

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования**

«Уральский медицинский институт»

Кафедра Стоматологии

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА

по основной образовательной программе подготовки специалистов

по специальности Стоматология

**ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА СТОМОТОЛОГИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

Студент гр. СТУ-1-24

Ю.В. Мочалина

Руководитель

Е.А. Бессонова

Челябинск, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1 ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	5
1.1 Взаимосвязь вредных привычек и стоматологического здоровья.....	5
1.2 Виды вредных привычек.....	9
1.3 Патология слизистой оболочки полости рта и пародонт	40
1.4 Пути отказа от вредных привычек	42
2 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	46
2.1 Опрос студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт»	46
2.2 Результаты студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт» ..	46
2.3 Разработка брошюры	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	58
ПРИЛОЖЕНИЕ А	61
ПРИЛОЖЕНИЕ В	66

ВВЕДЕНИЕ

Стоматологическая помощь является одним из самых массовых видов медицинского обслуживания населения. По сообщениям российских специалистов, удельный вес стоматологических заболеваний в структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации по обращаемости достигает 20-25 %, обращаемость к врачу-стоматологу на втором месте после обращаемости к участковым врачам-терапевтам.[1, с.216]

Актуальность работы. Потенциал укрепления стоматологического здоровья в молодом возрасте велик, но он не реализуется в полной мере. Факторы, препятствующие сохранению здоровья зубов у этого контингента, могут быть связаны с особенностями студенческого образа жизни, питанием, экологией, несоблюдением правил гигиены полости рта, уровнем медицинской активности студентов, вредными привычками и другими аспектами. Исследования на эту тему проводились, но они довольно противоречивы. Студенческая молодежь, в основном, представляет возрастную группу 16-25 лет. Она не отнесена к ключевым группам (3, 6, 12, 15, 35-44 и 60 лет), в которых согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, проводятся эпидемиологические исследования стоматологических заболеваний. Такое положение дел привело к тому, что стоматологический статус лиц молодого возраста оказался мало исследованным, хотя от него в значительной степени зависит уровень здоровья зубов в последующие периоды жизни. Значительную часть молодежи составляет студенчество.

В последнее время в связи с быстротой ритма современной жизни и многими другими факторами вредные привычки стали занимать все большее место в жизни немалого количества людей, особенно молодого поколения. Безусловно, любая из вредных привычек, так или иначе, оказывает свое негативное влияние на организм и здоровье человека. Так как молодежь

особенно подвержена вредным привычкам, мы решили выяснить, как именно курение оказывает влияние на стоматологическое здоровье человека.

Объект исследования: вредные привычки, которые имеются у студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт».

Предмет исследования: влияние вредных привычек на стоматологическое здоровье на примере студентов медицинского института.

Цель исследования: изучить влияние вредных привычек на стоматологическое здоровье на примере студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт».

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) выявить взаимосвязь вредных привычек и стоматологического здоровья;
- 2) рассмотреть виды вредных привычек;
- 3) изучить влияние вредных привычек на стоматологическое здоровье студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт».
- 4) предложить пути отказа от вредных привычек.
- 5) Разработать памятку для студентов.

Теоретической основой написания работы послужили большое количество научных исследований и учебных пособий в области стоматологии.

Практическая часть работы выполнена на основании анкетирования студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт» групп СТУ-1-24, СТУ-1-23 специальности «стоматология».

1 ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1 Взаимосвязь вредных привычек и стоматологического здоровья

Первые рейтинговых мест у студенческой молодежи занимают следующие заболевания: кариес зубов K02, болезни пародонта K05, другие болезни твердых тканей зубов K03, челюстно-лицевые аномалии, включая аномалии прикуса K07, болезни пульпы и периапикальных тканей K04.[12, с .288] Однако сравнить эти данные с какими-либо цифрами из современной официальной статистики не представляется возможным.

В настоящее время установлено, что непосредственной причиной деминерализации эмали зуба и образования кариозного поражения являются органические кислоты, которые образуются в процессе ферментации углеводов микроорганизмами зубного налета. На процесс образования кариеса влияют многие факторы - микрофлора полости рта, характер и режим питания, резистентность эмали, количество и качество слюны, общее состояние организма, экзогенные воздействия на организм, содержание фтора в питьевой воде и др.[22, с.80-86]

Однако значимость каждого из этих факторов оценивается в научно-исследовательских трудах по-разному. Это объясняется тем, что в связи со сложной, многофакторной природой стоматологических заболеваний доказать этиологическую связь между развившейся у конкретного человека патологией и предшествующим вредным воздействием довольно трудно.

Изучению факторов, способствующих высокому уровню распространенности стоматологических заболеваний у различных групп населения, посвящено много работ отечественных и зарубежных ученых. Коррекция их негативного влияния, планирование оздоровительных мероприятий возможны лишь на основе изучения этих факторов.

К наиболее значимым из них относятся: неправильное питание, нарушения общего состояния организма, наличие вредных привычек, нерегулярное посещение стоматолога, несоблюдение правил гигиены полости рта, неблагоприятная экология и другие. В данной главе рассмотрена взаимосвязь вредных привычек и стоматологических заболеваний.

Стоматологи не устают повторять, что многие человеческие привычки оказывают негативное влияние на состояние эмали и здоровье. В данный перечень входят как общепризнанные вредные зависимости, включая курение табака или злоупотребление спиртными напитками, так и другие манипуляции, нередко совершаемые неосознанно. [21, с.60]

Вредные привычки развиваются в результате дефектов воспитания, обучения, безнадзорности, недостатка культуры, наличия заболеваний. Одни вредные привычки могут являться факторами риска возникновения болезней, другие - способствуют их развитию, третьи - неизбежно ведут к возникновению стоматологических заболеваний. Предотвращение и устранение вредных привычек является важным звеном в профилактике болезней зубов.[17, с.40]

Одна из особенностей вредных привычек заключается в их произвольности, автоматизме, что делает сложным их искоренение. Факторы убеждения не всегда эффективны. Второй особенностью является необходимость принятия конкретных и специальных мер против каждой из вредных привычек. Третья особенность - отсутствие знаний о последствиях дурных привычек у многих людей, что позволяет длительное время сохранять их.

Многие люди не замечают, что имеют пагубные пристрастия, кажушиеся безобидными. Частота выполнения одних и тех же действий наносит серьезный вред полости рта, особенно от этого страдают.

Студенты колледжей представляют собой особую социальную группу населения, которую объединяет возрастной диапазон, специфические условия обучения и образ жизни. Студенчество может быть отнесено к

группе риска по состоянию здоровья, поскольку в этот период развития молодые люди находятся под влиянием двух процессов: физиологической перестройки организма и социализации личности. В то же время молодой организм способен активно отвечать на проводимые профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, что и позволяет рассматривать различные программы сохранения здоровья студенческой молодежи как потенциально эффективные мероприятия.

Значительная роль в формировании болезней зубов и пародонта отводится составу микрофлоры полости рта. Анализ факторов, способствующих высокому уровню распространенности стоматологических заболеваний у студенческой молодежи, показал, что одним наиболее значимыми являются вредные привычки: курение и злоупотребление алкоголем. Также большую роль в ухудшении стоматологического здоровья молодежи играет нерегулярное неполноценное питание, которое характерно значительной доли учащейся молодежи. [17, с.40]

В рационе студентов отмечается недостаток основных нутриентов и избыток мягких сладких углеводов, частое и беспорядочное их употребление. Нередко в учебных учреждениях отсутствуют условия для полноценного питания студентов.

О курении можно говорить долго, ведь оно наносит серьезный вред организму, особенно страдают дыхательные пути и ротовая полость. У курящего человека из-за воздействия горячего дыма эмаль зубов постоянно подвергается повреждениям. Чем больше стаж курильщика, тем больше образуется мелких трещин, что приводит к полному разрушению зубов. Не менее опасно при курении то, что начинается снижение слюноотделения, а это значит, что бактерии по всей полости рта начинают активно размножаться.[19, с.204]

Существует мнение, что жевательный табак, кальян и сигареты являются «безопасными» видами использования табака. Однако данные ряда исследований свидетельствуют о том, что применение табака в любом виде

значительно увеличивает риск развития сердечной недостаточности и инсульта, а также пародонтита и кариеса.[4, с.279-283]

Не меньший вред на зубы оказывает алкоголь. Употребление спиртосодержащих напитков приводят к следующим проблемам:

- вымыванию из организма полезных микроэлементов;
- появления кариеса из-за винных кислот;
- воспаление десен, развитие гингивита.[19, с.204]

Чтобы уменьшить риск проявления столь серьезных проблем, приводящих к разрушению зубов, необходимо снизить дозы и частоту приема алкоголя, или же вовсе его исключить.

Вполне логично, что всё, что попадает в полость рта, оказывает непосредственное влияние на стоматологическое здоровье. Отсутствие в рационе питания зерновых, фруктов и овощей может негативно отразиться на здоровье ротовой полости. Частое употребление углеводсодержащих продуктов также оказывает вред на зубы. Обеспечить нормальное функционирование организма можно при правильном приеме белков, жиров и углеводов. В случае если в рационе питания углеводы преобладают, то это негативно сказывается на зубах. Происходит воспаление десен, разрушение эмали, и в конечном итоге зуб либо полностью разрушается, либо и вовсе выпадает.

Специалисты в области стоматологии настоятельно рекомендуют отказаться от зубочисток в пользу зубных нитей. Зубные нити оказывают меньший вред, чем зубочистки.[23, с.37] Частое применение зубочисток приводит к:

- появлению микротравм десен;
- расшатыванию пломб;
- сколу зубов.

Стоматологическое здоровье играет очень важную роль в состоянии здоровья всего организма, поэтому крайне важно тщательно заботиться о нём и следить за своими привычками и питанием. При оценке роли и значения

стоматологической заболеваемости в общей патологии человека нельзя её недооценивать, особенно в связи с тем влиянием, которое она оказывает на состояние и патологические процессы в других органах и системах организма.

1.2 Виды вредных привычек

Любое бесполезное действие, например, такое как выпивка, может вызвать склонность к алкоголизму и, в конце концов, перерасти в болезнь, если это действие будет повторяться из раза в раз и закрепится на подсознательном уровне как «приятное». В этом случае, закрепившись подсознательно, привычка может вызвать генетические изменения и перерасти в патологию. Зависимость формируется рядом последовательных уступок вредной наклонности и, чтобы вернуться к здоровой жизни, необходим целый ряд таких же последовательных усилий в одолении вредной тяги, которые не могут быть осуществлены без усилия воли. Привыкание к вредному происходит незаметно, постепенно, раз от разу, когда человек в течение продолжительного времени совершает ряд уступок в себе или окружающим.

Вредные привычки, бывают разными и определяются в том случае, если они:

- отмечены как негативное проявление несколькими значимыми для человека людьми;
- регулярно доставляет человеку неудобства либо чувство неловкости;
- влияют на здоровье человека, нанося ему вред.
- человек точно знает и уверен, что при отсутствии данной привычки жизнь человека станет лучше, здоровей.[15, с.306-309]

Существуют ли вредные привычки, которые могут повлиять на стоматологический статус человека? Как не печально, но они существуют.

Стоматологический статус человека не исключение. Отметим ряд вредных привычек, которые могут вызвать повреждение зубочелюстной системы.

Не секрет, что курение является фактором развития онкологических заболеваний. У курящего человека увеличен риск возникновения рака губы и языка. Кроме того, никотиновые смолы снижают функцию слюнных желез, тем самым возникает сухость во рту, нарушается иммунитет полости рта и это приводит к заболеваниям слизистой оболочки полости рта. Наряду с этим, ротовая жидкость — это сложный буферный раствор, который содержит ряд химических элементов, участвующих в процессе минерализации эмали зубов (кальций, фосфор). При курении ротовая жидкость становится вязкой, что затрудняет «омывать» эмаль зубов, в результате чего на зубах появляется минерализованный налет, уплотняется, что приводит к проявлению признаков поражения тканей пародонта (кровоточивость десны, оголение шеек зубов, атрофия костной ткани вплоть до потери зубов), а также может возникать поражение твердых тканей зубов, проявляясь кариозным поражением (полость в зубе). А самое банальное заболевание при курении -галитоз –неприятный запах изо рта.[2, с.680]

В последнее время, студенты нашли себе новое «развлечение», которое противоречит здоровому образу жизни – это курение кальяна, вызывающее большие разногласия с курильщиками обычных сигарет. Сегодня, курение кальяна стало поводом для сбора больших компаний. Многие не получают от этого удовольствия, однако, ради поддержки компании, не редко употребляют табачный дым.

Курение — одна из самых опасных аддитивных привычек. С миллиардами сигарет, выкуриваемых только в России каждый год, исследования показывают, что более 16 миллионов россиян имеют по крайней мере одно заболевание, которое было вызвано курением, а у курильщиков средняя продолжительность жизни на 13- 14 лет меньше, чем у некурящих. Тем не менее, по данным Министерства здравоохранения каждый пятый человек все еще курит.

Употребление табака достигло масштабов эпидемии во всем мире, и, несмотря на усилия обратить вспять тенденции к курению, эта проблема, только увеличивается с каждым годом. Хотя курильщики прекрасно знают, что сигареты не приносят ничего, кроме вреда их здоровью, они зачастую игнорируют каждое предупреждение.

Курение сигарет вызывает зависимость. Это основная причина, почему после многих попыток курильщикам чрезвычайно трудно бросить курить, даже с осознанием рисков для здоровья полости рта, замаскированных этой привычкой. Как только человек начинает курить, это становится привычкой. Для многих может потребоваться целая жизнь, чтобы бросить никотиновую зависимость. Хотя люди пытаются бросить курить, это довольно временный шаг. Когда дело доходит до здоровья зубов, курение и употребление табака вызывает всевозможные проблемы. Вероятность развития этой проблемы в четыре раза выше, чем у некурящих.

