

# Распространенность эрозий зубов на стоматологическом приеме и рекомендации по их лечению

М.К. Макеева<sup>1,2</sup>, С.В. Мартынова<sup>1</sup>, И.В. Гимиш<sup>1</sup>, А.Л. Корзун<sup>1</sup>, Е.И. Селифанова<sup>2</sup>, Н.Т. Бутаева<sup>1</sup>, И.В. Багдасарова<sup>1</sup>, Чан Куанг Ань До<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования РФ

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

## РЕЗЮМЕ

**Цель:** выявление пациентов с эрозиями на стоматологическом приеме и составление индивидуального плана профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленных этиологических факторов, степени деструкции твердых тканей зуба и активности процесса.

**Материалы и методы:** на предмет выявления эрозий было обследовано 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин), средний возраст участников составил 33,66 (±9,58) года. План лечения и профилактических рекомендаций составляли на основании выявленных этиологических факторов, степени деструкции и стадии активности процесса.

**Результаты:** Из 30 пациентов эрозии зубов были выявлены у шести из них (20%). Прием гормональных препаратов с целью коррекции уровня эстрогенов выявлен у двоих пациенток (6,6%), гастрит с повышенной кислотностью – у одного пациента (3,3%), кислая диета в сочетании с агрессивной чисткой зубов – у одного пациента (3,3%), синдром Шегрена – у одного пациента (3,3%), частое употребление газированных напитков – у одного пациента (3,3%). По степени деструкции из шести пациентов, у которых были выявлены эрозии, I степень наблюдалась у одной пациентки (16,6%), II степень – у двоих пациентов (33,3%), III степень – у троих пациентов (50%). По активности процесса из выявленных шести пациентов с эрозиями активная стадия наблюдалась у четырех пациентов (66,6%), стабилизировавшаяся стадия – у двоих пациентов (33,3%).

**Заключение:** расположение эрозивных поражений обусловлено этиологическим фактором или сочетанием таковых. Выявление и устранение/минимизирование этиологического фактора является важнейшим этапом в предотвращении прогрессирования эрозивных поражений. Выбор метода лечения у пациентов с эрозиями зубов зависит от степени деструкции твердых тканей и стадии активности процесса.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** эрозии зубов, распространенность.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Prevalence of dental erosions in routine dental patients flow and recommendations of their treatment

М.К. Makeeva<sup>1,2</sup>, S.V. Martinova<sup>1</sup>, I.V. Gimish<sup>1</sup>, A.L. Korzun<sup>1</sup>, E.I. Selifanova<sup>2</sup>, N.T. Butaeva<sup>1</sup>, I.V. Bagdasarova<sup>1</sup>, Do Anh Tran Quang<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Peoples Friendship University of Russia (RUDN University)

<sup>2</sup> First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University)

## SUMMARY

**Purpose:** to identify patients with erosions at a dental appointment and draw up an individual plan for preventive and therapeutic measures, depending on the identified etiological factors, the degree of destruction of the hard tissues of the tooth and the activity of the process.

**Materials and methods:** 30 patients (14 men and 16 women) were examined for dental erosions, the average age of the participants was 33.66 (±9.58) years. The treatment plan and preventive recommendations were made on the basis of the identified etiological factors, the degree of destruction and the stage of activity of the process.

**Results:** of the 30 patients, tooth erosion was detected in six of them (20%). Taking hormonal drugs to correct estrogen levels was detected in two patients (6.6%), gastritis with high acidity in one patient (3.3%), an acidic diet combined with aggressive brushing of teeth in one patient (3.3%), Sjögren's syndrome – in one patient (3.3%), frequent use of carbonated drinks – in one patient (3.3%). According to the degree of destruction of the six patients in whom erosions were detected, I degree was observed in one patient (16.6%), II degree – in two patients (33.3%), III degree – in three patients (50%). According to the activity of the process, out of the identified six patients with erosions, the active stage was observed in four patients (66.6%), the stabilized stage – in two patients (33.3%).

**Conclusion:** the location of erosive lesions is due to an etiological factor or a combination of them. Identification and elimination / minimization of the etiological factor is the most important step in preventing the progression of erosive lesions. The choice of treatment method in patients with dental erosions depends on the degree of destruction of hard tissues and the stage of process activity.

**KEYWORDS:** dental erosions, prevalence.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare that they have no conflicts of interest.

