Профессиональная гигиена рта (должна быть использована паста без фтора) (рис. 2).



Рис. 2. Частичная вторичная адентия зуба 1.5. Состояние после профессиональной гигиены

2. Определение цвета будущей конструкции (ориентируясь на симметричный и соседние зубы) (рис. 3).

3. Местное обезболивание.

4. Изоляция рабочего поля (коффердам) (рис. 4).

5. Препарирование углублений на апроксимальных поверхностях опорных зубов, которое выполняется с учетом ширины будущей фиксирующей ленты. Глубина углублений определяется таким образом, чтобы обеспечивалось надежное закрепление конструкции, а их длина охватывает практически всю боковую поверхность зуба, создавая необходимую площадь контакта для адгезии. При наличии кариозных полостей или некачественных пломб проводится их удаление и пломбирование.



Рис. 3. Подбор цвета будущего зуба



Рис. 4. Изоляция рабочего поля системой коффердам и препарирование углублений на опорных зубах

6. Измерение рабочей длины ленты. При помощи пинцета узкую полоску фольги укладывают таким образом, чтобы один конец плотно прилегал к отпрепарированной площадке одного зуба. Затем полоску протягивают ко второму опорному зубу и плотно прижимают к подготовленной поверхности. Свободную часть полоски обрезают, отмеряя размер армирующей ленты (рис. 5, 6).



Рис. 5. Измерение рабочей длины ленты при помощи фольги

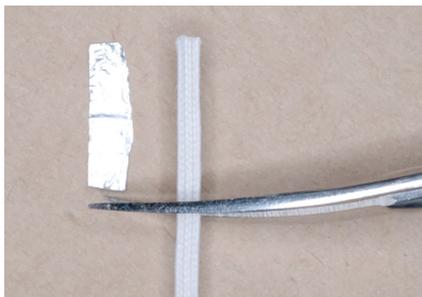


Рис. 6. Подготовка необходимой длины армирующей ленты

7. Подготовка ленты согласно рекомендациям фирмы-производителя (в случае неимпрегнированной ленты проводят ее пропитывание смолой (силаном) без полимеризации) (рис. 7, 8).



Рис. 7. Пропитывание армирующей ленты смолой (силаном)



Рис. 8. Просушивание пропитанной ленты при помощи салфетки

8. Адгезивная подготовка опорных зубов (рис. 9–11).



Рис. 9. Протравливание твердых тканей зуба 37%-ной ортофосфорной кислотой



Рис. 10. Смывание протравочного геля (после — высушивание)



Рис. 11. Нанесение адгезивной системы (с последующей полимеризацией)

9. Нанесение небольшого количества текучего композита на отпрепарированные площадки опорных зубов (без полимеризации) (рис. 12).



Рис. 12. Адаптация ленты к углублениям на опорных зубах и их фиксация с помощью текучего композита

10. Адаптация ленты на поверхности зубов, полимеризация (рис. 13).



Рис. 13. Фотополимеризованный каркас будущего адгезивного протеза (лента расположена параллельно альвеолярному краю)

11. Адаптация матрицы (металлической или полимерной полоски) для создания естественной формы шейки зуба. Восстановление каркаса и моделирование пришеечной части отсутствующего зуба (рис. 14–15).



Рис. 14. Припасовка металлической полоски для создания пришеечной части отсутствующего зуба



Рис. 15. Создание мостика к матрице при помощи текучего композита для дальнейшего моделирования зуба

12. Художественное моделирование отсутствующего зуба из композиционного пломбировочного материала с применением современных реставрационных техник и инструментов (рис. 16–18).



Рис. 16. Воссоздание дентинного этажа в технике Freehand



Рис. 17. Послойное нанесение эмалевых слоев зуба в технике Freehand



Рис. 18. Окончательный вид адгезивного протеза до полировки

13. Шлифовка адгезивного протеза (рис. 19–22). Полировка придесневой части протеза с помощью штрипс (рис. 23).



Рис. 19. Удаление слоя, ингибированного кислородом, при помощи сухой ротационной щетки



Рис. 20. Шлифование поверхности реставрации дисками разной абразивности



Рис. 21. Обработка поверхности реставрации полировочными головками



Рис. 22. Полирование поверхности реставрации щеткой для «сухого блеска»



Рис. 23. Шлифование промывной части АМП с помощью лавсановой штрипсы

14. Коррекция окклюзионных взаимоотношений (рис. 24–25).



Рис. 24. Вид конструкции в полости рта после коррекции окклюзионных контактов



Рис. 25. Вид АМП после финишной обработки

15. Финишная обработка конструкции (рис. 26–27).



Рис. 26. Полирование поверхности реставрации щеткой и пастой для окончательной обработки реставрации



Рис. 27. Окончательный вид АМП после полировки

16. Аппликация фтор-препаратов на дегидратированные зубы.

17. Мотивация пациента, подбор индивидуальных средств и предметов гигиены, обучение методу чистки зубов с учетом наличия АМП в полости рта.