Курильщики подвергаются большему риску потери зубов, серьезным заболеваниям пародонта и многих других проблем, которые варьируются от эстетически неприятных до серьезных заболеваний в полости рта. Маскировка болезни - это термин, который применяется для описания внешнего вида десны, связанной с хроническими курильщиками. Термин маскировка заболеваний используется потому, что сосудосуживающие свойства табачного дыма скрывают воспалительные и деструктивные изменения, происходящие в пародонте по сравнению с тканями некурящих. Скрывает ранние признаки проблем пародонта, уменьшая воспаление десен и кровотечение, несмотря на наличие заболевания.

Отказ от курения снижает риск развития заболеваний десен и рака полости рта, а также улучшает реакцию человека на лечение десен.

Курильщикам очень важно регулярно посещать своих стоматологов и гигиенистов, чтобы сохранить зубы и десны здоровыми и регулярно проверять полость рта.

Табакокурение в последние годы приобрело характер эпидемии среди жителей России и все увереннее занимает одно из первых мест среди проблем, стоящих перед государством.

По данным различных исследований в Российской Федерации табакокурению подвержены 55,85% мужчин и 35% женщин. Наибольшее число курящих выявлено в возрасте от 30 до 35 лет - 74% мужчин и 14% женщин.

Исследованиями выявлено, что женщины начинают курить на 5 лет позднее мужчин. За последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества табакозависимых среди молодежи, женщин и подростков.

По результатам проведенных исследований ВОЗ, было отмечено, что в случае если молодой человек выкуривает хотя бы две сигареты, то в 70 случаях из 100 он продолжит курить всю жизнь.

Несмотря на большие доходы от продажи табачных изделий, установлено, что ущерб от высокой заболеваемости у табакозависимых лиц в разы выше. Это связано с увеличением времени и продолжительности болезней и отсутствием на работе почти в 5 раз больше чем некурящих людей. Из этого следует, что табакокурение является важной социально-экономической проблемой.

Наиболее остро ситуация с табакокурением отмечается в Российской Федерации, странах СНГ, Польше, Турции. В России разрешена продажа сигарет отечественного производства с содержанием смолы порядка 17,8-37,8 мг, что превышает в 1,5-3 раза показатели мировых стандартов. В таких странах, как США и в Великобритании наибольшее количество смолы, содержащейся в сигаретах не должно превышать 20 мг, что регламентируется законодательством, в связи с этим количество летальных исходов от курения значительно меньше.

В связи с распространением табакокурения, Всемирная Организация Здравоохранения стала рассматривать курение не только как вредную привычку, но и включило табачную зависимость в Международную

статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр); класс V: Психические расстройства и расстройства поведения; группа: Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психо-активных веществ; рубрика: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (код Р 17). В настоящее время психиатры считают курение серьезным заболеванием, а курящих — больными, которым необходима квалифицированная врачебная помощь. Опасность курения помимо всего заключается в том, что последствия этой прогрессирующей хронической интоксикации организма могут проявиться не сразу, а через многие годы.

Различные исследования, проведенные учеными всего мира, доказывают повышение смертности у курящих мужчин на 70 % по сравнению с некурящими. Порядка 4 млн. людей ежегодно в мире погибают от заболеваний, связанных с курением, что в разы больше чем от катастроф, убийств, наркотиков и алкоголя.

Курение увеличивает число больных, умирающих от ИБС, онкологии и заболеваний легких. В России общая смертность от табакокурения составляет 36,4% общей смертности мужчин и 7,5% общей смертности женщин. Каждые 14 секунд на земном шаре один человек умирает от болезней, вызванных курением. Исследования различных ученых доказывают, что пассивное курение приводит к развитию у людей, не подверженных вредной привычке, заболеваний, ассоциированных с табакозависимостью. Исходя из этого, следует рассматривать борьбу с курением сигарет как особо важную медицинскую и социальную проблему.

Отказ от курения табака коррелируется со снижением показателя смертности. В таких странах, как Австралия, США, 13 Германия, Япония, Ирландия и Швеция произошло снижения числа летальных исходов от болезней сердечно-сосудистой системы в среднем на 23%. Это связано с уменьшением числа курящих лиц и запретом курения в местах общего пользования. В 2013 году в России так же был принят закон о запрете

курения в общественных местах, что позволяет надеяться на улучшения показателей в нашей стране. В странах, где разрешена повсеместная реклама табачных изделий показатели смертности значительно увеличиваются. Наиболее выражено это видно по исследованиям в странах бывшей Югославии и Польше.

В табачном дыме существует более 2000 потенциально токсичных субстанций, которые могут вредно действовать на ткани пародонта и слизистую оболочку полости рта.

Факторы риска табакокурения:

- генетические (развитие наследственно- предрасположенных заболеваний),
- экологические (отклонение состояния здоровья огромной численности людей),
- приобретенные (заболевания, которые приобретает курящий человек).

Негативное воздействие курения:

1. Реакции сосудов и кровоснабжение тканей, вязкость крови.
2. Выброс стрессовых гормонов (адреналин, НА).
3. Оксигенация крови кислородом.
4. Факторы клеточного и гуморального иммунитета, продукция цитокинов, реакции воспаления.
5. Механизмы регенерации тканей.
6. Окислительный стресс.
7. Функционирование генома.

Реакции сосудов и кровоснабжение тканей:

- вазоконстрикция артериол (снижение кровоснабжения; гипертензия, эндотелиальная дисфункция, снижение перфузии капилляров кровью);
- увеличение агрегации тромбоцитов (тромбообразование, нарушение микроциркуляции);
- сосудистые (первичные повреждения стенок сосудов);

- комбинированные (различные сочетания разных типов);
- ишемия тканей.

Артериолы образуют густое сетевидное сплетение в области десневого сосочка.

На долю кровотока десны приходится 70% от кровоснабжения других тканей пародонта).

Внесосудистые расстройства микроциркуляции.

Избыточное образование серотонина, гистамина, простагландинов.

Воспаление, аллергические реакции, гипоксия.

Дегрануляция тучных клеток.

Нарушение лимфообразования и лимфооттока.

Активизация дисрофического процесса.

Факторы клеточного и гуморального иммунитета:

- угнетение хелперной функции Т-лимфоцитов;
- снижение пролиферации В-лимфоцитов;
- угнетение продукции гуморальных факторов иммунитета (иммуноглобулинов);
- ослабление клеточных реакций цитотоксичности;
- хронизация воспаления.

Молекулы адгезии:

- нарушение синтеза клеточных протеинов и экспрессии интегрина бета-1 (рецептор для компонента внеклеточного матрикса фибронектина и васкулярной молекулы клеточной адгезии - VCAM1).

Реакции воспаления:

- дисфункция полиморфоядерных нейтрофилов;
- угнетение системы мононуклеарных фагоцитов;
- снижение клиренса патогенов из полости рта;
- колонизация микроорганизмами тканей пародонта.

Механизмы регенерации тканей.

Продукты курения:

- нарушают кооперацию фибробластов десны друг с другом и с внеклеточной матрицей, что ухудшает заживление;
- оказывают цитотоксичный эффект на десневые фибробласты, подавляют их способность к адгезии и пролиферации. В результате нарушается метаболизм и ремоделирование соединительной ткани полости рта;
- угнетают процессы репаративной регенерации тканей пародонта.

Биологическое старение клеток.

Курение вызывает укорочение длины теломер (маркер клеточного старения), ассоциированное с высоким уровнем окислительного метаболизма и тяжестью пародонтита.

1. Налет курильщика;
2. Галитоз;
3. Скопление зубного камня;
4. Хронический гингивит;
5. Хронический генерализованный пародонтит;
6. Потеря зубов;
7. Убыwanie кости и десны;
8. Низкая эффективность лечения заболеваний пародонта;
9. Менее благоприятный исход лечения зубными имплантатами;
10. Катаральный стоматит;
11. Дескавамативный глоссит;
12. Эксфолиативный хейлит;
13. Гландулярный хейлит и палатинит;
14. Ретенционные кисты в области губ и неба;
15. Лейкокератоз неба курильщика (Лейкоплакия Таппейнера);
16. Черный “волосатый” язык;
17. Кератотические папилломы;
18. Ограниченный гиперкератоз губ;

19. Кожный рог красной каймы губ;

20. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;

21. Рак органов полости рта;

Последствие активного курения, проявляющееся в образовании специфического налета на поверхности зубов и изменении цвета зубной эмали.

– Появляется при злоупотреблении табаком, имеет темно-коричневый цвет и практически не удаляется зубной щеткой при чистке зубов.

– Образуется в результате наличия в составе табачного дыма таких веществ, как никотин, деготь, аммиачные и феноловые соединения, негативно воздействующих на зубную эмаль и способствующих изменению ее цвета.

– Поражается область шеек зубов, где зубная коронка переходит в корень зуба.

Основные симптомы налета курильщика:

Пришеечные поверхности зубов покрыты темно-коричневым пигментированным налетом;

Десна имеет бледно-розовый цвет и умеренно увлажнена; неприятный запах изо рта (галитоз);

Последствия:

Носят косметический характер, делая цвет зубов некрасивым;

Если с налетом курильщика вовремя не начать бороться, то он может привести к заболеваниям зубов и десен;

Хронический гингивит — воспаление десен без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Катаральный — воспалительная реакция, покраснение и отечность десен. Воспаленная поверхность чувствительна к перепадам температур. Некоторые пациенты отмечают зуд и болезненность во время приема пищи.

Язвенно-некротический - на слизистой десен изъязвленные участки и участки некроза. Десны резко болезненны, галитоз. Страдает общее состояние пациента, нарушается прием пищи.

Гипертрофический гингивит — увеличением десневых сосочков, которые покрывают большую часть зуба. Гиперплазию тканей обычно замечают во время профосмотра стоматолога. Нарастает болезненность десен. Чистка зубов становится болезненной процедурой, отказываются от ухода за полостью рта, в связи с чем присоединяется множественный кариес.

Атрофический гингивит. — является постоянным очагом инфекции и может служить причиной обострения хронических заболеваний внутренних органов. При этом происходит утончение, а в дальнейшем и атрофирование десны. Эту форму характеризуют полное отсутствие межзубных сосочков и ровный край десны.

Тяжесть гингивита проявляется комплексом общих изменений организма, а также распространенностью воспалительного процесса в слизистой оболочке.

Легкая степень — характерно поражение преимущественно межзубных сосочков;

Средняя тяжесть — распространяется и на свободную (краевую) десну;

Тяжелая степень — характеризуется воспалением всей десны, включая прикрепленную (альвеолярную) часть.

Хронический генерализованный пародонтит.

Характеризуется нарушением целостности зубодесневого соединения, разрушением связочного аппарата зуба, резорбцией костной ткани и образованием пародонтального кармана.

Основными патологическими компонентами являются: над-и поддесневые зубные отложения, хронический воспалительный процесс в тканях пародонта, пародонтальный карман, нарушение трофики и микроциркуляции в тканях пародонта.

Легкая степень: глубина пародонтального кармана - до 3,5 мм в области межзубного промежутка, начальные явления деструкции костной ткани межзубных перегородок (до 1/3), индуцированная кровоточивость.

Средняя степень: увеличение глубины кармана до 5 мм, резорбция костной ткани межзубных перегородок (от 1/3 до 1/2), патологическая подвижность зубов 1-2 ст., появление трем.

Тяжелая степень: глубина пародонтального кармана > 5-6 мм, 2-3 ст. патологической подвижности зубов, резорбция костной ткани на величину > 1/2 высоты межзубных перегородок, смещение зубов.

Курение – как фактор риска развития осложнений стоматологических вмешательств.

Курение ухудшает заживление после проведения операций на слизистых и десне.

Заживление тканей после кюретажа и лоскутных манипуляций у курильщиков протекает значительно хуже, чем у некурящих, кроме того, у курильщиков не получается достичь столь же хорошего результата.

У курильщиков значительно чаще, чем у некурящих (более, чем в 3 раза) возникает несостоятельность имплантатов.

У курильщиков чаще развивается поражение окружающих имплантаты тканей после успешной интеграции последних. Поражение характеризуется значительно более высоким индексом кровоточивости, большей глубиной карманов, более высокой частотой развития периимплантита, а также рентгенографическими признаками потери кости с медиальной и дистальной сторон имплантата.

При трансплантации костных блоков осложнения (гематома, отек, воспаление или временная парестезия) возникали у 50% курильщиков и 23,1% некурящих. Тяжелые осложнения (обнажение или подвижность трансплантата) - только у курильщиков.

Отмечена тенденция большей вероятности развития осложнений у пациентов, которые курили в прошлом.

Лечащий врач должен стремиться убедить пациента, которому планируется оперативное лечение, прекратить курить, поскольку курение снижает вероятность успеха операции.

Катаральный стоматит.

Отечность и покраснение слизистой ротовой полости. Болевые ощущения. Неприятный запах изо рта. Увеличение слюноотделения. При катаральном стоматите не происходит образования афт.

Гландулярный хейлит

Хроническое воспаление добавочных слюнных желёз, расположенных в слизистой оболочке и подслизистой основе губ. Наблюдается преимущественно у курильщиков и пожилых людей. Чаще поражается нижняя губа.

Ретенционные кисты.

Чаще в области губ и неба – доброкачественные опухоли, возникающие вследствие травмы или воспаления.

Ограниченный гиперкератоз губ увеличение количества рядов рогового слоя параллельно с развитием зернистого слоя.

Черный “волосатый” язык характеризуется гипертрофией нитевидных сосочков языка, которые приобретают темно-коричневую или черную окраску.

Кожный рог красной каймы губ ограниченная гиперплазия эпителия с гиперкератозом, по внешнему виду напоминающая рог.

Лейкокератоз неба курильщика (Лейкоплакия Таппейнера) - очаговое хроническое воспаление слизистой оболочки твердого и мягкого неба с ороговением эпителия особенно выраженное по краю десны.

В зоне ороговения узелки (сходство с болезнью Дарье – наследственный кератоз), но на вершине узелка имеется красная точка и это заболевание быстро проходит после прекращения курения.

Может существовать длительное время.

Таким образом, учитывая чрезвычайную опасность влияния систематического табакокурения на здоровье человека, врач-стоматолог на своем рабочем месте должен не только заниматься диагностикой и лечением последствий этой вредной привычки в полости рта, но и предупреждать их возникновение, убеждая пациента прекратить курить

Многочисленными исследованиями российских и зарубежных авторов установлено негативное влияние курения табака на слизистую оболочку полости рта и ткани пародонта. Наиболее распространенными заболеваниями СОПР у табакозависимых лиц являются: хейлит, лейкоплакия и катаральный стоматит.