## Актуальность

Эрозия зубов – это необратимая потеря твердых тканей зуба, происходящая в результате воздействия кислот не бактериального генеза [1, 2]. Эрозии зубов в настоящее время считаются значимой проблемой общественного здравоохранения. По данным различных источников и в зависимости от исследуемого контингента, распространенность данной патологии составляет от 25 до 30% взрослого населения [3, 4], а в некоторых литературных источниках распространенность доходит до 83% [5]. Эрозии могут приводить к потере значительного объема твердых тканей зуба, с возрастом у таких пациентов общий объем убыли твердых тканей значительно увеличивается, поскольку может присоединиться стирание зубов и другие факторы, что приводит к значительным эстетическим и функциональным нарушениям со стороны зубочелюстной системы [6].

Эрозия зубов может быть вызвана факторами окружающей среды, а именно употреблением кислой пищи, большого количества свежвыжатых соков и газированных напитков, а также так называемыми внутренними факторами, а именно периодической рвота, гастроэзофагеальнорефлюксной болезни и др. [2, 7]. В литературе [8, 10] существует теория о многофакторной этиологии эрозий зубов и других некариозных поражений. Согласно этой теории, у пациентов с эрозиями воздействие кислоты является доминирующим фактором, но другие факторы тоже могут вносить вклад в деструкцию твердых тканей, например, присоединение агрессивной чистки зубов будет усугублять убыль твердых тканей [8]. Постановка диагноза и разработка плана лечения проводится на основании данных анамнеза, клинического обследования с подключением, при необходимости, смежных специалистов [9].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) эрозии классифицированы по этиологическому признаку, что целесообразно с точки зрения выявления и устранения этиологического фактора, но неудобно для составления плана лечения и рекомендаций, так как они обусловлены степенью деструкции твердых тканей зуба. В связи с этим как в отечественной, так и в зарубежной литературе представлены клинические классификации эрозий зубов, основанные на степени деструкции твердых тканей зуба, а также на активности процесса [9, 10], что облегчает для практикующего врача выбор лечебных и профилактических мероприятий.

В связи с развитием персонализированной медицины, а также по причине того, что современные литературные источники указывают на многофакторность развития эрозий целью данной работы стало выявление пациентов с эрозиями на стоматологическом приеме и составление индивидуального плана профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленных этиологических факторов, степени деструкции твердых тканей зуба и активности процесса.

## Материалы и методы

На предмет выявления эрозий было обследовано 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин), все участники подписали информированное согласие. Проведение исследова-

ния было одобрено Комитетом по этике Медицинского института РУДН, протоколом № 12 от 17 ноября 2022 г. Распределение обследованных по полу и возрасту приведено в таблице 1.

Таблица 1  
Распределение обследованных по полу и возрасту

Общее кол-во обследованных, чел.	n = 30	
Средний возраст обследованных, лет	33,66 (±9,58) (min 16 ÷ max 50)	
Распределение обследованных по полу, чел.	Мужчины n = 14	Женщины n = 16
Средний возраст обследованных в зависимости от пола, лет	36,0 (±8,61) (min 17 ÷ max 50)	31,625 (±10,19) (min 16 ÷ max 49)

Всем участникам было проведено клиническое обследование, включающее детальный сбор соматического и стоматологического анамнеза, с целью выявления возможных этиологических факторов. Степень деструкции твердых тканей оценивали в зависимости от глубины дефекта [10]:

- I степень (поверхностная, начальная) – с поражением только верхнего слоя эмали
- II степень (средняя) – с поражением эмали по всей глубине до эмалево-дентинной границы
- III степень (глубокая) – с поражением всей эмали и верхнего слоя дентина.

Степень активности оценивали по следующим признакам:

- 1) Активная стадия – эрозии естественного оттенка (не пигментированные), болезненные к раздражителям;
- 2) Стабилизировавшаяся стадия – эрозии пигментированные, безболезненные/слабоболезненные.

Всем пациентам, у которых были выявлены эрозии зубов в зависимости от этиологического фактора, степени деструкции, а также активности процесса были даны индивидуальные рекомендации по лечению и профилактике прогрессирования поражений.

## Результаты

В ходе осмотра 30 пациентов эрозии зубов были выявлены у шести пациентов (20%), из них трое мужчин и три женщины, данные об этиологическом факторе, степени деструкции и активности процесса приведены в таблице 2.

