

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федерация представителей молодежных научных обществ медвузов**

**Научно-образовательный медицинский кластер ЮФО «Южный»**

**Автономная некоммерческая организация развития образования и науки  
«Региональная ассоциация университетов»**

**Научное общество молодых ученых и студентов ВолгГМУ**

# **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

***Сборник 79-й международной научно-практической конференции  
молодых ученых и студентов***

***21-23 апреля 2021 г.***

УДК 61(06)  
ББК 53  
А 437

Под редакцией проректора по научной работе ВолгГМУ  
д. м. н., профессора *М. Е. Стаценко*

**Редакционная коллегия:**

председатель совета НОМУС ВолгГМУ *Д. С. Липов*  
руководитель редакционно-издательского отдела НОМУС ВолгГМУ *З. С. Ливашкина*

А 437 **Актуальные** проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 79-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов / под ред. М. Е. Стаценко – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2020. – 452 с.  
ISBN 978-5-9652-0543-1

В сборнике изложены материалы докладов молодых ученых (ординаторов, аспирантов, преподавателей, практических врачей) и студентов медицинских вузов России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Представленные материалы будут интересны студентам, научным сотрудникам и преподавателям медицинских и фармацевтических вузов, врачам и экологам.

**ISBN 978-5-9652-0543-1**

**УДК 61(06)  
ББК 53**

© Волгоградский государственный  
медицинский университет, 2021  
© Издательство ВолгГМУ, 2021

ний повседневных проблем[1,2,3]. Оптимизация труда позволяет сэкономить время и материалы[1,3]. Прямая реставрация – один из наиболее часто используемых методов восстановления функции и эстетики боковой группы зубов. Ее используют при лечении кариеса и его осложнений[1,3,4]. При реставрации боковой группы зубов используется техника силиконового ключа. Ее синоним – техника мини-оттиска. Оттиск снимают на протяжении нескольких зубов с помощью силиконовых оттисковых масс. Применяют С-силикон. Снимают как по типу двойного уточненного оттиска, так и без уточнения putty массой[3,4].

Техника «штампа» – одна из новых техник восстановления окклюзионного рельефа при реставрации боковых зубов. Ее суть заключается в изготовлении «штампа» из композитного материала до препарирования. После препарирования и заполнения полости материалом, на окклюзионную поверхность прикладываем «штамп». Получается идеальный рельеф, точно повторяющий естественное анатомическое строение зуба. Это способствует не только получению идеальной с эстетической точки зрения реставрации, но и наиболее оптимальных окклюзионных соотношений[5]. Другая похожая техника – метод силиконового ключа. Основное ограничение применения этой техники – необходимость наличия максимально интактной окклюзионной поверхности до препарирования. При наличии небольшой полости, необходимо закрыть ее с помощью воска[3,4].

Цель. Изучить преимущества и недостатки реставрации жевательной группы зубов с помощью силиконового ключа и техники «штампа».

Материалы и методы. На кафедре терапевтической стоматологии ВолГМУ проведено лечение моляров зубов у 30 пациентов (20 женщин и 10 мужчин), было запломбировано 31 зубов техникой силиконового ключа и 28 зубов техникой штампа.

Результаты и обсуждение. В ходе клинической практики при использовании силиконового ключа выявлены следующие недостатки: требуется дополнительный вспомогательный материал, который не всегда есть в наличии у стоматологов-терапевтов; для качественного отображе-

ния микрорельефа нужен уточненный оттиск; возможны искажения из-за деформации силикона в момент прижатия к композиту. Преимуществами данного метода являются: удобство репозиции ключа, так как имеется оттиск соседних зубов; экономия времени; простая технология.

Техника «штампа» лишена этих недостатков: не требуется наличие силиконовой оттисковой массы; более экономное расходование материала; возможность применение просроченных жидкотекучих композитных материалов; качественное отображение анатомии зуба; нет склонности к деформации.

После постановки пломб силиконовым ключом у 4 пациентов (13,3%) требовалась окклюзионно-артикуляционная коррекция, техникой штампа у 2 пациент (7,4%).

Выводы. Техника штампов и силиконового ключа создают надежную эстетическую реставрацию. Точность воспроизведения топографии намного выше, чем при простом ручном методе. Полученные реставрации повторяют рельеф поверхности зубов, более точно восстанавливают жевательную окклюзию.