Исследования различных авторов доказывают, что табачный дым действует на эпителиальные клетки СОПР, приводя к увеличению скорости отмирания клеток поверхностного эпителия, наличию очагов ороговения и к увеличению проявлений фиброза в подслизистом слое. В результате этого нарушается функционирование гисто-гематического барьера слизистой оболочки полости рта, способствуя проникновению патогенной микрофлоры в ткани и ускоряя ее размножение.

Одним из проявлений влияния курения на слизистую оболочку полости рта является хронический стоматит и хейлит курильщиков. Данные заболевания имеют своеобразную клинико-морфологическую картину, характеризующуюся отсутствием отека, свойственной стоматитам и хейлитам другой этиологии, потерей блеска слизистой синюшно-красного оттенка. с дальнейшим появлением пятен беловатого цвета в следствии ороговения покровного эпителия. При затяжном течении заболевания цвет слизистой изменяется на синюшно-бурый, консистенция СОПР уплотняется, а при запущенных случаях может обнаруживаться очаговая атрофия. Установлена взаимосвязь наличия кандидоза полости рта и табакокурения.

Экспериментально и клинически доказано, что интенсивность курения способствует развитию острого кандидоза и увеличивает рост грибковой флоры. Доказана роль грибов рода *Candida* в развитии и усугублении

процессов малигнизации, за счет производства канцерогенных нитрозаминов, что клинически подтверждено частыми случаями сочетания онкологических заболеваний и кандидозной инфекции. Отмечено, что в результате табакокурения снижается фагоцитарная активность лейкоцитов и макрофагов. Увеличивается количество условнопатогенной микрофлоры и степень обсемененности СОПР, что в результате приводит к нарушению неспецифического иммунитета.

Экспериментально доказано, что у лиц с табакозависимостью количество и активность супрессорной субпопуляции Т-лимфоцитов значительно увеличивается. Так же длительное курение табака приводит к недостаточности гуморального и клеточного иммунитета, как следствие дефицита Т-и В-лимфоцитов. Установлено так же развитие у курильщиков вторичной иммуносупрессии. При исследовании этиологических факторов развития заболеваний языка доказана не последняя роль табакокурения. Длительное употребление табака приводит к гипертрофическим изменениям нитевидных сосочков языка, очаговой десквамации эпителия и изменению цвета. Субъективно пациенты отмечают снижение или извращение вкуса.

Лейкоплакия является наиболее характерным заболеванием курильщиков. Многие авторы относят ее к числу предраковых процессов. Лейкоплакия диагностируется у 22 - 38% курильщиков сигарет. Наличие фильтра у сигарет по данным полученным в результате исследования не влияет на частоту развития лейкоплакии. Наиболее часто лейкоплакия встречается у мужчин в возрастной группе от 40 до 70 лет. Типичными местами проявления лейкоплакии у табакозависимых являются участки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, как наиболее восприимчивые к воздействию компонентов табачного дыма. На слизистой оболочке щек частота проявлений достигает - 48,4%, из них в большинстве случаев очаги обнаруживаются в углах рта-65,2 %, на слизистой губ показатели достигают 25,7%, на языке - 9,0%, на небе - 5,9%, и в области дна полости рта - 2,1% по данным исследований ряда российских и зарубежных

ученых. У курильщиков участки лейкоплакии могут быть как одиночными, так и множественными.

Несмотря на широкую распространенность процесса, до сих пор не существует единой клинико-морфологической классификации лейкоплакии. Классификации, имеющиеся в распоряжение практикующих врачей, не учитывают этиологию и патогенез заболевания, основываясь только на качественных и количественных характеристиках признаков, там самым они не могут полностью отвечать современным практическим требованиям. Наиболее распространённая классификация лейкоплакии включает в себя плоскую (простую) лейкоплакию, веррукозную лейкоплакию с бляшкообразными или бородавчатыми элементами, эрозивно-язвенную форму и лейкоплакию Таппейнера. Данная классификация не отображает этиологию и патогенез лейкоплакии, в связи с чем отсутствует возможность анализировать предполагаемый исход и давать прогноз.

По данным исследований российских и зарубежных ученых наиболее распространенной формой лейкоплакии является плоская форма. На долю которой приходится в среднем 42,6 - 48,3% от всех регистрируемых случаев. Клинически плоская форма проявляется серо-белыми пятнами с четкими очертаниями различной формы, не выдающиеся над здоровой слизистой. В микроскопии соскоба обнаруживаются признаки паракератоза, акантоза и гиперкератоза. В тканях, окружающих очаг лейкоплакии резко выражены симптомы застойного полнокровия, периваскулярных и полиморфно-клеточных инфильтратов.

Второе место по частоте выявлений среди форм лейкоплакии занимает веррукозная форма. Средние показатели колеблются в пределах 34,5 - 39,0% от общего числа проявлений, из них чаще встречается бородавчатый вид - в 35,4%. Клинически данная форма лейкоплакии выглядит в виде очагов ороговения различной формы, плотной консистенции, возвышающиеся над поверхностью здоровых тканей. Встречаются случаи проявления веррукозной формы на фоне плоской. В микроскопии соскоба ярко выражен

гиперкератоз с отсутствием разрыхления рогового слоя, паракератоз, акантоз с эпидермальными выростами, расположенными неравномерно по всей поверхности. В шиповатом слое эпидермиса обнаруживается внутриклеточный отек. Очаговый лимфоцитарный инфильтрат на фоне застойного полнокровия сосудов определяются при гистологии в подслизистом слое.

Следующей по количеству регистрируемых случаев занимает эрозивноязвенная форма лейкоплакии. На ее долю приходится от 10,8 - 22,9 % от всех форм заболевания. По данным современных авторов данную форму лейкоплакии зачастую относят к осложнениям простой и веррукозных форм. При визуальном осмотре определяется дефект эпителиального слоя, окантованного эпителием. Как и при простой и веррукозной формах, в подслизистой ткани выявляются очаги воспаления, гиперемии с выраженным диффузным инфильтратом. Исследования показывают, что вне зависимости от формы лейкоплакии отмечается усиление активности лактатдегидрогеназы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и сукцинатдегидрогеназы, которые участвуют в процессах гликолиза и пентозном цикле.

Одной из специфических, выделенных форм лейкоплакии является лейкоплакия Таппейнера. Регистрируется порядка 21.3% случаев, а при длительном стаже курения почти в 100 %. Типичными местами локализации являются передние отделы мягкого и твердого неба, что связано с непосредственным контактом с табачным дымом. Клинически, лейкоплакия Таппейнера проявляется в виде плотных участков со складками на фоне отечной и гиперемированной слизистой. При расположении очагов на задней поверхности неба на фоне серо-белых пятен выделяются открытые выводные протоки малых слюнных желез микроскопически определяются участки гиперкератоза без признаков акантоза, с десквамацией эпителия в области протоков слюнных желез. При остром процессе визуально определяются, которые могут находиться на возвышениях узелковой формы. Это является

проявлением ретенционной кисты малых слюнных желез, возникающей в следствии наличия в протоке участков сужения и резкого расширения. Отказ от курения приводит к регрессии и полному исчезновению симптомов и проявлений лейкоплакии.

При исследовании табакозависимых пациентов различными авторами было отмечено наличие всех форм лейкоплакии по отдельности или в сочетании. Одной из форм лейкоплакии в последнее время выделяют «волосковую» лейкоплакию, которая по данным литературы ассоциирована с ВИЧ-инфекцией и вызывается вирусом Эпштейн-Барра. Визуально, данная форма чаще всего располагается в области боковой поверхности языка и имеет вид бородавчатых белесых выростов покровного эпителия. При пальпации отсутствует болевая реакция, но при опросе выявляются жалобы пациентов на чувство дискомфорта. При микроскопическом исследовании волосковой лейкоплакии определяются очаги гиперплазии эпителия слизистой оболочки полости рта с признаками гиперкератоза, акантоза и баллонизирующей дистрофии. Характерно наличие нитей псевдомицелия грибка рода *Candida* на участках покровного эпителия. Лимфоплазмочитарная инфильтрация присутствует при легкой форме заболевания.

В различных источниках выделяют врожденную форму лейкоплакии – мягкая лейкоплакия. Для нее характерны наследственные проявления с вероятностью первичного выявления в новорожденном возрасте с дальнейшим прогрессированием процесса. При разборе патогенеза данной формы необходимо учитывать, что зачастую врожденные пороки могут впервые обнаруживаться как в антенатальном периоде, так и в раннем детском возрасте с различным временем проявления. С этим связано появление очагов мягкой лейкоплакии в процессе развития ребенка. Этому не противоречат исследования с определением в слизистой оболочке полости рта у младенцев светлых клеток, сопоставимых с клетками мягкой лейкоплакии. При исследовании распределения форм лейкоплакии по

гендерному признаку выявлено преимущественное поражение женщин. Субъективно, пациенты отмечают в редких случаях шероховатость, шелушение или утолщение слизистой оболочки. Клинически очаги лейкоплакии выглядят как линии белого цвета, выступающие над слизистой оболочкой с легко снимающимися мягкими чешуйками. Типичными местами локализации очагов мягкой лейкоплакии являются слизистая щек, губ и языка. Гистологически, определяется гиперплазия покровного эпителия, паракератоз, не ярко выраженные элементы акантоза и полное отсутствие воспалительной инфильтрации в подслизистом слое. Мягкая лейкоплакия характеризуется доброкачественным течением и не приводит к процессам малигнизации. При микроскопическом исследовании лейкоплакии, рядом авторов установлено отсутствие изменений в количестве содержания ДНК в ядрах клеток покровного эпителия и уменьшение количества РНК, что остается неизменным даже при малигнизации процесса. По данным других исследователей увеличение количества РНК и ДНК в ядрах клеток характерно при плоской и веррукозной лейкоплакии.

Исследование химического состава клеток показывает корреляционную зависимость между количеством гликогена в эпителиальных клетках и характером ороговения. При паракератозе количество гликогена увеличивается, тогда как при ортокератозе уменьшается. Доказано, что при озлокачествлении процесса уровень гликогена значительно уменьшается. Данный критерий важен при диагностике дисплазии и ранних стадий малигнизации. Количество сульфгидрильных и дисульфидных групп напрямую зависит от вида гиперкератоза. При развитии паракератоза количество сульфгидрильных групп увеличено, тогда как при ортокератозе отмечается снижение. Дисульфидные соединения напротив возрастают при явлениях ортокератоза и почти исчезают при ороговении по типу паракератоза.

Выработка гликопротеидов и глюкозаминогликанов заметно снижена в очагах лейкоплакии, что особенно прослеживается в очагах при озлокачествлении процесса

Доказано, что отказ от табакокурения способствует регрессу очагов лейкоплакии. Ряд авторов указывают, что при сохранении раздражающих факторов, вызывающих лейкоплакию, даже после хирургического лечения частота рецидивов будет достигать 34,4%. У табакозависимых пациентов при наличии очагов лейкоплакии возможно озлокачествление процесса с образованием инвазивного плоскоклеточного рака или рака «на месте»

Началом малигнизации лейкоплакии принято рассматривать развитие дисплазии покровного эпителия. Микроскопически это проявляется в виде пролиферации стволовых клеток с утраченной ими полярностью, развитием атипии и изменениями гистероструктуры без затрагивания базальной мембраны, в результате чего происходит нарушение дифференцировки эпителия. Степени дисплазии зависят от пролиферации клеток и уровня выраженности атипии. Выделяют три степени дисплазии: I - слабая, II - умеренная и III — тяжелая. при развитии процесса и увеличении степени дистрофии увеличивается и атипия клеток с нарушением гистроархитектуры ткани. Доказана обратимость изменений при дисплазии I и II степени, тогда как III стадия не обратима и может относиться к предракам.

В связи с этим бывает затруднена диагностика рака на месте от тяжелой 26 степени дисплазии, в случаях развития онкологического процесс в пределах эпителиального слоя с отсутствием нарушений в базальной мембране. Доказано, что различные формы лейкоплакии имеют не одинаковый шанс малигнизации. Ряд авторов отмечает разброс возможного озлокачествления в пределах 10% - 50%, с преобладанием в возрастной группе старше 60 лет у лиц женского пола. Значительный разброс данных может быть результатом проведения анализа отдельных форм лейкоплакии. Российские ученые, среди которых А.Л. Машкиллейсон и Е.В. Боровский,

утверждают, что процент малигнизации должен быть рассчитан отдельно для каждой из форм лейкоплакии.

В результате их исследований, установлено, что вероятность малигнизации плоской формы равна в среднем 4,2 %, а веррукозной и эрозивно-язвенной-20 %. Авторами доказано, что процесс озлокачивания наиболее характерен для веррукозной и эрозивно-язвенной формы лейкоплакии и наступает в сроки до 5 лет от начала развития заболевания. Исследования российских и зарубежных ученых доказывают наличие взаимосвязи частоты развития рака полости рта и приверженности к курению табака.

Наиболее часто, по их данным, у курильщиков отмечается рак дна полости рта—94% рак языка в 87% а ротоглотки - у 99% что может свидетельствовать о различной восприимчивости к компонентам табачного дыма тканей полости рта.

Многочисленные исследования российских и зарубежных авторов доказывают, что табакокурение вызывает около 50% всех патологий пародонта. Тяжесть заболеваний напрямую зависит от длительности курения, что наиболее выражено при анализе тяжелых форм пародонтитов и гингивитов. Доказано снижение эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятия у табакозависимых пациентов.

Исследования ряда авторов позволяют утверждать, что основную роль в патогенезе заболеваний тканей пародонта у курильщиков играет уменьшение десневого кровотока и гипоксия в тканях, в следствии общерезорбтивного действия никотина. Влияние никотина и адреналина на скорость кровотока доказано экспериментально. Путем внутриартериального введения веществ. Ряд авторов указывают, что наиболее значимую роль в негативном влиянии никотина на ткани пародонта оказывает его общерезорбтивное действие на микроциркуляторное руло.

