

ся курение. По данным Всемирной организация здравоохранения ежегодно табак приводит почти к 7 миллионам случаев смерти, из которых более 6 миллионов случаев происходит среди потребителей и бывших потребителей табака, и более 890 000 – среди некурящих людей, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма [3]. Проблемы курение отражаются и на практике врача-стоматолога, который сталкивается с различными патологическими изменениями твердых и мягких тканей ротовой полости. Особое внимание занимает изменение биохимических показателей и микрокристаллизации слюны при курении.

Цель: оценить стоматологический статус у студентов с учетом различных видов курения; выявить изменения микрокристаллизации ротовой жидкости; оценить изменение pH ротовой жидкости при различных видах курения.

Материалы и методы исследования: проводилось полное стоматологическое обследование 50 студентов КГМУ, из которых 36 курящих и 14 некурящих.

Этап исследования включал анкетирование студентов в возрасте от 18 до 24 лет, определение разновидностей никотинсодержащих продуктов: сигареты, сигареты капсульные, электронные сигареты, кальян и IQOS и анализ изменения биохимического состава слюны и ее микрокристаллизации при табакокурении.

Результаты исследования: слюна – это вязкая жидкость с pH 5,8-7,6, состав которой меняется в зависимости от скорости ее секреции. Около 99-99,4% слюны составляет вода. Оставшиеся 1-0,6% – минеральные и органические вещества. Слюна может стимулировать или подавлять рост микроорганизмов и процесс отложения зубного налета. Органические и неорганические компоненты смешанной слюны влияют на аккумуляцию бляшки и ее микробный состав. Биологические жидкости организма имеют способность кристаллизоваться при высушивании и образовывать узоры в виде древовидного рисунка или листа папоротника.[4] Структура этих узоров значительно меняется в зависимости от различных эндогенных и экзогенных факторов. Одним из экзогенных факторов, влияющих на изменение состава слюны, является применение никотиновых веществ. Под воздействием такого фактора происходит изменение ионного состава и кристаллической структуры слюны [1].

Исследование показало, что при употреблении сигарет (электронных и капсульных), кальяна и IQOS отмечается снижение абсолютного суммарного содержания кислот, уменьшение активности аэробных бактерий, повышенное содержание условно-патогенных микроорганизмов и незначительная деструкция эпителия ротовой полости. Снижается pH слюны – 5,4-6,2. Наблюдается значительное увеличение гигиенического индекса (ГИ) и па-

пиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) [2]. Из-за этого возникают проблемы с тканями пародонта: воспаление, кровотечение и болезненные чувства жжения. Также отмечается изменение в микрокристаллизации слюны: нарушение структур и периферии, появление дополнительных включений, содержащих никотиновые пигментации.

Заключение: таким образом, значительное изменение биохимических показателей было выявлено у 36 студентов КГМУ, употребляющих сигареты, сигареты капсульные, электронные сигареты, кальян и IQOS. Определяется тенденция к снижению микрокристаллизации смешанной слюны. Выявлена зависимость между индексом РМА и ГИ, биохимическим анализом слюны, микрокристаллизации слюны и видом курения. Употребление никотинсодержащих веществ негативно необратимо влияет на состояние как ротовой полости, так и организма в целом.

Список литературы

1. Голубь А.А., Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Влияние курения и соматической патологии на минерализующую способность ротовой жидкости // Вестник российского университета дружбы народов. Серия: медицина. 2009. № 4. С. 405-408.
2. Казакова А.В., Куман О.А. Оценка стоматологического здоровья у никотинзависимой молодежи 18-22 лет с учетом влияния видов курения на функциональные показатели слюны // Медицинская наука и образование Урала. 2018. Т. 19. № 3 (95). С. 19-23.
3. <https://cyberleninka.ru/article/n/4379346>
4. <http://cgon.rosпотребнадзор.ru/content/63/2963/>

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ

Хомякова А.И., Умеренко А.А., Мокашева Ев.Н.
 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
 медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
 Минздрава РФ, Воронеж,
 e-mail: khomyakova.2000@list.ru

В настоящее время в научной среде все чаще поднимается вопрос рационального питания, так как именно оно является одним из основных механизмов воздействия на структуры организма, результатом чего является поддержание здоровья человека [1]. На процесс питания влияет пищевое поведение (ПП), что является широким понятием и включает в себя индивидуальные особенности поведения, привычки и эмоции, связанные с едой. Нарушение ПП приводит к развитию ожирения, правильная установка типа которого в дальнейшем помогает спрогнозировать осложнения, а также назначить лечение [2].