18. Контрольные визиты пациента с целью контроля уровня гигиены в области конструкции и возможной повторной полировкой.

Непрямая техника изготовления АМП показана в случае ограничения открывания рта пациента, при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава, а также при необходимости расширения временных рамок для моделирования отсутствующего зуба и создания наиболее совершенных окклюзионных контактов.

При такой технике пациенту проводят профессиональную гигиену рта. Затем препарируют углубления на апроксимальных поверхностях опорных зубов (по вышеописанной методике в прямой технике). После получают оттиски с обеих челюстей, отливают модели зубных рядов и проводят моделирование адгезивного протеза непрямой методикой (заизолировав углубления на опорных зубах для последующего переноса полученной конструкции в полость рта). Все этапы подготовки армирующей ленты и моделирования отсутствующего зуба соответствуют таковым в прямой технике изготовления адгезивного протеза. Фиксацию адгезивного протеза осуществляют с использованием адгезивной техники: зубы обрабатывают по адгезивному протоколу, протез пескоструят оксидом алюминия, фиксируют на текучий композит (фотоотверждаемый или двойного отверждения). После проводят коррекцию окклюзионных взаимоотношений и финишную обработку конструкции.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АДГЕЗИВНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Прежде чем восстанавливать отсутствующий зуб при помощи АМП, следует провести беседу с пациентом на предмет индивидуальной гигиены рта, мотивировать его использовать дополнительные предметы и средства гигиены, а также оценить готовность пациента ухаживать за будущей конструкцией должным образом. Гигиенические процедуры у пациентов с АМП очень значимы, т. к. оказывают положительное влияние на долгосрочные результаты лечения. Первоначально необходимо провести мотивацию пациента по факторам риска, подобрать индивидуальные предметы и средства гигиены и обучить индивидуально подобранному методу чистки зубов. Использование обычной зубной щетки и пасты должно быть обязательно дополнено специальными инструментами для очистки межзубных пространств, а также пространства между десной и восстановленным зубом.

Применение зубных нитей (флоссов) может быть затруднено из-за отсутствия межзубных промежутков в области АМП. В придесневой зоне возможно использование суперфлоссов, которые более предпочтительны, т. к. состоят из промежуточной части (губчатого волокна) и жесткого конца для удобного введения под АМП (рис. 28).



Рис. 28. Использование суперфлосса под промывной частью АМП

Межзубные ершики и резиновые зубочистки также предназначены для очистки промежутков и пространств под адгезивным протезом. Кроме удаления налета, ворсинки ершика массируют слизистую оболочку десны, улучшая кровообращение (рис. 29–30).



Рис. 29. Резиновая зубочистка



Рис. 30. Межзубной ершик

Монопучковые щетки, предназначенные для удаления остатков пищи из межзубных промежутков и для массажа десен, могут быть использованы как с зубной пастой, так и без нее на завершающем этапе чистки зубов. Они бывают разной степени жесткости, их рабочая часть может отличаться по длине щетинок и форме. Такие щетки способны удалять налет с труднодоступных участков, таких, например, как оральная поверхность адгезивного протеза (рис. 31).



Рис. 31. Использование монопучковой щетки в области АМП

Ирригатор — это прибор, основной принцип работы которого заключается в пульверизации жидкости под давлением и образовании струи, удаляющей налет и пищевые остатки под промывной частью адгезивного протеза. Он также очищает зубодесневую борозду и периодонтальные карманы, предназначен для гидромассажа десен и улучшения микроциркуляции крови, что способствует поддержанию хорошего уровня гигиены и состояния тканей периодонта в области АМП. Ирригатор можно заправлять обычной водой,

раствором ополаскивателя для полости рта, а также растворами антисептиков по рекомендации врача-стоматолога.

Ополаскиватели для полости рта могут использоваться на завершающем этапе домашней гигиены. Они являются отличным дополнением к основным средствам гигиены, особенно при наличии в полости рта адгезивных протезов, т. к. при их использовании пациент совершает полоскательные движения, которые вымывают остатки пищи под промежуточным зубом, а также могут оказывать антисептическое и противовоспалительное действие, предотвращают неприятных запах из полости рта.

Межзубные стимуляторы — это эластичные конусы из полимерных материалов, предназначенные для массажа десен при заболеваниях пародонта и для очистки межзубных промежутков. Они бывают разных степеней жесткости и цветовой гаммы и могут крепиться на ручке зубной щетки или специальном держателе. Стимулятор вводится в каждое межзубное пространство, при легком нажатии на десневой сосочек выполняются круговые движения, продвигающие межзубный стимулятор в промежуток.