Механизм данного процесса связан с влиянием никотина на синтез простациклина, в следствии чего происходит увеличение скорости агрегации

Многочисленными исследованиями доказано влияние табакокурения на развитие язвенно-некротического стоматита Венсанас прямой зависимостью между степенью и тяжестью заболевания и длительностью пагубной привычки. Так же доказано влияние табака на иммунную систему, путем воздействия на нейтрофильные лейкоциты, выполняющие фагоцитарную функцию. По данным исследований большинства авторов установлено, что у табакозависимых лиц отмечается прогрессирование заболеваний пародонта и более активная убыль костной ткани в сравнении с некурящими. Изменения характерны даже среди лиц молодого возраста с небольшим стажем табакозависимости.

Влияние табачного дыма на твердые ткани зуба связано с наличием в составе табака химических элементов, обладающих кариеспровоцирующим действием. К ним относятся в основном группа сахаров, составляющая 2,6% - 13,5% и кариес подавляющих компонентов, количество которых зависит от вида табака, место его сбора и присутствия ароматических добавок.

В процессе курения так же происходит микротравмирование твердых тканей, в результате чего на поверхности зубов обнаруживаются микроскопические трещины.

В результате исследований влияния табакокурения на состояние твердых тканей зуба и течение кариозного процесса, различными авторами были получены противоречивые данные. При одних исследованиях распространенности и интенсивности кариеса зубов путем определения индексов КПУ было выявлено увеличение показателей у курящих пациентов в сравнении с некурящими.

Результаты других 30 авторов, исследовавших клиническое состояние курящих пациентов, выкуривающих в среднем от 10 до 40 сигарет в день и группы некурящих, показали, что данные распространенности и интенсивности кариеса не имели существенных различий.

Наиболее заметно влияние табака на гигиеническое состояние зубов. Наличие на язычной и вестибулярной поверхности потемнений, "налета

курильщика", по мнению ряда авторов связано со способностью смолы, входящей в состав табачного дыма впитываться зубной бляшкой и поверхностными слоями эмали и дентина. Поэтому, степень окрашивания зубов напрямую зависит от количества выкуриваемых сигарет и от интенсивности наличия зубной бляшки.

Состав и свойства ротовой жидкости, ее количество оказывают непосредственное влияние на состояние тканей пародонта и слизистой полости рта. Доказано изменение качественного состава и объема ротовой жидкости при длительном употреблении табака.

Установлено, что при курении снижается вязкость слюны при увеличении ее секреции. В следствии чего отмечается изменение характера саливации у табакозависимых.

Однако, существуют исследования, показывающие, что при большом стаже курения или при наличии предраковых заболеваний в анамнезе напротив секреция слюны снижается при увеличении вязкости.

В литературных источниках отсутствуют данные о исследованиях у табакозависимых лиц наличия морфологических изменений в слюнных железах. Изменения состава слюны проявляются в увеличении количества нитритов и тиоцианата в смешенной слюне. Так же доказано увеличение в смешанной слюне концентрации белка, возрастании активности протеолитических ферментов и ингибиторов протеаз.

Средняя концентрация тиоцианата у табакозависимых пациентов при анализе крови показывает превышение показателей в несколько раз относительно нормы. Увеличение концентрации тиоцианата приводит к образованию канцерогенных нирозаминов путем увеличения скорости нитрозации аминов

Данный процесс наиболее активно проходит в условиях снижения значений РН и преобладания кислой среды. Исходя из всего выше сказанного, ряд исследователей приходят к выводу о наличии в полости рта у табакозависимых лиц благоприятных условий для увеличения количества

нитрозаминов и проявления канцерогенного эффекта, в результате высокой концентрации тиоцианата в смешенной слюне. Увеличение концентрации тиоцианата у табакозависимых пациентов происходит в результате реакции нейтрализации аниона синильной кислоты и его связи с серой тиосульфата, с образованием помимо тиоцианата еще и сульфита. Увеличение нитрозаминов в ротовой жидкости, а как следствие и проявления их канцерогенного эффекта, отмечается не только при курении, но и при употреблении нюхательного и жевательного табака на протяжении длительного времени.

Употребление лекарств, относящихся по своему химическому строению к вторичным и третичным аминам может привести к реакции последних с нитритами слюны у курильщиков. Экспериментально доказано, что при воздействии слюны с такими лекарствами как тетрациклин, окситетрациклин, метациклин, хлортетрациклин, амидопирин, пиперазин более половины из них соединяются со слюной с образованием нитрозаминов. Часть образовавшихся нитрозаминов выделяется слюнными железами, оставшиеся расходятся по организму с током крови и всасываясь в кишечнике оказывают общее канцерогенное действие. Данные изменения состава слюны характерны не только для табакозависимых пациентов, но и для пассивных курильщиков.

Ряд авторов отмечают, что в патогенезе воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у табакозависимых лиц важную роль играет уменьшение количества ингибиторов и увеличение активности протеолитических ферментов в ротовой жидкости, приводящее к нарушению установленного баланса в системе работы ферментов.

Исследования ряда российских и зарубежных авторов, указывают что сочетанное влияние табака и вируса простого герпеса 1-го типа (ВПГ-1) играет важную роль в механизме возникновения предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ, и их дальнейшей малигнизации. Эффект связан с усилением канцерогенного влияния при связывании вируса

простого герпеса 1-го типа с нитрозаминами табака. Доказано, что данные соединения способствуют образованию вируса с увеличенным канцерогенным эффектом, путем угнетения репликации генома изначально вируса. Клиницистам следует обратить внимание на табакoзависимых пациентов с наличием в анамнезе вируса простого герпеса, для более детального обследования их на наличие таких заболеваний как лейкоплакии, дисплазия и рака СОПР.

Употребление алкоголя, в любом случае вредно для организма. При употреблении алкоголя нарушаются обменные процессы в организме, в частности вымывается кальций, что может негативно отразиться на состоянии твердых тканей зубов, т.к. этот элемент - основа структуры эмали зубов. Содержание в слабых алкогольных напитках пигментсодержащих веществ, кислот и углеводов может проявиться повышенной чувствительностью эмали в виде болевых ощущений, дисколоритом эмали зубов, нарушая белизну эмали, и конечно же деминерализация эмали зуба в последующем осложнится кариозным поражением зубов.[3, с.23-25] Ситуация усугубляется, если человек пьёт другие напитки тёмного цвета, такие как чай, кофе или газированную воду. Сильнее всего окрашивает эмаль красное вино.

Негативно отражается употребление алкоголя и на иммунную систему, результатом чего может проявиться повреждение слизистой оболочки полости рта частыми герпетическими высыпаниями на губах и в полости рта, заболеваниями тканей пародонта.[17, с.40]

Пародонтит преимущественно диагностируется при поражении сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных алкоголизмом.

Согласно анамнестическим данным и результатам осмотра, именно с пародонтитом в большей степени, чем с осложнением кариеса связана потеря зубов при алкоголизме. В генезе этих нарушений, по-видимому, лежат три фактора: активация пародонтопатогенных микроорганизмов при снижении слюноотделения, потеря костной ткани челюстей вследствие отрицательного

влияния алкоголя на метаболизм кальция (снижение всасывания и повышение выведения) и гипоксия как следствие вентиляционных и гемодинамических нарушений при токсических повреждениях дыхательной и сердечно-сосудистой систем. В результате проведенного эпидемиологического исследования выявлена высокая частота заболеваний пародонта у больных хроническим алкоголизмом – 97,10%, при 73,14% у людей, которые не злоупотребляют алкоголем. По интенсивности поражения пародонта только в 2,72% заболеваний хроническим алкоголизмом выявлены начальные изменения (пародонтальный индекс – ПИ=0,1-1,4), в 29,71% лиц ПИ составил 1,5-3,9 и в 65,04% обследованных ПИ находился в пределах от 4,0 до 8,0. Общее число пораженных секстантов (по индексу CPITN) составляет в среднем 5,56. С возрастом и длительностью хронического алкоголизма частота и интенсивность поражений пародонта возрастает.

Помимо пародонтопатогенной микрофлоры и снижения локальных защитных механизмов, последнее время большое внимание в патогенезе заболеваний пародонта отводят изменениям костной ткани. С другой стороны, известно, что алкоголизм является существенным фактором потери минеральной плотности кости (МПК). Определено наличие обратной сильной корреляции между потерей МПК периферического скелета и степенью тяжести поражения пародонта, т.е. чем больше потеря МПК, тем тяжелее поражения пародонта. При этом у больных хроническим алкоголизмом обнаружено значительно большая потеря МПК, чем у пациентов, не злоупотребляющих алкоголем.

При катаральном гингивите у больных хроническим алкоголизмом при проведении реопародонтографии (РПГ) выявлено нарушение эластичности сосудов, реографический индекс (Pi) понижался. При проведении контактной биомикроскопии наблюдаются расширения венозных браншей, закругляющие углы петель капилляров. Эластичность сосудов значительно снижается – индекс эластичности. Угол капиллярных петель закругляется, диаметр капилляров увеличивается, резистентность капилляров десен

уменьшается, кровенаполнение замедляется. По мере нарастания тяжести пародонтита (средняя и тяжелая степень) на фоне хронического алкоголизма цифровые показатели РПГ подтверждают глубокие необратимые изменения в сосудах пародонта. Биомикроскопически эти явления проявляются аневризматичным расширением микрососудов, замедленным кровенаполнением, агрегацией эритроцитов. На фоне этого отмечается значительное снижение резистентности капилляров десен.

При пародонтозе легкой степени тяжести у больных хроническим алкоголизмом в сосудах преобладают процессы дистрофии и склероза, о чем свидетельствуют цифровые, показатель тонуса сосудов, индекс периферического сопротивления. Эти данные подтверждаются и при контактной биомикроскопии(графии): преимущественно на бледном фоне наблюдаются продленные и выгнутые с закругляющимися углами петель капилляры, количество их значительно меньше, чем при процессах

Сопоставление показателей ультразвуковой эхостереометрии показывает, что ее величины при разных заболеваниях пародонта характеризуются определенной закономерностью. Изменения в кости у больных хроническим алкоголизмом имеют более выраженный характер. При тяжелой степени пародонтита у больных хроническим алкоголизмом эхосигнал проходит при 19-21 мкс против 17-18 мкс у людей без фоновой патологии. В исследовании Немеш О.М. (1997) впервые изучена интенсивность окисления перекиси липидов (ПОЛ) у больных с заболеваниями пародонта на фоне хронического алкоголизма и исследованы показатели антиоксидантной системы (АОС) в слюне этих больных, определена концентрация сиаловой и аскорбиновой кислот и проанализирована динамика этих показателей в слюне в зависимости от возраста и длительности заболевания. При изучении интенсивности ПОЛ у больных с воспалительными процессами в пародонтеи хроническим алкоголизмом автором выделены две группы: лица с низким содержанием малонового диальдегида (МДА) в крови, и лица с высоким его содержанием.

В группе с низким содержанием МДА в крови активность супероксиддисмутазы (СОД) в слюне и соотношения супероксиддисмутази к каталазы выше, чем в группе с высоким содержанием МДА. Содержание сиаловой кислоты в слюне колеблется в возрастных группах и в зависимости от длительности хронического алкоголизма. В молодом возрасте (20-29 лет) в обеих группах у лиц, которые употребляют алкоголь 1-5 лет, выявляется высокое содержание сиаловых кислот, что свидетельствует о быстрой деструкции тканей пародонта. В возрасте 30-39 лет концентрация сиаловых кислот в слюне несколько уменьшается, но в дальнейшем с увеличением стажа употребления алкоголя возрастает.

Концентрация аскорбиновой кислоты в слюне при высоком содержании МДА в крови в два раза выше, чем у практически здоровых лиц. Активность СОД и каталазы у здоровых лиц значительно ниже, чем у больных алкоголизмом. Содержание аскорбиновой кислоты более высокое в слюне здоровых лиц во всех возрастных группах по сравнению с больными алкоголизмом.

Морфологические изменения слюнных желез у больных хроническим алкоголизмом К признакам, свидетельствующим о хронической алкогольной интоксикации, относятся воспалительно-дистрофические изменения тканей полости рта и слюнных желез. Более чем у двух третей больных диагностируются гипертрофия и снижение функции околоушных слюнных желез, соответственно в 76,5% и 65,5% случаев. Практически у всех пациентов отмечается незначительное выделение прозрачной, густой слюны, с резким ферментативным запахом. Указанные поражения у пациентов, не злоупотребляющих алкоголем, встречаются в 2-3 раза реже.

Значительные изменения наблюдаются в слюнных железах: язычной, подчелюстных и особенно в околоушных. В данных железах отмечается выраженная гиперплазия ацинусов, расширение протоков, зернистая и жировая дистрофия эпителия протоков.

Выявлена гетерогенная экспрессия цитокератина 7-го типа в протоковом эпителии с отсутствием ее в ацинарных клетках. Единичные ядра эпителия ацинусов имеют некоторые черты атипичии полиморфизма. В некоторых случаях выявляют небольшой отек и фиброз стромы, что важно отметить, без воспалительной реакции. Другой важной особенностью при алкогольном сиалозе является отсутствие гиперплазии протоков и ацинусов в малых слюнных железах слизистой губ и твердого неба, но отмечается выраженная лимфоидная инфильтрация стромы желез.

При этом в железах твердого неба лимфоциты экспрессируют преимущественно Т-клеточные маркеры (85% от всех лимфоцитов), в то время как в губных железах иммунофенотип Т-лимфоцитов имеют только 40% клеточного инфильтрата. Важным дифференциально-диагностическим признаком алкогольного сиалоза с синдромом Шегрена является отсутствие в строме малых слюнных желез твердого неба и слизистой губ плазматических клеток.

Роль углеводсодержащих продуктов в развитии кариеса очень высока. Частые перекусы, употребление сладких напитков соков, газированных напитков способствуют благоприятному размножению микроорганизмов, которые являются основой зубного налета, в результате нарушается минеральный состав ротовой жидкости и проявляется деминерализацией твердых тканей зубов, другими словами кариес зубов.[7, с.368]

Злоупотребление продуктов может отрицательно сказаться на различных процессах обмена веществ. Это может выражаться различным проявлением аллергических реакций.