По степени деструкции из шести пациентов, у которых были выявлены эрозии, I степень наблюдалась у одной пациентки (16,6%), II степень – у двоих пациентов (33,3%), III степень – у троих пациентов (50 %).

По активности процесса из выявленных шести пациентов с эрозиями активная стадия наблюдалась у четырех пациентов (66,6%), стабилизировавшаяся стадия – у двоих пациентов (33,3%).

Распределение выявленных эрозий в зависимости от поверхности поражения приведено в таблице 3.

До начала любых вмешательств необходимо проводить минимизацию или, по возможности, устранение негативного влияния этиологического фактора. Для этого проводили беседы с целью информирования пациентов, а также направляли, при необходимости к профильному специалисту. Междисциплинарное сотрудничество очень важно для успешного лечения таких пациентов (рис. 1).

Таблица 2

Сводные данные по количеству пациентов с эрозиями, выявленным этиологическим факторам, степени деструкции и активности процесса

Этиологический фактор	Количество пациентов, чел. (% от общего кол-ва обследованных)	Степень деструкции (стадия активности)
Прием гормональных препаратов с целью коррекции уровня эстрогенов	2 (6,6%)	Пациентка 1 – I степень (АС) Пациентка 2 – II степень (АС)
Гастрит с повышенной кислотностью	1 (3,3%)	III степень (СС)
Кислая диета в сочетании с агрессивной чисткой зубов	1 (3,3%)	III степень (АС)
Синдром Шегрена	1 (3,3%)	III степень (СС)
Частое употребление газированных напитков	1 (3,3%)	II степень (АС)

Таблица 3

Распределение эрозий в зависимости от поверхности поражения в сочетании с этиологическим фактором

Этиологический фактор	Локализация эрозии и общая характеристика поражения
Прием гормональных препаратов с целью коррекции уровня эстрогенов	Эрозия вестибулярной поверхности верхних резцов
Гастрит с повышенной кислотностью	Эрозии в виде чашеобразных углублений на окклюзионной поверхности зуба 36
Кислая диета в сочетании с агрессивной чисткой зубов	Эрозии на вестибулярной поверхности всех зубов нижней челюсти Эрозии на оральных поверхностях верхних зубов фронтальной группы Эрозии в виде равномерной убыли тканей на окклюзионных поверхностях жевательных зубов преимущественно верхней челюсти
Синдром Шегрена	Эрозии на вестибулярной поверхности фронтальных зубов верхней челюсти
Частое употребление газированных напитков	Эрозии на оральных поверхностях верхних зубов фронтальной группы Эрозии в виде равномерной убыли тканей на окклюзионных поверхностях жевательных зубов преимущественно верхней челюсти



Рисунок 1. Пациент А., 39 лет, страдает гастритом с повышенной кислотностью. Эрозии в виде чашевидных дефектов на окклюзионной поверхности моляров (III степень деструкции, стабилизировавшаяся стадия) появились около трех лет назад и вначале были чувствительны к раздражителям, затем чувствительность прошла



Рисунок 2. Пациентка М., 30 лет, проходит лечение по коррекции уровня эстрогенов. Эрозии на вестибулярной поверхности центральных резцов (I степень деструкции, активная стадия)

В рамках просветительской беседы всем пациентам с эрозиями давали следующие рекомендации:

1. Коррекция диеты:
  - уменьшить количество употребляемых кислых продуктов и напитков;
  - кислые, а также кислотосодержащие прохладительные напитки необходимо употреблять через трубочку для уменьшения контакта напитка с зубами, кроме того, эти напитки имеют меньшее негативное влияние на зубы, когда их употребляют охлажденными;
  - после употребления кислой пищи необходимо нормализовать pH полости рта (прополоскать рот водой или фторсодержащим раствором, завершить прием пищи кислотонейтрализующими продуктами, например, сыром, или жевательной резинкой без сахара);
2. Домашнее и профессиональное применение реминерализующих гелей, лаков, полосканий.
3. Минимизирование травматического воздействия чистки зубов:
  - обучение правильной технике чистки;
  - соблюдения как минимум часового перерыва между приемом кислой пищи и чисткой зубов;
4. Пациентам с ксеростомией следует применять увлажняющие препараты, замещающие слюну.

Затем переходили к составлению плана лечения в зависимости от степени деструкции и активности процесса.