В литературе выделяют 3 типа нарушения пищевого поведения: экстернальное, ограниченное и эмоциогенное. При экстернальном ПП пациент больше ориентирован на внешние

стимулы, такие как реклама еды, легкодоступность продуктов, накрытый стол, а не на внутренние (уровень глюкозы в крови или наполненность желудка).

Ограничительное пищевое поведение проявляется в излишнем самоограничении в пище, а также в строгих диетах без определенной системы. Период, когда пациент ограничивает себя в еде, затем сменяется периодом переедания. Во время диеты у больного формируется «диетическая депрессия», которая является причиной отказа от данной диеты и последующему набору веса. Данный процесс приводит к тому, что пациент ощущает вину и снижение самооценки.

Эмоциогенное пищевое поведение, синонимами которого являются гиперфагическая реакция на стресс, а также эмоциональное переедание и «пищевое пьянство» (по Шелтону) распространено у 60% больных с ожирением. Причину данного нарушения находят в наследственной дисфункции церебральных систем, участвующих в регуляции пищевого поведения. Помимо этого отмечают наличие серотонинергической недостаточности. В данном случае пациент употребляет большого количества пищи, содержащей по большей части углеводы, что приводит к повышению уровня глюкозы в крови и гиперинсулинемии, повышая проницаемость гематоэнцефалического барьера для триптофана и увеличивая образование серотонина. Данный нейромедиатор способствует формированию чувства насыщения и эмоционального благополучия. Также при эмоциогенном пищевом поведении пациент ест из-за различных отрицательных эмоций, таких как тревожность, раздражительность, подавленность, обида, скука, беспокойство и многие другие. Отражается вышеописанное расстройство в переедании либо в синдроме ночной еды [3].

В этой связи, целью нашего исследования был анализ особенностей пищевого поведения в зависимости от уровня стрессоустойчивости.

В анкетировании приняли участие 46 человек в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 6 мужчин и 40 женщин. Опрошенным было предложено пройти тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона, а также ответить на вопросы, касающиеся особенностей питания. Статистическая обработка проведена с помощью Microsoft Excel 2011.

25 респондентов, стрессоустойчивость которых можно оценить в пределах отлично, хорошо и удовлетворительно, составили группу К (контроль). Опрошенные, ответы которых по тесту С. Коухена и Г. Виллиансона соответствовали уровню плохо и очень плохо, в количестве 21 человек выделены в группу S (плохая стрессоустойчивость). Средние значения баллов респондентов группы К по тесту самооценки стрессоустойчивости составили

14, а группы S – 23. При ответе на вопрос, следите ли Вы за своим питанием, 88% человек группы К отозвались утвердительно, а среди группы S подобным образом ответили лишь 76% опрошенных. Анкетированные данной группы чаще употребляют пищу, чтобы «заглушить стресс» (48%), в отличие от группы контроля (40%). Среди последних меньше тех, кто испытывает приступы нестерпимого голода, заставляющего употреблять несоизмерное количество пищи (44% респондентов), в отличие от опрошенных с плохой стрессоустойчивостью, 81% которых ответили положительно на данное утверждение. 9% респондентов группы S прибегают к различным способам избавления от уже съеденной пищи, однако в группе К опрошенных с таким же ответом набралось лишь 4%. Среди группы S 76% респондентов поощряют себя едой. В группе К лишь половина анкетированных ответили так же (52%). Одна треть опрошенных группы контроля боится набрать лишний вес (32%). Среди респондентов группы S от подобного страха страдает почти в два раза больше людей: 57%. 33% анкетированных данной группы согласны отказаться от пищи совсем, чтобы снизить массу тела. Лишь 12% опрошенных группы К ответили также.

Из вышеописанного можно сделать вывод, что низкий уровень стрессоустойчивости способствует формированию нарушений пищевого поведения.

Список литературы

1. Михайлова А.П. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор / А.П. Михайлова, А.В. Штрахова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 80-95.
2. Семиколонова В.А. Исследование типов ожирения у терапевтических и пульмонологических пациентов с метаболическим синдромом / В.А. Семиколонова, И.С. Хмыз, Е.Н. Мокашева // Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Материалы конференции «VOLGAMEDSCIENCE». – 2019. – С. 516-517.
3. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения / Е.Н. Леонова // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2017. – Т. 27, вып. 2. – С. 174-181.

АНАЛИЗ ВЯЗКОСТИ И КРИСТАЛЛОБРАЗУЮЩИХ СВОЙСТВ СЛЮНЫ

Чепыжов И.С., Гришаева О.В.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, e-mail: lbs.russia@yandex.ru

Согласно проведенным исследованиям при микроскопии высохшей капли слюны выявлены различные типы кристаллических узоров. Обнаружена неравномерность и неодинаковость кристаллического узора в разных участках высушенной капли. Выявлены типы кристаллов, соответствующие высокой и низкой вязкости