Еще одна вредная привычка у подростков и студентов - грызть, различные предметы. Во-первых, это делать просто не прилично, во-вторых, под ногтями и на различных предметах могут быть микроорганизмы и яйца паразитов что может привести к инфекционным заболеваниям, глистным инвазиям, а также эстетическим проблемам в истощении ногтевых пластинок , но также нагрузкой на пародонт (аппарат, удерживающий зуб на своем

месте), что в дальнейшем может привести к заболеваниям пародонта.[5, с .341]

Некоторые любят грызть семечки, орехи, леденцы, в свою очередь данная привычка может проявиться травматическим сколом эмали, а травмированную эмаль можно восстановить только при помощи пломбировочных материалов ,либо ортопедических конструкций. У данных лиц на эмали центральных зубов образуется полулунный дефект, который требует восстановления с помощью реставрационных материалов. Так же при употреблении семечек и орехов можно травмировать слизистую оболочку полости рта, что проявляется травматическими болезненными и длительно заживающими язвочками.

В стоматологической практике выделяют термин «жевательная леность » - что обозначает привычку употреблять мягкую, молотую не требующую интенсивной жевательной нагрузки пищи. При употреблении мягкой пищи снижаются процессы самоочищения полости рта. В результате чего увеличивается образование зубного налета, снижается уровень гигиены полости рта, что является одним из основных факторов развития кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта. Основным методом борьбы с данной привычкой –это правильное питание и настойчивое введение в рацион питания грубой пищи (твердые фрукты, овощи, мясо).

Эксперты подтвердили, что компьютерный кариес является реальностью.

Предполагается, что причиной активной порчи зубов пользователей персональных компьютеров может быть, либо неправильный образ жизни, либо воздействие электромагнитного излучения.

Больше всего тех, кто считает, что главный вред кроется в многочасовом пребывании перед монитором компьютера без перерывов на правильное питание, уход, отдых. На самом деле, большая часть подростков и студентов, проводящих много времени у компьютера, нередко забывают и про чистку зубов, и про еду, заменяя ее перекусами и злоупотреблением

чего-то сладенького. Симптомы их болезни немного отличаются от привычных. Компьютерный кариес характеризуется окраской зубов в темный (иногда черный) цвет и чаще локализуется он в пришеечной области зубов.[1, с.216]

Жевательная резинка должна стимулировать выработку слюны после еды и собирать застрявшие кусочки пищи. Но по факту мало кто соблюдает небольшой период разжевывания в 3-5 минут. В итоге жевательная резинка приклеивается, застревает между зубами.

Иногда она даже повреждает ненадежно стоящие, старые или большие пломбы – резинка «присасывается» и вытягивает их из зубной полости. Ну и, разумеется, в жевательной резинке опять же есть сахара (причем часто это не обычный сахар, а его заменители, безопасность которых не доказана).

Отбеливающие пасты не подходят для ежедневного использования. На самом деле их нужно применять небольшим курсом (не более месяца, обязательно чередовать с укрепляющими пастами), только после консультации со специалистом и с четким пониманием, в каком состоянии находится ваша эмаль – чтобы средство не навредило, а именно помогло немного изменить оттенок зубов.

В составе таких паст присутствуют довольно агрессивные химические соединения (разрушают пигмент) или высокое содержание абразивных частиц (механически счищают верхний слой).

Если активно и долго чистить зубы только такими пастами, это приведет к постепенному разрушению эмали – она станет тусклой, повысится реакция на холодное и горячее.

Таким образом, следует отметить, что стоматологическое здоровье является неотъемлемой частью общественного здоровья.

Зависит от многочисленных медико-биологических факторов, образа жизни и систематического использования средств гигиены полости рта.

В свою очередь эстетическое состояние полости рта и отсутствие трудностей с речью из-за проблем с зубами обеспечивает социальное благополучие человека (рисунок 1).[20, с.46-49]

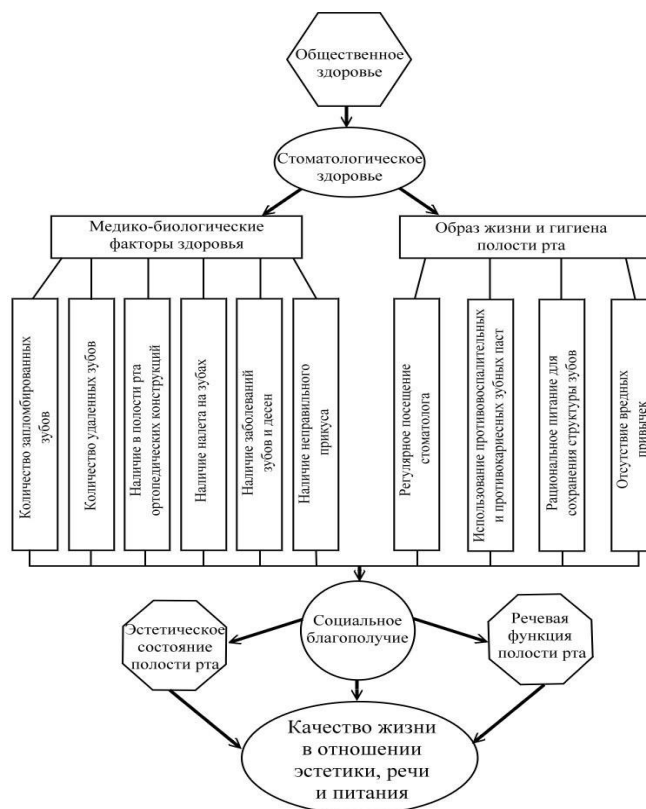


Рисунок 1 – Модель стоматологического здоровья студентов

В заключении хотелось бы отметить, что один из признаков развитой личности – это умение приспосабливаться к разным условиям жизни, корректировать свои принципы и поведение, конечно если есть в этом необходимость. Однако многие люди отказываются работать над собой, что часто наблюдается и от чего и становятся заложниками собственных привычек. А все это, конечно, совершенно зря. Научиться избавляться от таких вредных привычек означает стать более свободным и правильно управлять собственной жизнью, конечно, прислушиваться к советам (только к правильным) все же стоит.

1.3 Патология слизистой оболочки полости рта и пародонт

Для хронического употребления алкоголя или его суррогатов характерными симптомами поражения слизистой оболочки и мягких тканей полости рта являются рецидивирующий афтозный стоматит и травматические язвы, лейкоплакия, отклонение язычка, атрофия грибовидных и нитевидных сосочков языка, гипертрофия языка. Лейкоплакия отмечена у 73% пациентов, рецидивирующий афтозный стоматит – в 67,5% случаев. В большинстве случаев наблюдается лейкоплакия на слизистой оболочке щек, губ и в области угла рта (48%); реже – возвышающаяся форма (18%) и в единичных случаях – веррукозная форма лейкоплакии (7%). Афты возникают чаще на слизистой оболочке щеки (32,5%), губ (14%) и на передней и боковой поверхности языка. Как правило, афты размером 0,5-3 см, круглой или овальной формы, с четко очерченными мягкими краями, которые окружены тонким гиперемизированным ободком, дно афт покрыто некротической пленкой, легко кровоточит при травмировании.

Распространенность и специфичность симптомов поражения слизистой оболочки и мягких тканей полости рта практически не зависят от вида органного поражения, хотя значительно чаще встречаются у больных с алкогольной болезнью печени и поливисцеропатией.

При гистологическом исследовании слизистых языка, альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, верхней и нижней губы больных хроническим алкоголизмом выявляют изъязвления многослойного плоского эпителия (12,0% случаев), гиперплазию базального слоя (23,0%), паракератоз (65,4%), дисплазию 1-й и 2-й степени (54,2% случаев), атрофию эпителия с умеренно выраженной лимфо-макрофагальной инфильтрацией собственной пластинки слизистой (76,5% случаев) [6]. В 23,7% наблюдений в различных отделах слизистой определяют очаговые некрозы, сопровождающиеся скудной воспалительной реакцией по периферии очагов.

Редко отмечается дисплазия 3-й степени в многослойном плоском эпителии боковой поверхности языка. При этом, помимо нарушения

стратификации и большого количества митозов, определяется значительно выраженный койлоцитоз. Данные наблюдения подтверждают мнение о том, что алкоголь усиливает действие канцерогенов, особенно при сочетании с табакокурением.

Известно, что морфологические изменения при хронической алкогольной интоксикации развиваются преимущественно на боковой поверхности языка, но при этом не выявляются изменения на слизистой щеки. На слизистой оболочке щек определяется лишь акантози незначительно выраженной паракератоз с койлоцитозом, признаки дисплазии не отмечаются. Вместе с тем, при исследовании слизистой оболочки твердого и мягкого неба отмечают умеренно выраженный отек с расширением межклеточного пространства и фокусами зернистой дистрофии эпителиальных клеток.

По морфологическим изменениям слизистой языка и полости рта можно установить длительность употребления алкоголя. Так, например, доказано, что лейкоплакия, дисплазия 1-й степени, а также гиперплазия базального слоя эпителия развиваются только при длительном приеме алкогольных напитков, более 12 месяцев.

1.4 Пути отказа от вредных привычек

Неизменными свойствами вредной привычки являются автоматизм и «не полезность» действия.

Вредные привычки могут быть как неполезными, так и откровенно вредными. Подобные автоматические действия человек проявляет вследствие слабоволия. Если человек не в состоянии проявить силу воли для того, чтобы продвинуться вперед, он попадает во власть привычки, которая бросает его на прежний путь, на совершение привычного действия. По сути, привычка и есть привычное действие.

Важным шагом в создании новой привычки является формирование задачи отказа от вредной привычки у пациента. При постановке задачи нужно помнить, что приоритеты врача и пациента отличаются (врач озабочен этиологией заболеваний, а пациенты больше уделяют внимания побочным факторам, таким как свежесть дыхания и привлекательная улыбка).[6, с.76-77]

Методы профилактики вредных привычек различны, одним из таких методов может быть просвещение. Но информация о вредном воздействии вредных привычек на здоровье человека не всегда может их предотвратить в молодежной среде. Описание воздействия психотропных средств на организм может быть провоцирующим фактором развития вредной привычки

Существует довольно много методов лечения и профилактики вредных привычек, но, разрабатывая профилактические и лечебные программы, необходимо учитывать, что молодым людям с трудом удастся задумываться о последствиях своего неправильного поведения, при этом тяжело поддаются перевоспитанию привычки, связанные с пищевыми традициями, алкоголем, наркотиками и курением. [8, с.26-28]

Для молодых людей, употребляющих психотропные вещества, важным факторами в изменении поведения может быть удовлетворение потребности в общении. Это потребность иметь друзей и, прежде всего, тех из них, которые уже смогли отказаться от вредной привычки.

Поскольку вредные привычки (табакокурение, употребление алкоголя, наркомания) являются сложным поведенческим актом, в возникновении и развитии которого принимают участие не только физиологические факторы, но и целый комплекс социальных и психологических условий[10], необходима разработка теоретических и практических подходов к отказу от вредных привычек, а также создание и широкомасштабное внедрение профилактических программ.

Один из способов для решения этой проблемы - разработка системы работы или программы профилактики негативных привычек у студентов

колледжа, которая должна быть рассчитана на все годы их обучения в нашем учебном заведении. Эта программа должна ежегодно корректироваться в зависимости от того, какой будет набран контингент. Для этого ежегодно необходимо проводить анкетирование всех студентов первого курса по выявлению их отношения к негативным привычкам и здоровому образу жизни.

Целями указанной программы должно быть предупреждение никотиновой, наркотической, алкогольной зависимости, искоренение любых вредных привычек, пропаганда здорового образа жизни. Задачи программы должны стать:

- выработка активной жизненной позиции;
- организация творческого и здорового досуга;
- работа над развитием этических норм поведения;
- формирование психологического климата в социальном окружении студентов;
- оказание помощи лицам, имеющим вредные привычки.[9, с.19-20]

Реализация программы профилактики негативных привычек должна производиться исходя из личностно-ориентированного подхода к каждому студенту, а также через включение в решение задач программы родителей студентов, педагогов, других специалистов.

Борьбу студентов с вредными привычками нужно так же проводить с помощью физической культуры.

Доказано, что при мышечных нагрузках реакция тревоги и напряжения значительно снижаются или исчезают совсем. Значит, работа мышц является фактором, способствующим не только «разрядке», но и предупреждению эмоционального напряжения.[17, с.22-28] Так же занятия физической культурой повышают иммунитет, избавляют от депрессий, помогают расслабиться, улучшают сон, снижают утомляемость, воспитывают волю, помогают обрести уверенность в себе, улучшают внешний вид, увеличивают

продолжительность жизни, укрепляют физическую силу, ну и, конечно же, помогают избавиться от вредных привычек. Одними из самых популярных упражнений, рекомендованных для профилактики, оздоровления являются бег, ходьба, плавание. Необходимо также добавить, что данные упражнения не будут эффективны, если они выполняются, время от времени, по воле случая, ведь одним из основных достоинств подобных упражнений является их систематичность, цикличность.

Профилактическая работа - это создание условий для формирования у молодежи устойчивых установок на неприятие алкоголя, наркотических веществ, табакокурение. Необходимо отчетливо представлять, что не существует здорового образа жизни, как некой особенной формы жизнедеятельности, вне образа жизни в целом. [18, с.19-20] Основная задача профилактики заключается в том, чтобы предупредить возникновение желания попробовать их. Для этого молодые люди должны быть успешно реализованы в окружающем мире: уметь решать возникшие проблемы, удовлетворять потребности, используя свои знания, способности.

Специалисты утверждают, что сложнее всего в первые три недели после отказа от вредной привычки – но уже по истечении этого времени формируется новая привычка: к здоровому образу жизни.

2 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1 Опрос студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт»

Стоматологическое здоровье — составная часть общего здоровья человека. По данным Всемирной организации здравоохранения 20% причин, вызывающих различные заболевания, это наследственные факторы, 20% — условия окружающей среды, 10% уровень медицины и здравоохранения и 50% — образ жизни.[14, с.32-35] Мы не можем изменить наследственность и окружающую среду, но внести изменения в стиль своей жизни под силу каждому человеку.