#### Литература:

1. Мандра Ю. В., Ивашов А. С., Легких А. В. Клиническая оценка качества прямых реставраций при начальной стадии повышенной стираемости зубов // Проблемы стоматологии. – 2016. – Т. 12. – № 4. – С. 3-9.
2. Бобров Д.С., Старикова И.В., Радышевская Т.Н., Тамазан Н.Г. Сравнительная характеристика методов определения площади окклюзионных поверхностей зубов // COLLOQUIUM-JOURNAL. – 2019. – №3 - 2(27). – С. 33–35.
3. Завистяева М.В. Реставрация передней группы зубов техникой силиконового ключа // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 6.
4. Попова А.Н. Крайнов С.В. Техника «силиконового ключа», как новый подход к восстановлению жевательной поверхности зубов // The scientific heritage. – 2019. – № 39. – С. 41–45.
5. Лазарева К. Техника штампа – простое решение для реставрации боковых зубов // ДентАрт. – 2016. – № 4. – С. 14–20.

---

---

## РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

---

---

УДК 616.314-002

**Дьяченко А.Ю.**

### **ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ОТ ГЛУБИНЫ ФИССУР**

*Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии Института НМФО*  
*Научный руководитель: ассистент кафедры стоматологии Института НМФО Дьяченко Д.Ю.*

Введение. Одной из актуальных проблем стоматологии является кариес зубов. Наиболее частым местом его локализации считаются фиссуры [2, 4]. На долю кариеса окклюзионных поверхностей приходится порядка 60% случаев [3, 5]. Мы не встретили сведений о зависимости уровня глубины центральной фиссуры первых моляров постоянного прикуса и интенсивности кариеса в полости рта пациента.

Цель. Целью работы являлось выявление зависимости между глубиной фиссур первых моляров постоянно прикуса человека и интенсивностью кариеса.

Материалы и методы. Были обследованы 50 пациентов

обоих полов в возрасте 18-20 лет с интактными первыми молярами постоянного прикуса, обратившихся в ВОКСП. У всех пациентов был выявлен хороший уровень гигиены полости рта (значение ИГ в пределах 0 – 0,6). Всем обследуемым проводилось снятие двухслойных одномоментных анатомических оттисков С-силиконовой слепочной массой с последующей отливкой гипсовых моделей.

Измерение глубины фиссур первых моляров проводилось на 3D моделях, полученных по авторской методике методом фотометрии с гипсовых моделей обследуемых [1]. Вычисление глубины фиссуры проводили от усредненной плоскости вершин бугров исследуемого зуба и считали длину перпендикуляра, проведенного от полученной плоскости до самой глубокой точки фиссуры. Полученные значения были внесены в регистрационные карты. Регистрировались данные о высоте коронок исследуемых зубов. При определении высоты коронки измерялось кратчайшее расстояние от десневого края зуба до вершины медиально-щечного бугра. Измерения глубины фиссуры и длины коронковой части зуба проводили на 4х зубах с последующим усреднением данных одного пациента.

Уровень интенсивности кариеса определялся при помощи индекса КПУ. Все обследуемые были разделены на 5 групп по уровню интенсивности кариеса.

Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлена корреляция: у пациентов с возрастанием интенсивности кариеса наблюдается закономерное увеличение глубины фиссур. У пациентов с очень низким уровнем интенсивности кариеса (КПУ 0) – 2 человека – размер фиссур составил 1,14 мм. У обследуемых с низкой интенсивностью кариеса (КПУ 1-4) – 16 человек – размер фиссур был до 1,63 мм, что приходится на пропорциональный размер относительно высоты коронки зуба не больше 1/6. В группах со средней интенсивностью кариеса (КПУ 5-10) – 18 человек – среднее значение глубины фиссур составило 1,98 мм, – соответственно 1/4 от высоты коронки. В группах с высокой интенсивностью кариеса (КПУ 11-20) – 10 человек – размер фиссур достигал 2,33 мм, вплоть до 1/3 высоты коронки зуба. В группах с очень высокой интенсивностью кариеса (КПУ больше 20) – 4 человека – размер фиссур достигал 2,85 мм.

Выводы. 1. Выявлено, что одним из значимых факторов развития кариеса зубов является глубина фиссур.

2. У пациентов с возрастанием уровня интенсивности кариеса наблюдается закономерное увеличение глубины фиссур.

3. На стоматологическом приеме врач-стоматолог, учитывая уровень интенсивность кариеса и глубину фиссур, может определить план дальнейшей профилактической программы пациента.

