

10. Gear A. R. Platelet chemokines and chemokine receptors: linking hemostasis, inflammation, and host defense / A. R. Gear, D. Camerini // Microcirculation 2003. – Vol. 10(3-4). – P. 335-350. doi: 10. 1038/sj. mn. 7800198.

КЛИНОВИДНЫЙ ДЕФЕКТ, ЭРОЗИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА И ФЛЮОРОЗ У ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ

Евсеева Е. А., Подловченко Ю. В., Лущик М.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

Научный руководитель – кандидат биологических наук,
доцент кафедры патологической физиологии Лущик М.В.

Аннотация. Данная статья посвящена комплексному исследованию такой актуальной проблемы как некариозные поражения зубов. Особое внимание в ней уделено таким заболеваниям как клиновидный дефект, эрозия твердых тканей зуба и флюороз. Целью статьи является анализ статистики встречаемости данной группы заболеваний, особенности частоты проявления у разных возрастных групп людей, а также выявление причинных факторов и степень их воздействия. Работа выполнялась с помощью сбора данных, полученных на основании опроса населения, для проведения которого использовалась заранее подготовленная анкета. После сбора необходимой информации и получения данных от разных возрастных групп людей проводилась обработка и анализ результатов анкетирования, на основании которого можно судить о распространенности некариозных поражений зубов. Также в статье выделяются и описываются характерные особенности клиновидного дефекта, эрозии твердых тканей зуба и флюороза, рассматриваются их причины возникновения, клинические проявления, патогенез, вместе с тем внимание уделяется мерам профилактики и способам лечения каждого заболевания отдельно. В заключении статьи подводятся итоги и выводы о частоте встречаемости каждого некариозного поражения зубов у людей разных возрастных групп.

Ключевые слова: некариозные поражения зубов; клиновидный дефект; эрозия твердых тканей зуба; флюороз; статистика встречаемости.

Актуальность. В настоящее время самым распространённым стоматологическим заболеванием является кариес, с профилактикой и лечением которого люди ознакомлены, но что на счёт других болезней? Некариозные поражения зубов- это заболевания, при которых повреждение твердых тканей зубов не связано с кариесом. Основными признаками подобных болезней являются разрушение эмали и дентина, нарушение жевательной функциональности и эстетическими дефектами. В настоящее время данная группа заболеваний продолжает изучаться, ведутся многочисленные исследования, в том числе связанные с диагностикой, лечением и профилактикой некариозных поражений зубов. К таким заболеваниям относят клиновидный дефект, эрозию твердых тканей зуба и флюороз:

Клиновидный дефект- это деструкция твердых тканей зуба в зоне шейки, в результате которой зуб приобретает форму клина. Самая распространенная причина появления этого недуга - неправильная или некачественная гигиена полости рта.

Эрозия твердых тканей зуба-поражений твердых тканей зуба, прогрессирующий дефект, сопровождающийся разрушением и убылью эмали и дентина.

Флюороз-заболевание, поражающее эмаль и связанное с попаданием в организм избыточного количества фтора. Эти заболевания характерны с разной частотой встречаемости у людей разных возрастных групп. Помимо этого влияние могут оказывать индивидуальные особенности организма: образ жизни, наличие сопутствующих заболеваний и качество гигиены полости рта.

Цели работы

1. Разработка методов профилактики некариозных заболеваний полости рта
2. Установка причины возникновения этих заболеваний
3. Рассмотрение статистических данных среди групп разных возрастов
4. Распространение информации по профилактике и лечению заболеваний среди населения
5. Выявление групп подверженных заболеваниям

Материал и методы исследования. Для проведения исследования нами была подготовлена анонимная анкета с вопросами по теме «Некариозные поражения зубов», чтобы провести опрос среди людей разных возрастных категорий и сделать анализ полученных результатов для дальнейших исследований. В соответствии с поставленными задачами при составлении анкеты, помимо пола и возраста людей, мы учитывали наличие когда-либо у них клиновидного дефекта, эрозии твердых тканей зуба или флюороза, а также факторы которые

могли спровоцировать развитие этих заболеваний, к таким мы отнесли: плохая или неправильная гигиена полости рта, образ жизни и рацион питания, наличие сопутствующих заболеваний.