Студенты медицинского института выделяются на общем фоне студентов тем, что изучают различные заболевания человека, изучают влияние разнообразных факторов на организм человека и на здоровье, в частности. Тем не менее, студенты медицинского колледжа так же, как и все остальные люди подвержены так называемым «вредным привычкам».

С целью изучения влияния вредных привычек на стоматологическое здоровье был проведен опрос 50 студентов 2 и 3 курса специальности «стоматология» АНО ВО «Уральский медицинский институт».

2.2 Результаты студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт»

Также было изучено особенности их питания и влияния этих особенностей на состояние стоматологического здоровья.

Питание большинства студентов является нерегулярным и несбалансированным. Выявлено, что 64% студентов используют питание типа fast-food (гамбургеры, хот-доги, колу и т.п.)(рисунок1), причем 37% сообщали, что делают это часто, а 34% - периодически. Лишь 29% учащихся избегают такой пищи (см. рисунок 2).

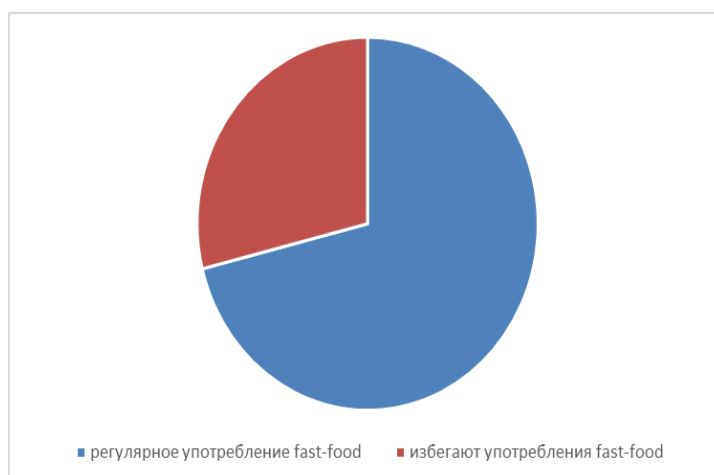


Рисунок 2 – Особенности питания студентов

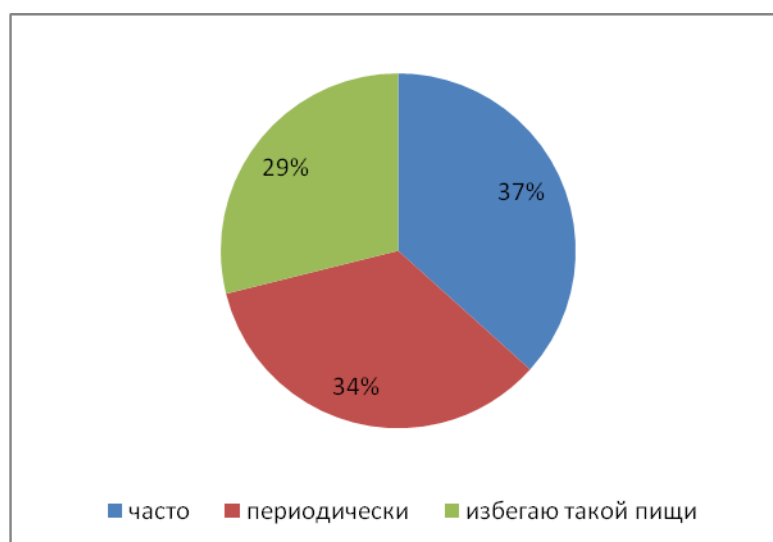


Рисунок 3 – Частое употребление вредной пищи

Всего 35% студентов считают, что их питание сбалансировано в отношении основных пищевых ингредиентов. Остальные предполагают, что в нем имеет место недостаток белков, витаминов, микроэлементов и избыток углеводов.

42% учащихся указали на то, что систематически включают в свой рацион сырые овощи и фрукты, в то время как 58% употребляют их преимущественно в кулинарно-обработанном виде.

20% студентов периодически стараются соблюдать диету с ограничениями жиров и углеводов, но делают это бессистемно, а остальные 80% не соблюдают диету.

Углеводы в студенческом рационе в основном представлены сладостями (конфеты, шоколад, пирожные, вафли, печенье, выпечка и т.п.). Анкетный опрос показал, что 75% студентов употребляют их очень часто — ежедневно и по несколько раз в день. Кроме того, 63% студентов употребляют сладкое между основными приемами пищи, 53% завершают прием пищи сладким десертом, а 38% употребляют сладости перед сном (см. рисунок 4).

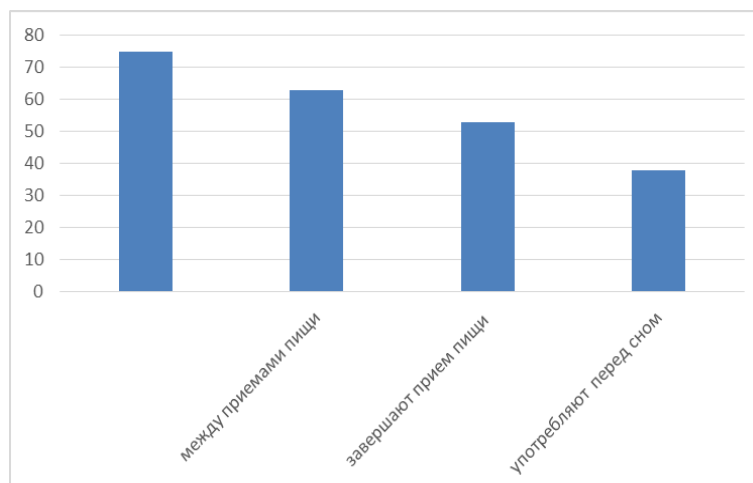


Рисунок 4 – Особенности употребления студентами сладостей

Однако лишь половина из них после этого чистит зубы.

Среди больших любителей сладостей юноши и девушки встречаются почти одинаково часто (46% и 40% соответственно), а среди лиц, редко употребляющих сладости, существенно преобладают юноши (86% и 36% соответственно).

Опрос студентов Уральского медицинского института показал, что основными причинами своего неправильного питания они считают: недостаток времени для приема пищи в связи с особенностями расписания и отсутствие в учебных учреждениях и рядом с ними доступных пунктов здорового питания.

Среди опрошенных студентов большинство из них сообщили, что в течение учебного дня они чаще всего покупают еду в точках общественного питания, расположенных вблизи учебного заведения, и перекусывают во время переходов из одной аудитории в другую. Эта еда представлена обычно

чипсами, пиццей, шаурмой, булочками, пирожными, колой и другими газированными напитками.

Кроме столовых в учебных учреждениях существуют буфеты и точки продажи хлебобулочных изделий. Посетителями их являются практически все студенты. Ассортимент буфетов и ларьков состоит в основном из выпечки, сладостей (конфеты, шоколад, пирожные, кексы, пирожки, булочки), а также чипсов и бутербродов.

В ходе опроса выяснилось, что о существовании проблемы употребления алкоголя в обществе знают 99% опрошенных. Однако, 38% считают нормальным употребление алкогольных напитков, а 36% придерживаются противоположного мнения. Еще 26% никогда не задумывались об этом (см. рисунок 5).

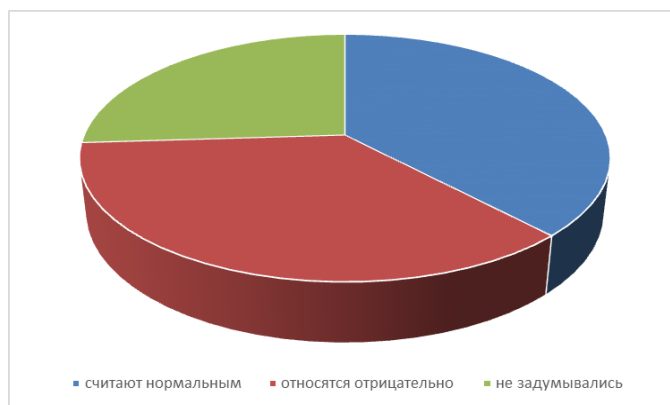


Рисунок 5 – Отношение студентов к проблеме употребления алкоголя

Считают, что сильнее подвержены алкоголизму мужчины 68%, женщины - 32%.

Удивило, что 7% считают, что употреблять алкоголь можно начинать в возрасте от 13 до 15 лет, 35% уверены, что более всего подходит промежуток от 16 до 18 лет. Еще 38% думают, что человек в 19 лет (и старше) может это делать, а оставшиеся 20% заявляют, что этого делать в жизни не стоит вообще (см. рисунок 6).

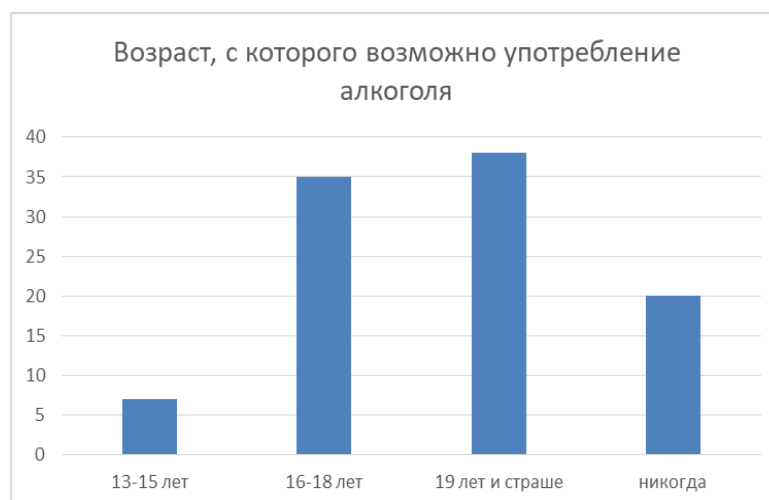


Рисунок 6 – Предполагаемый возраст, по мнению опрошенных, с которого возможно употребление алкоголя.

При этом 60% студентов ответили утвердительно на вопрос: «Употребляете ли Вы алкоголь?». Остальные 40% показали отрицательный результат, 46% впервые попробовали алкоголь с родителями, а 54% - с друзьями.

Выяснилось, что 38% пьют за компанию, 36% для веселья, 20% просто так, а 6% не задумывались над этим вопросом (см. рисунок 7).

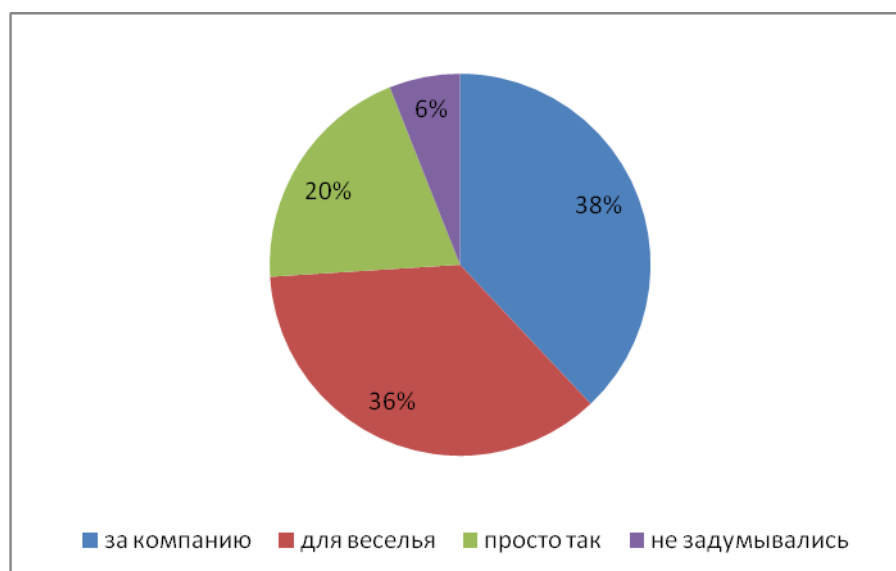


Рисунок 7 – Цель употребления алкоголя.

Не часто делают это 40% студентов, 48% - только по большим праздникам, 10% - всякий раз, когда появится повод, а 2% нужно лишь желание для того, чтобы выпить (см. рисунок 8).

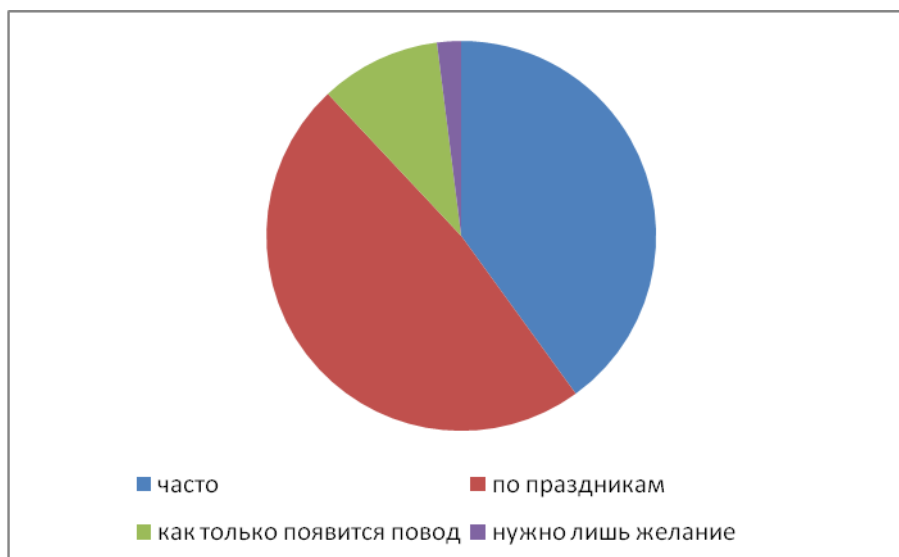


Рисунок 8 – Насколько часто студенты употребляют алкоголь

К курению 14% респондентов относится положительно; 45% отрицательно; 41% безразлично (см. рисунок 9). При этом 15% считают курение нормой, 65% придерживаются противоположного мнения, а 20% не задумывались над этим. С утверждением: «Курить - это модно!» согласилось 15% опрошенных студентов. Характерно, что 44% указали, что их родители (или один из них) курят. При этом 58% уверены, что к этому больше склонны мужчины, чем женщины.