При I степени деструкции показано устранение/минимизирование этиологического фактора, а также указанный выше комплекс рекомендаций. Медицинские показания к реставрационным методам при данной степени деструкции отсутствуют, однако, следует отметить, что изменение текстуры поверхности эмали может приводить к жалобам эстетического характера, в таком случае реставрационные методы могут быть применены. В нашей работе единственная пациентка с I степенью деструкции (рис. 2) эстетических жалоб не предъявляла.



Рисунок 3. Пациентка Е. 54 года, ксеростомия на фоне синдрома Шегрена. Эрозии на вестибулярной поверхности резцов (III степень деструкции, стабилизировавшаяся стадия)



Рисунок 5. Пациентка Е. 54 года, ксеростомия на фоне синдрома Шегрена. Эрозии на вестибулярной поверхности резцов (III степень деструкции, стабилизировавшаяся стадия)



а



б



б

Рисунок 4. Пациент Ш., 43 года, эрозии зубов: а – вид справа, б – вид слева, в – окклюзионный вид, верхняя челюсть

При II и III степени деструкции показаны прямые и непрямые реставрационные методики. Время начала реставрационного лечения зависит от активности процесса, а именно у пациентов с эрозиями в активной стадии следует проводить реминерализующую терапию в течении одной недели; в стабилизировавшуюся стадию (рис. 3) можно начинать реставрационное лечение в первое же посещение.

#### Клинический случай

Пациент Ш., 43 года, в анамнезе употребление большого количества кислых продуктов в сочетании с агрессивной чисткой зубов. При осмотре выявлено: на вестибулярных поверхностях зубов нижней челюсти дефекты твердых тканей блюдцеобразной формы с поражением эмали и дентина, частично пигментированные, реакция на температурный раздражитель слабоболезненная. При осмотре зубов верхней челюсти выявлено эрозирование твердых тканей зуба с обнажением эмалево-дентинной границы.

Был поставлен диагноз эрозия зубов, III степень деструкции, стабилизировавшаяся стадия (рис. 4).

Значительное поражение оральных поверхностей стало причиной заподозрить наличие скрытого внутреннего фактора развития эрозий, в связи с этим пациент был направлен на консультацию к гастроэнтерологу. В первое посещение был обнаружен и вылечен кариес III класса по Блэку на мезиальной поверхности зуба 23 (рис. 5).

#### Обсуждение

Эрозия зубов является довольно распространенной стоматологической проблемой. Многочисленные эпидемиологические исследования изучали распространенность эрозии зубов в различных группах населения. Исследования взрослых пациентов в возрасте от 18 до 88 лет показали распространенность от 4 до 83% в зависимости от особенностей исследуемой группы [11]. В нашем исследовании распространенность эрозий среди пациентов в возрасте от 16 до 50 лет составила 20 %, что укладывается в представленный в литературе широкий диапазон.

По данным Jaeggi T. и соавт. (2014), в целом эрозии чаще встречаются среди мужчин, чем среди женщин, поражение окклюзионной поверхности первых нижних моляров встречается чаще по сравнению с вестибулярными поверхностями [12]. В проведенной авторами работе эрозии в равной степени часто встречались у мужчин и женщин, что можно, вероятно, объясняется разностью выборки наблюдения. Что касается поверхностей зубов, пораженных эрозиями, то в данной работе изолированное поражение вестибулярных поверхностей встречалось наиболее часто (у троих пациентов), за ним следовало сочетанное поражение нескольких поверхностей (у двоих пациентов), и только у одного пациента выявили изолированное поражение окклюзионных поверхностей. Различие полученных данных с данными Jaeggi T. и соавт. объясняется различным набором этиологических факторов, которые обуславливают поражение тех или иных поверхностей в каждом конкретном случае.

В ходе анализа зарубежной литературы при поиске наиболее удобных для клинического применения классификаций эрозий по степени деструкции твердых тканей авторы отметили удобство и универсальность отечественной классификации, используемой в данной работе. В работе Munoz J.V. (2003) найдена подобная классификация, которая состоит из четырех степеней: степень 0 (отсутствие эрозий), степень 1 (потеря глянцевого блеска), степень 2 (потеря текстуры поверхности эмали, гладкая матовая поверхность без обнажения дентина), степень 3 (вовлечение эмали и дентина), степень 4 (сильное вовлечение дентина) [13]. Из опыта авторов, представленная выше отечественная классификация является более удобной для применения в ходе клинической работы, так как подразделение степеней основано на хорошо различаемом ориентире, а именно эмалево-дентинной границе.