В опросе приняли участие 165 человек, возраста которых составил от 14 до 65 лет. Проведена статистическая обработка данных, с помощью которой определены и отграничены возрастные группы, среди которых наиболее часто встречались такие некариозные поражения как клиновидный дефект, эрозия твердых тканей зуба и флюороз.

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 165 человек, из них 119 женщин и 46 мужчин. Проведя анализ данных, мы смогли сделать следующие выводы:

Из 165 человек поучаствовавших в опросе 72,1% были женщины и 27,9% мужчины.

В результате проведенного анкетирования мы выяснили, что клиновидный дефект встретился у 8,5% опрошиваемых и образовался у них преимущественно в возрасте от 20 до 35 лет. Клинически он проявляется в виде V-образной полости в пришеечной области зуба, в большинстве случаев не сопровождается болезненными ощущениями, дефект образуется медленно, но при этом полость зуба не вскрывается и не размягчается. Причины возникновения клиновидного дефекта не установлены до конца, но считается, что влияние оказывают механические и химические факторы. К таким факторам относят жесткую зубную щетку, кислотосодержащие продукты или образующие кислоты из остатков скопившейся пищи, низкое поступление в организм кальция и фосфора в результате недостаточного их содержания в продуктах питания, а также наличие эндокринных заболеваний. Клиновидный дефект является патологией, для которой механизм возникновения ещё не установлен определённо. Многочисленные источники предлагают различные теории, объясняющие данное состояние. Таким образом, патогенез клиновидного дефекта может быть обусловлен различными факторами, включая механическое воздействие, эрозию, нарушение прикуса, системные нарушения и инфекционные заболевания. [0] Дальнейшие исследования требуются для более точного определения причин и механизмов возникновения данной патологии. Опрошиваемые, у которых встречался клиновидный дефект, отмечали качество свое гигиены полости рта как «удовлетворительную», частое отсутствие сбалансированности питания, высокое содержание в пище углеводосодержащих и кислотосодержащих продуктов, наличие слабой чувствительности зубов и нарушение работы щитовидной железы- все эти перечисленные причины способствуют развитию данного дефекта. В качестве лечения людям с пораженными клиновидным дефектом зубами назначаются препараты содержащие кальций, фосфор и необходимые микроэлементы и витамины, а при глубоких дефектах прибегают к реставрации пломбировочными материалами. [1]

Эрозия твёрдых тканей зуба была у 25,5% опрошиваемых, чаще всего встречается в возрасте от 30 до 40 лет, но могут также возникать у людей в возрасте от 15 до 20 лет. Следовательно, каждый 4 человек среднего возраста сталкивался с этой проблемой. Этот дефект связан с разрушением эмали и дентина. Чаще всего встречается у людей среднего и пожилого возраста, но бывают исключения. Поражение в большинстве случаев затрагивает резцы, клыки и премоляры, имея симметричный характер. Эрозия твердых тканей зуба происходит постепенно, поражая поверхностные и подповерхностные слои эмали. Деминерализация, обычно вызванная контактом с кислотами, приводит к потере неорганических компонентов эмали, особенно солей кальция, что снижает ее прочность. Структура эмали изменяется, с кристаллами гидроксиапатита, обеспечивающими прочность эмали, становящимися крупными и с размытыми контурами. При изучении пораженных резцов, это явно видно на сканограммах. Дентин также становится неоднородным, с некоторыми канальцами закрытыми. Структура дентина становится похожей на структуру при повышенной стираемости зубов, с уменьшением размера дентинных канальцев и избыточной минерализацией. В области пришеечной части зуба сохраняется четкая граница, где эмаль наслаивается на цемент корня. Прогрессирующая эрозия сначала стирает поверхность эмали, затем поражает более глубокие слои, затвердевает дентин, а на поздних стадиях вовлекает пульпу. Если не устранить причину и не исправить дефект, процесс будет продолжаться и в