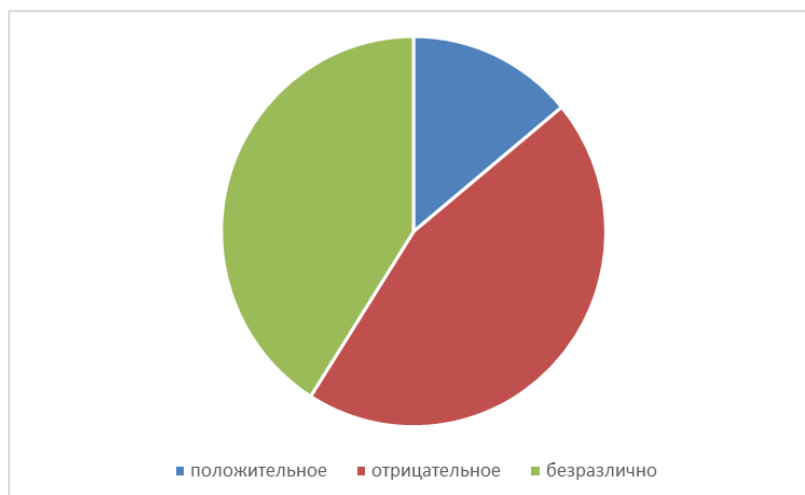


Рисунок 9 – Отношение опрошенных к курению.

Однако, что на вопрос: «Курите ли Вы?» 67% студентов ответили «нет», остальные 33% ответили положительно. На вопрос: «С кем Вы

пробовали сигареты?» сам(а) ответили 9%; с друзьями - 37%; не пробовал(а) - 54% (см. рисунок 10).

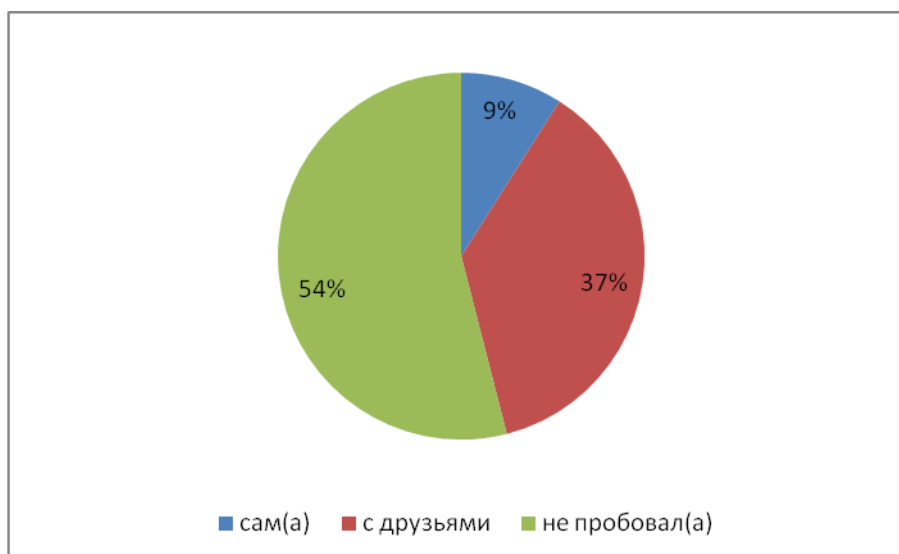


Рисунок 10 – С кем впервые попробовали сигареты

О цели курения никогда не задумывалось 31% студентов, 41% считают, что это помогает при стрессе, 19% делают это за компанию, а 9% просто так (см. рисунок 11) .



Рисунок 11 – Цель курения

При этом 8% считают, что допустимо курить (пробовать) сигареты можно с 13 до 15 лет, 27% назвали возраст от 16 до 18 лет. Еще 20% указали: «19 лет и старше», а 45% категорично ответили: «никогда» (см. рисунок 12).

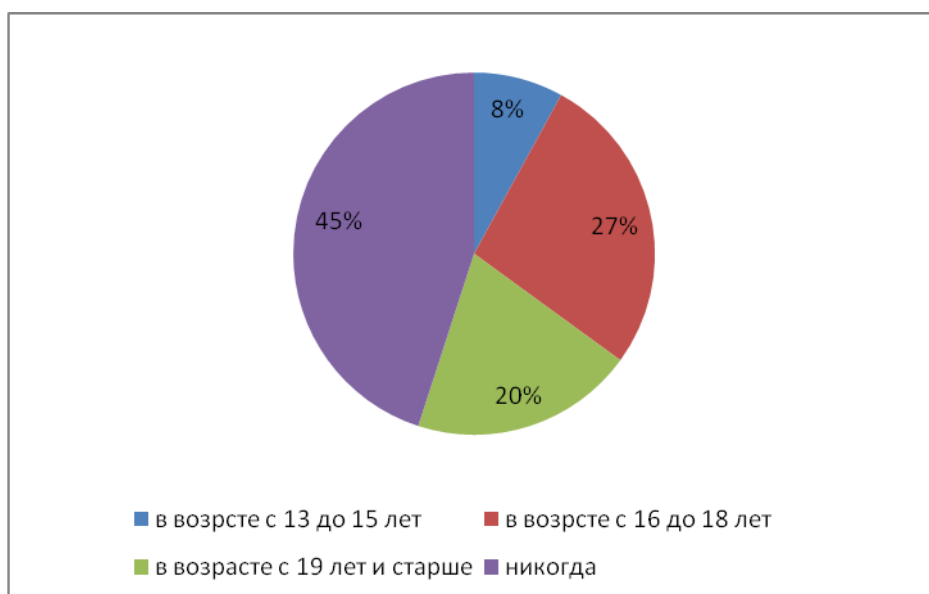


Рисунок 12 – Предполагаемый возраст, по мнению опрошенных, с которого возможно курение сигарет.

Следует также заметить, что 75% студентов категорически против того, чтобы курили их дети.

Затем последовал ряд вопросов, касающихся употребления наркотиков и психоактивных веществ. Из ответов респондентов стало ясно, что 85% относятся к ним отрицательно, 4% положительно, а 11% - безразлично (см. рисунок 13).

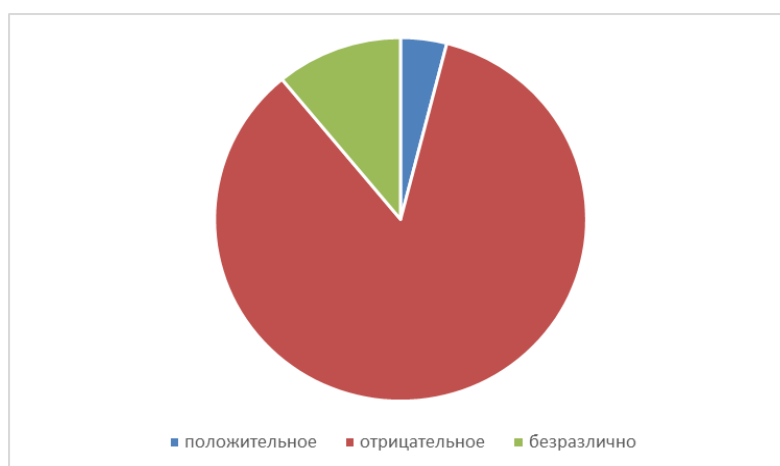


Рисунок 13 – Отношение опрошенных к наркотикам и ПАВ

Оказалось, что 40% первокурсников и второкурсников сталкивались в своем окружении с наркоманами. При этом 24% предлагали попробовать

подобные вещества, причем, бесплатно. Более склонными к наркомании 62% студентов считают мужчин, а 38% - женщин.

При этом, состояние стоматологического здоровья студентов института характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью заболеваний зубочелюстной системы, среди которых преобладают кариес и его осложнения, заболевания пародонта, аномалии зубов и челюстно-лицевой области, преждевременная потеря зубов.

В ходе проведенного опроса дана оценка стоматологического здоровья студенческой молодежи. Результаты ответов на вопрос «Как часто вы посещаете стоматолога?» показывают, что 69% студентов посещают врача по мере необходимости, при наличии беспокойства или боли в полости рта; 28 % – за стоматологической помощью обращаются регулярно (раз в полгода); 3 % – очень редко обращаются к стоматологу или ортопеду (см. рисунок 14).

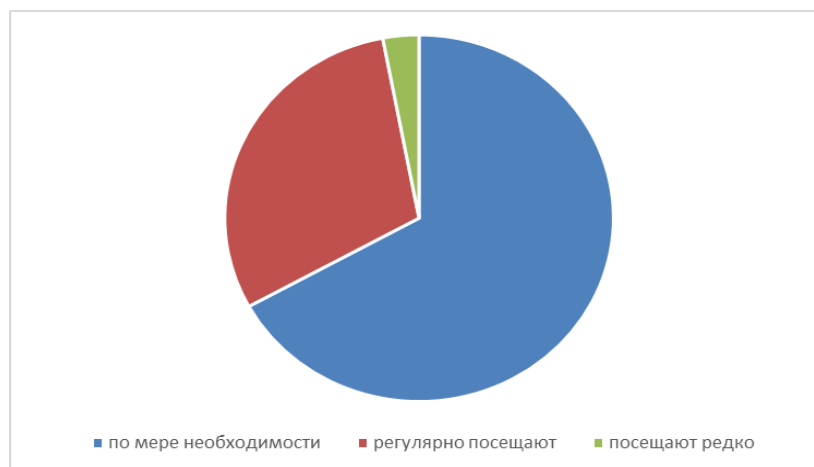


Рисунок 14 – Посещение опрошенными стоматолога

Опрашиваемые студенты считают лечение стоматологических заболеваний в частных структурах более качественным и комфортным, но доступным лишь для 38% студентов. Лечение в государственных лечебно-профилактических учреждениях не удовлетворяет большинство студентов из-за низкого качества и организационных проблем, в связи, с чем они практически не посещают стоматолога.

По ответам на вопрос «Регулярно ли вы чистите зубы?». Установлено, что 79% студентов соблюдают гигиенические требования по уходу за полостью рта и регулярно утром и вечером чистят зубы. Один раз в день – утром или вечером – чистят зубы соответственно 20% студентов. 1% - чистят по мере необходимости (см. рисунок 15).



Рисунок 15 – Регулярность чистки зубов

В ходе дальнейшего опроса нам удалось установить количество запломбированных и удаленных зубов у студентов : 1–2 запломбированных зуба – у 26%; 3–5 – у 41 %; 6 и более- 33%; 76 % студентов не имеют удаленных зубов; 24% – зубы удалены.

Последний вопрос анкеты касался самочувствия студентов в связи с состоянием полости рта. 68% студентов ответили: «Я чувствую себя уверенно, у меня красивые зубы». 24% студентов института испытывают дискомфорт во время разговора с окружающими при дефектах зубных рядов. 8% студентов безразличны к эстетическому состоянию полости рта.

На основании ранее полученных данных и результатов оценки стоматологического здоровья и отношения к вредным привычкам, влияющим на стоматологическое здоровье, можно с уверенностью сказать, что многочисленные факторы риска отрицательно влияют на организм студентов и приводят к развитию заболеваний полости рта.

2.3 Разработка брошюры

Я разработала и создала брошюру: "Ваша улыбка под угрозой: Как вредные привычки разрушают здоровье зубов и десен"

Враги вашей улыбки — что вредит больше всего?	Механизм разрушения: что происходит во рту?	План спасения вашей улыбки	Ваша улыбка стоит того!
1. КУРЕНИЕ (Сигареты, вейпы, кальяны) * Как вредит: Смолы и никотин нарушают кровоснабжение десен, снижают местный иммунитет, токсины напрямую атакуют эмаль. * Последствия: * Желтые зубы и темный налет: Стойкие окрашивания, которые не счищаются щеткой. * Пародонтит: Риск развития выше в 5-6 раз. Десны кровоточат, разрушается кость, зубы расшатываются. * Неприятный запах изо рта (галитоз): Который не перебить жвачкой. * Рак полости рта, губ, языка: Курение — один из главных факторов риска. * Маскировка болезней: Из-за спазма сосудов десны могут не кровоточить, скрывая воспаление до поздней стадии. 2. ЧРЕЗМЕРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРА * Как вредит: Сахар — идеальная пища для кариесогенных бактерий. Они перерабатывают его в кислоту, которая растворяет эмаль. * Последствия: * Множественный кариес: Быстрое образование полостей, особенно в труднодоступных местах. * "Бутылочный кариес": При частом употреблении сладких напитков и соков. * Боль и чувствительность зубов. 3. КОФЕ, ЧАЙ, КРАСНОЕ ВИНО * Как вредит: Дубильные вещества и кислоты в их составе. * Последствия: * Стойкое окрашивание эмали: Темный, тусклый налет. * Эрозия эмали: Истончение и повышение чувствительности. 4. ПРИВЫЧКА ГРЫЗТЬ ПОСТОРОННИЕ ПРЕДМЕТЫ * Как вредит: Постоянная чрезмерная нагрузка на зубы. * Последствия: * Трещины и сколы эмали. * Стираемость зубов. * Проблемы с ВНЧС: Боль в челюсти, щелчки, головные боли. 5. АЛКОГОЛЬ * Как вредит: Вызывает сухость во рту (ксеростомия). Слюна перестает выполнять свою защитную функцию: смывать остатки пищи и нейтрализовать кислоты. * Последствия: * Резкое увеличение риска кариеса и болезней десен. * Обострение воспалительных процессов.	1. Образование налета Вредные привычки (особенно курение и сладкое) ускоряют образование липкой бактериальной пленки — зубного налета. 2. Атака на эмаль (Деминерализация) * Бактерии налета + Сахар = Кислота. * Кислота вымывает кальций и фосфор из эмали. Появляется белое меловидное пятно — начальная стадия кариеса. 3. Воспаление десен (Гингивит) Токсины бактерий раздражают десну, вызывая воспаление. Признаки: кровоточивость, отек, покраснение. 4. Разрушение опоры (Пародонтит) Если гингивит не лечить, воспаление переходит на кость. Она начинает разрушаться, образуются пародонтальные карманы, зубы становятся подвижными.	1. Откажитесь от самого вредного * Бросьте курить. Это №1 для здоровья полости рта. * Сократите потребление сахара. Откажитесь от сладких газировок, не злоупотребляйте конфетами и выпечкой. 2. Соблюдайте безупречную гигиену * Чистите зубы 2 раза в день 2-3 минуты. * Используйте зубную нить (флосс) каждый день! Это единственный способ очистить контактные поверхности между зубами. * Меняйте щетку каждые 3 месяца. 3. Правильно пейте * Пейте кофе и чай быстро, не растягивая надолго. По возможности прополощите рот водой после. * Основной напиток — чистая вода. Она увлажняет полость рта и смывает часть налета. 4. Найдите безопасную альтернативу * Вместо того чтобы грызть ногти или ручки, используйте жевательную резинку без сахара (не более 10-15 минут) или антистресс-игрушку. 5. Регулярно посещайте стоматолога * Профессиональная гигиена (чистка) каждые 6 месяцев. Удаляет тот налет и камень, которые вы не можете убрать сами. * Профосмотр. Врач заметит проблему на ранней стадии, когда ее легко и недорого решить.	Отказ от вредных привычек — это не просто проявление силы воли. Это инвестиция в ваше здоровье, уверенность в себе и качество жизни. Здоровая улыбка открывает двери, располагает людей и говорит о вас как о человеке, который заботится о себе. Начните с малого — замените одну вредную привычку на одну полезную. Ваши зубы скажут вам "спасибо"!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Причин неблагополучия в здоровье студента много, но основная причина в неправильном образе жизни. Вредные привычки оказывают негативное влияние на жизнь общества в целом, на общее здоровье человека, а также и на состояние зубочелюстной системы, в частности. В данный момент эта проблема стала поистине глобальной.