#### Литература:

1. Воробьев А. А., Дьяченко Д. Ю., Современное решение проблемы точного определения площади анатомических областей и отделов со сложным рельефом. // *Анатомии и гистопатология*– 2020; 9(4) – 91-95 с.

2. Доменюк Д. А., Применение компьютерной микротомографии в изучении морфоструктурных особенностей твердых тканей зубов при ранних формах кариозных поражений. // *Кубанский научный медицинский вестник* – 2018. – 25 (6) 57-67 с.

3. Кобясова И. В. Очаговая деминерализация – показатель кариесогенной ситуации в полости рта. Методы диагностики, профилактики и лечения. // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2005. – №1-2 – 19-22 с.

4. Попруженко Т. В., Кленовская М.И. Профилактика кариеса в ямках и фиссурах зубов// учеб-метод. пособие. – 2-е изд., перераб. – Минск: БГМУ, – 2010. – 90 с.

5. Kidd EAM, Pitts N .B. A reappraisal of the value of the bite-wing radiograph in the diagnosis of posterior approximal caries. *British Dental Journal* – 1990. – 169:195-200 с.

УДК 616.314-003

**Зубрева И.А., Постернак В.В.**

### **ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО ШТАМПА В УСЛОВИЯХ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ**

*Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра терапевтической стоматологии  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры  
терапевтической стоматологии Федотова Ю.М.*

Введение. В современной клинической стоматологической практике пациенты довольно часто предъявляют высокие эстетические требования к результату работы

врача-стоматолога. В случае большого объема разрушения твердых тканей зубов, стоматолог-терапевт может столкнуться с трудностями в воспроизведении анатомической формы [1,2]. Избежать этого возможно заранее изготовив силиконовый ключ из С-силиконового материала, однако в условиях изоляции рабочего поля не всегда удаётся применять этот метод, ввиду того, что кламп может являться помехой для наложения силиконового ключа, поэтому вопрос по решению данной проблемы не теряет своей актуальности. В качестве альтернативы данной методике в настоящее время широко используется методика окклюзионного штампа из жидкого коффердама [3,4].

Цель. Обосновать преимущества применения окклюзионного штампа из жидкого коффердама в условиях изоляции рабочего поля.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели на кафедре терапевтической стоматологии ВолгГМУ было проведено обследование и лечение 64 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Пациенты были разделены на 2 группы по 32 пациента: 1 группа – реставрация проводилась техникой силиконового ключа (37 реставраций, из которых 17 премоляров и 20 моляров); 2 группа – по методике с применением окклюзионного штампа (32 реставрации – 14 премоляров и 18 моляров). Оценку краевого прилегания проводили по USPHS критериям через 6 месяцев и 1 год после проведенного лечения. Оценку качества пломб проводили по критериям J. Ruge (1971) с учетом изменения цвета, наличия трещин, сколов и вторичного кариеса, а также результаты проведенных клинических и электрометрических исследований.

Результаты и обсуждение. На основании проведенной нами клинической оценки краевого прилегания реставраций было выявлено, что в случае использования методики с применением «силиконового ключа» и «окклюзионного штампа» через 6 месяцев и 1 год данный показатель оценивался как очень хороший и хороший и соответствовал критерию «alpha» по шкале USPHS. Через 1 год во 2 группе в 4,2 % случаев отмечались незначительные дефекты пломб, нуждавшиеся в коррекции – «bravo». Через год у пациентов 1 группы, которым была проведена реставрация методикой «окклюзионного ключа», наблюдались незначительные сколы в 4,7 % случаев; у пациентов, которым реставрацию проводили по «окклюзионному штампу», дефекты наблюдали в 5,4% случаев. Витальное окрашивание, проведенное через 1 год после проведенного лечения, у 2,5% пациентов 1 группы и у 4,2% пациентов 2 группы выявляло изменения на границе пломба-зуб в реставрациях.

Выводы. Таким образом, по данным субъективных методов оценки на всем протяжении исследования в целом сохранялось очень хорошее и хорошее состояние краевого прилегания пломб, вместе с тем нами отмечена эргономичность затраты время врача-стоматолога и преимущество использования техники «окклюзионного ключа», а в условиях изоляции рабочего поля в проведении реставраций методики «окклюзионного штампа».

#### Литература:

1. Ягупова В.Т., Федотова Ю.М., Филлюк Е.А., Денисенко Л.Н. // *Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг // Успехи современного естествознания*. 2014. № 11-3. С. 22-26.

2. Федотова Ю.М., Михальченко Д.В., Александров