итоге приведет к потере зуба. Образование эрозии является не только косметическим дефектом, но и является серьёзной проблемой стоматологического профиля, поэтому нуждается в незамедлительном лечении. На первых стадиях данное заболевание можно распознать по отсутствию блеска на эмали, в дальнейшем в активную и среднюю фазу может появляться гиперестезия при гигиенических мероприятиях и воздействии химических и термических веществ. Эрозия диагностируется при стоматологическом осмотре врачом. Лечение эрозии зубов включает проведение комплексной реминерализующей терапии (прием внутрь препаратов кальция, фосфора, витаминно-минеральных комплексов; местные аппликации, электрофорез), при необходимости – пломбирование дефектов или покрытие зубов коронками. Профилактика данного заболевания включает в себя несколько аспектов: подбор правильных средств для гигиены полости рта, исключение или сокращение до минимума потребления пищи с высоким эрозийным потенциалом и лечение сопутствующих нарушений эндокринной системы. [2]

Установлено, что только у 5,5% участников анкетирования было такое некариозное поражение, как флюороз. По результатам опроса нам удалось выяснить, что средний возраст подобного дефекта - 4 года. Флюороз - это заболевание, при котором поражается зубная эмаль. Основной причиной возникновения такого поражения является попадание повышенного содержания фтора в организм человека. Поражение проявляется вначале в виде белёсых пятен на поверхности зуба, а позже : появляется жёлтый пигмент, эрозия и деструкция эмали. Патогенез флюороза не известен до конца. Имеется несколько гипотез:

- неправильное формирование эмали возникает при токсическом действии фтора на энамелобласты;
- фтор при длительном поступлении в организм снижает активность фосфатазы, параллельно нарушая минерализацию эмали;
- флюороз возникает при потреблении фтора с другими элементами (такими как калий, марганец, магний и др.), что ведёт к деминерализации твёрдых тканей зубов. Флюороз чаще всего появляется из-за употребления воды и продуктов с повышенным уровнем фтора (морская рыба, грецкий орех, чай). [3]

В качестве профилактики этого поражения рекомендуется прекратить приём такой питьевой воды. Лечение направлено на восстановление эстетических и минеральных свойств зубов

Показано, что у всех рассмотренных нами заболеваниях 57% опрошенных не ознакомлены с мерами профилактики некариозных заболеваний совсем или ознакомлены лишь частично. Это говорит о том, что при увеличении количества людей, которые знают о способах профилактики, многие смогли бы избежать данных заболеваний или уменьшить степень их проявления

Заключение. Из опроса с участием 165 человек мы установили, что 119 участников были женщины, а 46- мужчины, однако данные патологии встречались чаще у мужчин. Кроме того, мы обнаружили, что клиновидный дефект был замечен у 8,5% опрошенных, причем этот дефект чаще возникал в возрасте от 20 до 35 лет.

Что касается эрозии твёрдых тканей зуба, она была замечена у 25,5% опрошенных, в основном в возрасте от 16 до 40 лет. Таким образом, каждый четвёртый человек среднего возраста сталкивался с этой проблемой.

Только у 5,5% участников анкетирования было некариозное поражение - флюороз. Из результатов опроса мы узнали, что средний возраст, когда этот дефект проявляется, составляет 4 года.

Список литературы

1. Бизякина, А. А. Некариозные поражения зубов. клиновидный дефект, Эрозия, стирание, остеопороз челюстных костей, как следствие нарушения минерального обмена / А. А. Бизякина // Молодежный инновационный вестник. – 2022. – Т. 11, № S1. – С. 422-428. – EDN WFMLJC.
2. Некариозные поражения твердых тканей зубов: клиновидный дефект, чувствительный дентин, дисколориты (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение) : Учебное пособие для студентов. – Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2022. – 92 с. – ISBN 978-5-9652-0711-4. – EDN BHYLGX.