Небные поверхности верхних зубов очень восприимчивы к поражению эрозиями при попадании кислого содержимого желудка, так как они находятся относительно далеко от выходов больших слюнных желез [11]. В приведенном клиническом случае наблюдается значительное поражение небных поверхностей, поэтому врачами-исследователями была заподозрена причина внутреннего генеза и пациент был направлен к гастроэнтерологу.

Хотя и развитие эрозий, и развитие кариеса обусловлено потерей минерального компонента твердых тканей зуба, но расположение поражений значительно различается, а именно эрозии развиваются на поверхностях, не подверженных накоплению зубного налета, тогда как кариес, напротив, в ретенционных зонах, не подверженных самоочищению [13]. В при-

веденном клиническом случае наглядно представлено расположение кариозного поражения на контактной поверхности зуба 23, которая является ретенционной зоной для зубного налета, тогда как эрозивное поражение расположено на небной поверхности, которая относится к иммунным зонам.

## Заключение

В данном исследовании распространенность эрозий, выявленных на ежедневном приеме, составила 20%. Расположение эрозивных поражений обусловлено этиологическим фактором или сочетанием таковых. В данном исследовании наиболее часто эрозии встречались на вестибулярной поверхности верхних передних зубов. Выявление и устранение/минимизирование этиологического фактора является важнейшим этапом в предотвращении прогрессирования эрозивных поражений. Выбор метода лечения зависит от степени деструкции твердых тканей и активности процесса.

## Список литературы / References

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006 Aug;101(8):1900-20; quiz 1943. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x.
2. Боровский, Е.В. *Терапевтическая стоматология: учебник для стоматологических факультетов мед. ин-тов.* – Москва: Медицинское информационное агентство России, 2011. – 840 с. ISBN: 978-5-8948-1726-2
3. Borovskij E.V. *Operative dentistry: textbook for dental faculties of med. institutes* – Moscow: medical informational agency of Russia, 2011. – 840 p. ISBN: 978-5-8948-1726-2.
4. Bartlett DW, Coward PY, Nikkah C, Wilson RF. The prevalence of tooth wear in a cluster sample of adolescent schoolchildren and its relationship with potential explanatory factors. *Br Dent J.* 1998;184(3):125-9. Doi: 10.1038/sj.bdj.4809560.
5. Kitasako Y, Sasaki Y, Takagaki T, Sadr A, Tagami J. Age-specific prevalence of erosive tooth wear by acidic diet and gastroesophageal reflux in Japan. *J Dent.* 2015;43(4):418-23. DOI: 10.1016/j.jdent.2015.02.004.
6. Jager, D.H.J. (2015). Dental Erosion: Prevalence, Incidence and Distribution. In: Amaechi, B. (eds) *Dental Erosion and Its Clinical Management.* Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-13993-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-13993-7_1).
7. Lee A, He LH, Lyons K, Swain MV. Tooth wear and wear investigations in dentistry. *J Oral Rehabil.* 2012;39(3):217-25. DOI: 10.1111/j.1365-2842.2011.02257.x.
8. Filipi, K.; Halackova, Z.; Filipi, V. Oral health status, salivary factors and microbial analysis in patients with active gastro-oesophageal reflux disease. *Int. Dent. J.* 2011, 61, 231-237. Ol: 10.1111/j.1875-595X.2011.00063.x.
9. Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. *J Am Dent Assoc.* 2004 Aug;135(8):1109-18; quiz 1163-5. DOI: 10.14219/jada.archive.2004.0369.
10. Lussi A. Dental erosion clinical diagnosis and case history taking. *Eur J Oral Sci.* 1996;104(2):191-8. DOI: 10.1111/j.1600-0722.1996.tb00067.x.
11. *Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского.* – М.: Медицина, 2002. – 640 с.: ил ISBN 5-225-04722-X.
12. *Operative dentistry: textbook/ Edited by Yu.M. Maksimovskij – M.: Meditsina, 2002 – 640 p. ISBN 5-225-04722-X.*
13. Jager, D.H.J. (2015). Dental Erosion: Prevalence, Incidence and Distribution. In: Amaechi, B. (eds) *Dental Erosion and Its Clinical Management.* Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-13993-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-13993-7_1).
14. Jaeggi T, Lussi A. Prevalence, incidence and distribution of erosion. *Monogr Oral Sci.* 2014;25:55-73. DOI: 10.1159/000360973.
15. Muñoz, J.V.; Herreros, B.; Sanchiz, V.; Amoros, C.; Hernandez, V.; Pascual, I.; Mora, F.; Minguez, M.; Bagan, J.V.; Benages, A. Dental and periodontal lesions in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Dig. Liver Dis.* 2003, 35, 461-467. DOI: 10.1016/s1590-8658(03)00215-9.