Динамическое наблюдение пациенту с адгезивным протезом следует проводить 4 раза в год с целью контроля уровня гигиены, состояния самого протеза. Рекомендуется проведение профессиональной гигиены рта 2–4 раза в год. При использовании АМП из-за возникающей жевательной нагрузки возможны поломки части протеза. В таком случае необходима починка АМП в полости рта прямым методом. Также возможна дополнительная полировка конструкции каждые полгода.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Показания к изготовлению АМП:

- а) временное восстановление целостности зубного ряда в эстетических целях;
- б) аллергия на металлы;
- в) утрата более двух жевательных зубов;
- г) гальванизм;
- д) утеря 1–2 зубов во фронтальном отделе.

2. Абсолютные противопоказания к изготовлению АМП:

- а) аллергия на метакрилаты;
- б) бруксизм;
- в) патологическая стираемость;
- г) патология прикуса;
- д) значительный наклон опорных зубов;
- е) все вышеперечисленное.

3. При изготовлении АМП необходимо учитывать:

- а) величину дефекта и его топографию;
- б) высоту коронок опорных зубов;
- в) состояние твердых тканей опорных зубов;
- г) состояние опорно-удерживающего аппарата зубов, граничащих с дефектом;
- д) степень выраженности анатомо-морфологических особенностей опорных зубов;
- е) все вышеперечисленное.

4. Конструкция АМП состоит:

- а) из армирующего каркаса;
- б) фиксирующих элементов;
- в) облицовочных элементов.

5. Опорные элементы могут быть изготовлены в виде:

- а) накладок на оральную или жевательную поверхность опорных зубов;
- б) вкладок;
- в) композитных накладок, укрепленных штифтами;
- г) все вышеперечисленное.

6. При инвазивном шинировании глубина отпрепарированной бороздки составляет (мм):

- а) 0,5–1,0;
- б) 1,0–1,5;
- в) 1,5–2,0;
- г) 2,5–3,0.

7. При инвазивном шинировании ширина отпрепарированной бороздки соответствует:

- а) ширине ленты;
- б) ширине ленты плюс 0,3–0,5 мм;
- в) ширине ленты плюс 0,5–1,0 мм;
- г) глубине бороздки.

8. Необходимую длину полиэтиленовой ленты Ribbond можно отрезать:

- а) только специальными ножницами;
- б) только скальпелем;
- в) любыми ножницами;
- г) специальными ножницами и скальпелем.

9. Стекловолоконная лента, для пропитывания которой необходима специальная жидкость для смачивания, называется:

- а) Армосплинт;
- б) Glassarm;
- в) Glasspan;
- г) Glass Chords.

10. К недостаткам арамидных волокон относятся:

- а) низкая прочность;
- б) желто-коричневый цвет;
- в) потеря прочности при набухании;
- г) маленький срок эксплуатации.

Ответы: 1 — а, б, г, д; 2 — е; 3 — е; 4 — а, б, в; 5 — г; 6 — в; 7 — а; 8 — г; 9 — а; 10 — б, в, г.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Новак, Н. В.* Альтернативные методы адгезивного протезирования в стоматологии : учеб.-метод. пособие / Н. В. Новак. – Минск : БелМАПО, 2021. – 23 с.
2. *Юдина, Н. А.* Шинирование зубов в периодонтологии : учеб.-метод. пособие / Н. А. Юдина, В. П. Кавецкий, М. О. Яковлева-Малых. – Минск : БелМАПО, 2018.
3. *Казеко, Л. А.* Волоконные системы в терапевтической стоматологии / Л. А. Казеко, О. А. Борисеева, М. С. Барановская. – Минск : БГМУ, 2010. – 24 с.
4. *Полонейчик, Н. М.* Адгезивные мостовидные протезы : учеб.-метод. пособие / Н. М. Полонейчик, Н. А. Мышковец ; Белорус. гос. мед. ун-т, каф. общ. стоматологии. – Минск : БГМУ, 2004. – 16 с.
5. *Пархамович, С. Н.* Современные подходы применения волоконных армирующих систем для адгезивного шинирования и микропротезирования / С. Н. Пархамович, Е. А. Тюкова // Современная стоматология. – 2016. – № 3 (64).
6. *Дворникова, Т. С.* Волоконное армирование в повседневной клинической практике. Часть II. Создание адгезивных мостовидных протезов / Т. С. Дворникова // Ин-т стоматологии. – 2009. – № 45. – С. 31–33.
7. Single-Visit Bridge. – URL: <https://ribbond.com/applications-single-visit-bridge.html#anchor> (date of access: 16.01.25).

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Введение	4
Характеристика адгезивных мостовидных протезов	4
Изготовление адгезивного мостовидного протеза.....	9
Гигиенические мероприятия у пациентов с адгезивными протезами	18
Самоконтроль усвоения темы.....	21
Список использованной литературы.....	24

Учебное издание

Казеко Людмила Анатольевна
Пстыга Екатерина Юрьевна
Бенеш Юлия Дмитриевна

ОДНОСЕАНСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Компьютерная вёрстка М. Г. Миранович

Подписано в печать 24.04.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «PROJECTA Special».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 0,97. Тираж 39 экз. Заказ 308.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.