3. Распространенность эрозий зубов на стоматологическом приеме и рекомендации по их лечению / М. К. Макеева, С. В. Мартынова, И. В. Гимиш [и др.] // Медицинский алфавит. – 2023. – № 12. – С. 18-23. – DOI 10.33667/2078-5631-2023-12-18-23. – EDN UDYXEO.
4. Венгловский, В. В. Интенсивность заболевания кариесом и флюорозом в регионах с высоким содержанием фтора в питьевой воде: обзор литературы / В. В. Венгловский, С. Р. Жакенова // West Kazakhstan Medical Journal. – 2021. – № 2(63). – С. 50-55. – DOI 10.24412/2707-6180-2021-63-50-55. – EDN TCICQV.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО, СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТОВ

Копытина Д. К., Лидохова О. В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко
Научный руководитель – к. б. н., доцент кафедры патологической физиологии
Лидохова О. В.

Введение. В представленной статье анализируется уровень предрасположенности людей к артериальной гипертензии, как одному из самых распространенных заболеваний или, как сейчас говорят, «бичу» XXI века. Также проводится параллель между разными возрастными категориями, чтобы выяснить, насколько глобально распространена эта патология. В работе затрагивается тема факторов риска возникновения гипертензии: ожирение, ведение неправильного образа жизни, стресс и наследственная предрасположенность. Цель. Обосновать самые частые причины, способствующие развитию артериальной гипертензии, отследить особенности течения и частоту встречаемости патологии среди людей разных возрастов. В опросе, составленном на основе работы под названием «Разработка амбулаторного опросника для больных с повышенным артериальным давлением», приняли участие 102 человека 20-44, 45-59 и 60-74 лет, 60 из которых были мужчины и 42 женщины. В результате проведенного опроса и его тщательного анализа было определено следующее: артериальной гипертензии подвержены не только лица среднего и пожилого возрастов, но и молодое поколение. Во всех случаях развитие исследуемой патологии связано с ведением неправильного образа жизни, наличием избыточной массой тела, низкой стрессоустойчивостью и выявлением исследуемого заболевания у близких.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; стресс; избыточная масса тела; наследственность

Введение. Актуальность исследования определяется необходимостью выделить самые встречающиеся симптомы артериальной гипертензии у людей, уже страдающих этим заболеванием, а также дополнительно проанализировать риски возникновения этой патологии не только у групп среднего и пожилого возраста, но и у молодого поколения. Всемирная организация здравоохранения отмечает: «примерно четверо из пятерых гипертоников не получают необходимого лечения, однако в случае расширения охвата помощью страны могут за период с 2023 по 2050 г. предупредить 76 миллионов случаев смерти» [1]. Важно отметить, что гипертония, раньше считавшаяся болезнью пожилых, с каждым годом все больше проявляется у людей молодого возраста. Главной проблемой такой патологии, как артериальная гипертензия, на сегодняшний день является степень ее возрастной распространенности и комплексное отрицательное влияние на организм человека, что существенно укорачивает продолжительность жизни как взрослого, так и «молодежи».

Целью работы является анализ рисков возникновения и особенностей течения артериальной гипертензии у лиц молодого и средне-пожилого возрастов.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились с использованием опросника, при создании которого за основу была взята «Разработка амбулаторного опросника для больных с повышенным артериальным давлением». Авторами являются доктора и кандидаты медицинских наук, а также ведущие научные сотрудники Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Минздрава России и Научно-исследовательского института кардиологии [2]. Дополнительно были включены вопросы, помогающие оценить тенденцию к тем или иным симптомам у опрашиваемых, а также выявить основные причины возникновения артериальной гипертензии, включая оценку индекса массы тела. Согласно классификации, одобренной ВОЗ, ИМТ=18,5-24,9 кг/м² считается нормальным, ИМТ=25-29,9 – предожирение, I стадия ожирения характеризуется ИМТ=30-34,9, II стадия – ИМТ=35-39,9 и III стадия ожирения обусловлена ИМТ=более 40 кг/м² [3].