Статья поступила / Received 11.03.2023  
Получена после рецензирования / Revised 18.03.2023  
Принята в печать / Accepted 28.03.2023

#### Информация об авторах

**Макеева Мария Константиновна**<sup>1, 2</sup>, к.м.н., доцент, доцент кафедры терапевтической стоматологии Медицинского института, ассистент кафедры терапевтической стоматологии

E-mail: makeeva\_mk@pfur.ru

**Мартынова Светлана Васильевна**<sup>1</sup>, ассистент кафедры терапевтической стоматологии

E-mail: podkopaeva-sv@rudn.ru

**Гимиш Ирина Владимировна**<sup>1</sup>, аспирант кафедры терапевтической стоматологии Медицинского института

E-mail: 1042215209@rudn.ru

**Корзун Алена Леонидовна**<sup>1</sup>, аспирант кафедры терапевтической стоматологии Медицинского института

E-mail: 1142220317@rudn.ru

**Селифанова Елена Ивановна**<sup>2</sup>, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии

E-mail: selifanova\_e\_i\_1@staff.sechenov.ru

**Бутаева Наталья Теймуразовна**<sup>1</sup>, к.м.н., старший преподаватель кафедры терапевтической стоматологии Медицинского института

E-mail: butaeva-nt@rudn.ru

**Багдасарова Инна Владимировна**<sup>1</sup>, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Медицинского института

E-mail: bagdasarova-iv@rudn.ru

**Чан Куанг Ань До**<sup>1</sup>, аспирант кафедры терапевтической стоматологии

E-mail: 1042205203@rudn.ru

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования РФ

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

#### Контактная информация:

Мартынова Светлана Васильевна. E-mail: podkopaeva-sv@rudn.ru

**Для цитирования:** Макеева М.К., Мартынова С.В., Гимиш И.В., Корзун А.Л., Селифанова Е.И., Бутаева Н.Т., Багдасарова И.В., Куанг Чан Ань До Распространенность эрозий зубов на стоматологическом приеме и рекомендации по их лечению. Медицинский алфавит. 2023; (12):18–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-12-18-23>

#### Author information

**M.K. Makeeva**<sup>1, 2</sup>, PhD, Associate Professor, Associate Professor of Conservative Dentistry Department, Assistant Professor of Therapeutic Dentistry Department  
E-mail: makeeva\_mk@pfur.ru

**S.V. Martynova**<sup>1</sup>, Assistant Professor of Conservative Dentistry Department  
E-mail: podkopaeva-sv@rudn.ru

**I.V. Gimish**<sup>1</sup>, PhD-programmer Conservative Dentistry Department  
E-mail: 1042215209@rudn.ru

**A.L. Korzun**<sup>1</sup>, PhD-programmer Conservative Dentistry Department  
E-mail: 1142220317@rudn.ru

**E.I. Selifanova**<sup>2</sup>, PhD, Associate Professor of Therapeutic Dentistry Department  
E-mail: selifanova\_e\_i\_1@staff.sechenov.ru

**N.T. Butaeva**<sup>1</sup>, PhD, Senior Professor of of Conservative Dentistry Department  
E-mail: butaeva-nt@rudn.ru

**I.V. Bagdasarova**<sup>1</sup>, PhD, Associate Professor, Associate Professor of Conservative Dentistry Department  
E-mail: bagdasarova-iv@rudn.ru

**Do Anh Tran Quang**<sup>1</sup>, PhD-programmer Conservative Dentistry Department  
E-mail: 1042205203@rudn.ru

<sup>1</sup> Peoples Friendship University of Russia (RUDN University)

<sup>2</sup> First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University)

#### Contact information

S.V. Martynova. E-mail: podkopaeva-sv@rudn.ru

**For citation:** Makeeva M.K., Martynova S.V., Gimish I.V., Korzun A.L., Selifanova E.I., Butaeva N.T., Bagdasarova I.V., Quang Do Anh Tran Prevalence of dental erosions in routine dental patients flow and recommendations of their treatment. Medical alphabet. 2023; (12):18–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-12-18-23>