Способствовать сохранению здоровья должен определенный образ жизни, формирование потребности в его соблюдении, воспитание у молодежи правильной системы ценностных ориентаций. Студенческий возраст наиболее значим в плане профилактических воздействий, так как именно в этом возрасте еще возможен отказ от вредных привычек – основы будущих заболеваний, и именно в этом возрасте заканчивается формироваться ценностная структура личности, которая может быть, как основой процессов саморазвития и самооздоровления, так и процессов саморазрушения личности.

Результаты проведенных исследований свидетельствует о необходимости проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Для снижения общей и стоматологической заболеваемости среди студентов медицинского института целесообразно проводить гигиеническое обучение по профилактике стоматологических заболеваний.

Необходимо систематическое проведение профилактической работы, направленное не только на борьбу с последствиями вредных привычек, но и на их предупреждение.

В заключении необходимо отметить, что за здоровьем мы должны следить с самого раннего возраста. Не позволять вредным привычкам губить свой организм, чтобы в дальнейшем у нас не было проблем со здоровьем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1) Актуальные вопросы профилактики стоматологических заболеваний; материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 19мая 2017г. Санкт-Петербург.— СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2017.— 216с.
- 2) Баум Л. Руководство по практической стоматологии: моногр. / Л. Баум, Р.В. Филлипс, М.Р. Лунд. - М.: Медицина,2018. - 680 с.
- 3) Вредные привычки в жизни студентов медицинского вуза / Д.В. Судаков [и др.] // Центральный научный вестник. – 2018. – Т. 3, № 23 (64). – 23-25 с.
- 4) Гайворонская Е.Б. Сравнительная характеристика психофизиологического воздействия курения обычных и электронных сигарет / Е.Б. Гайворонская, М.В. Спахов // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, № 2. – 279-283 с.
- 5) Гофунг Е. М. Практическое зубоврачевание / Е.М. Гофунг. - М.: Книгоиздательство «Сотрудник»,2019. - 341 с.
- 6) Григорян А.Т. Студенческая активность как альтернатива вредным привычкам / Григорян А.Т., Сидлерова П.О.//В сборнике: Диалог мировоззрений: жизненный путь личности, общества, государства Материалы XIV международного симпозиума. Под ред. А.В. Дахина. 2018. - 76-77 с.
- 7) Жан-Франсуа Р. Профессиональная профилактика в практике стоматолога / Жан-Франсуа Р., Циммер С. - М.: МЕДпресс-информ,2019. - 368 с.
- 8) Значение мотивации в процессе обучения фельдшеров / А.Н. Тихонов [и др.] // Центральный научный вестник. – 2018. – Т. 3., № 23 (64). – 26-28 с.

- 9) Зиновьев Н.А., Бавыкин Е.А. Здоровье в системе ценностных ориентаций студентов в контексте спортивной деятельности. Теория и практика физической культуры. 2017. № 5 - 19-20 с.
- 10) Козлова Н.В. Психологическая безопасность как критерий профессионального здоровья студентов старших курсов инновационных университетов /Н.В.Козлова, А. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2018. - № 4 (15).
- 11) Клиническая стоматология. Официальная и интегративная / Под редакцией А.К. Иорданишвили. - М.: СпецЛит, 2019. - 432 с.
- 12) Луцкая И.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта /И.В. Луцкая. - М.: Мед. лит., 2017. - 288 с.
- 13) Луцкая И. К. Профилактическая стоматология / И.К. Луцкая. - М.: Медицинская литература, 2018. - 538 с.
- 14) Мотивы учебной деятельности студентов лечебного факультета / Д.В. Судаков [и др.] // Центральный научный вестник. – 2018. – Т. 3, № 12 (53). – 32-35 с.
- 15) Носова Л.А. Вредные привычки - один из факторов ухудшения здоровья обучающихся /Носова Л.А. // Проблемы фундаментальной подготовки в школе и вузе в контексте современности. Сб. научных работ VIII Всероссийской научно-практической конференции. Редактор-составитель А.Е. Новиков. 2018. - 306-309 с.
- 16) Пидпомага А.Ю. Динамика изменения функциональных показателей студентов, имеющих вредные привычки (на примере курения) при занятиях организованной двигательной активностью/Пидпомага А.Ю.//Физическое воспитание студентов. 2019. № 2. - 22-28 с.
- 17) Периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Методические рекомендации. - М.: СпецЛит, 2019. - 40 с.
- 18) Спирин В.К., Смирнова Л.В., Чупехина О.А. Реализация здоровьесформирующей функции школы на основе актуализации педагогического

потенциала образовательной среды. Теория и практика физической культуры. 2017. № 5 - 19-20 с.

19) Стоматология. Международная классификация болезней. Клиническая характеристика нозологических форм. Учебное пособие / М.Я. Алимова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 204 с.

20) Тавинова Н.А. Предрасположенность студентов к употреблению психоактивных веществ и их отношение к вредным привычкам / Тавинова Н.А., Иванова О.Р., Баранова Н.А., Афиногенова Е.П.//Медицинская сестра. 2017. № 6. - 46-49 с.

21) Федоров Ю. А. Гигиена полости рта / Ю.А. Федоров. - М.: Медицина, 2018. - 60 с.

22) Шубович М.М. Здоровье сберегающие технологии по профилактике вредных привычек студенческой молодежи/Шубович М.М., Гринева Е.А., Бибикова Н.В.//Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. 2018. Т. 13. № 4. - 80-86 с.

23) Шаров Д.В. Стоматология. Конспект лекций для медицинских вузов / Д.В. Шаров. - М.: Владос, 2017. - 37с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкетирование студентов АНО ВО «Уральский медицинский институт».

1 . Регулярно ли вы употребляете Fast-Food?

А)Да;

Б)Нет;

2 . Как часто вы употребляете Fast-Food?

А)Часто;

Б)Периодически;

В)Избегаю такой пищи;

3 . Сбалансированное ли ваше питание?

А)Сбалансированно в отношении основных пищевых ингредиентов;

Б)В питании имеется недостаток белков, витаминов, микроэлементов, избыток углеводов;

4. Включаете ли вы в свой рацион овощи и фрукты?

А)Употребляю сырые овощи и фрукты;

Б)Употребляю в кулинарно-обработанном виде;

В)Стараюсь соблюдать диету с ограничением жиров и углеводов;

5 . Как часто вы употребляете сладости?

А)Ежедневно, несколько раз в день;

Б)После приема пищи;

В)Употребляю перед сном;

5.1 Выберите свой вариант ответа:

Часто употребляю сладкое, пол:

А)Женский;

Б)Мужской;

Редко употребляю сладкое, пол:

А)Женский;

Б)Мужской;

6 . После употребления сладостей чистите ли вы зубы?

А)Да;

Б)Нет;

7 . Как вы считаете, какая главная причина неправильного питания?

Напишите.

8 . Знаете ли вы ,что алкоголь пагубно влияет на здоровье?

А)Да;

Б)Нет;

9 . Считаете ли вы употребление алкоголя проблемой?

А)Да;

Б)Нет;

В)Не задумывались;

10 . Как вы думаете, кто сильно подвержен алкоголизму?

А)Женщины;

Б)Мужчины;

11 . В каком возрасте можно начинать употреблять алкоголь?

А)В возрасте от 13 до 15 лет;

Б)В возрасте от 16 до 18 лет;

В)В возрасте о 19 и старше;

Г)Нельзя ни в каком возрасте;

12 . Употребляете ли вы алкоголь?

А)Да;

Б)Нет;

13 . С кем вы впервые попробовали алкоголь?

А)С родителями;

Б)С друзьями;

14 . С какой целью вы употребляете алкоголь?

А)Пью за компанию;

Б)Для веселья;

В)Просто так;

Г)Не задумывались;

15 . Как часто вы употребляете алкоголь?

А)Часто;

Б)По большим праздникам;

В)Как только появится повод;

Г)Нужно лишь желание для того, чтобы выпить;

16 . Как вы относитесь к курению?

А)Положительно;

Б)Отрицательно;

В)Безразлично;

17 . Считаете ли вы курение нормой?

А)Да;

Б)Нет;

В)Не задумывались;

18 . Согласны ли вы с утверждением «Курить- это модно!»?

А)Да;

Б)Нет;

19 . Курят ли ваши родители?

А)Да;

Б)Нет;

20 . Как вы думаете, кто склонен курению?

А)Женщины;

Б)Мужчины;

21 . Курите ли вы?

А)Да;

Б)Нет;

22 . С кем вы попробовали сигареты?

А)Сам(а);

Б)С друзьями;

В)Не пробова(а);

23 . Какая цель курения?

А)Помогает при стрессе;

Б)За компанию;

В)Просто так;

Г)Не задумывались;

24 . В каком возрасте можно начинать курить сигареты?

А)В возрасте с 13 до 15 лет;

Б)В возрасте с 16 до 18 лет;

В)В возрасте с 19 лет и старше;

Г)Никогда;

25 . Хотели ли вы , чтобы ваши дети курили?

А)Да;

Б)Нет;

26 . Как вы относитесь к наркотическим и психоактивным веществам?

А)Положительно;

Б)Отрицательно;

В)Безразлично;

27 . Сталкивались ли вы в своем окружении с наркоманами?

А)Да;

Б)Нет;

28 . Предлагали ли вам попробовать наркотические вещества?

А)Да;

Б)Нет;

29 . Как вы считаете, кто более склонен к наркомании?

А)Женщины;

Б)Мужчины;

30 . Как часто вы посещаете стоматолога?

- А) По мере необходимости;
- Б) При беспокойстве, наличии боли в полости рта;
- В) Регулярно;
- Г) Редко;

31 . Как вы думаете, в каких структурах более качественное и комфортное стоматологическое лечение?

- А) Частных;
- Б) Государственных;

32 . Регулярно ли вы чистите зубы?

- А) Соблюдаю все требования;
- Б) Один раз в день;
- В) По мере необходимости;

33 . Укажите подходящий вариант. Количество у вас запломбированных зубов?

- А) 1-2;
- Б) 3-5;
- В) 6 и более;

34 . Укажите подходящий вариант. Количество у вас удаленных зубов?

- А) Нет удаленных зубов;
- Б) Есть удаленные зубы;

35 . Выберите то утверждение , к которому вы склоняетесь:

- А) Я чувствую себя уверенно, у меня красивые зубы;
- Б) Испытываю дискомфорт во время разговора с окружающими;
- В) Безразлично отношусь к эстетическому виду.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Враги вашей улыбки — что вредит больше всего? 1. КУРЕНИЕ (Сигареты, вейпы, кальяны) * Как вредит: Смолы и никотин нарушают кровоснабжение десен, снижают местный иммунитет, токсины напрямую атакуют эмаль. * Последствия: * Желтые зубы и темный налет: Стойкие окрашивания, которые не счищаются щеткой. * Пародонтит: Риск развития выше в 5-6 раз. Десны кровоточат, разрушается кость, зубы расшатываются. * Неприятный запах изо рта (галитоз): Который не перебить жвачкой. * Рак полости рта, губ, языка: Курение — один из главных факторов риска. * Маскировка болезней: Из-за спазма сосудов десны могут не кровоточить, скрывая воспаление до поздней стадии. 2. ЧРЕЗМЕРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРА * Как вредит: Сахар — идеальная пища для кариесогенных бактерий. Они перерабатывают его в кислоту, которая растворяет эмаль. * Последствия: * Множественный кариес: Быстрое образование полостей, особенно в труднодоступных местах. * "Бутылочный кариес": При частом употреблении сладких напитков и соков. * Боль и чувствительность зубов. 3. КОФЕ, ЧАЙ, КРАСНОЕ ВИНО * Как вредит: Дубильные вещества и кислоты в их составе. * Последствия: * Стойкое окрашивание эмали: Темный, тусклый налет. * Эрозия эмали: Истончение и повышение чувствительности. 4. ПРИВЫЧКА ГРЫЗТЬ ПОСТОРОННИЕ ПРЕДМЕТЫ * Как вредит: Постоянная чрезмерная нагрузка на зубы. * Последствия: * Трещины и сколы эмали. * Стираемость зубов. * Проблемы с ВНЧС: Боль в челюсти, щелчки, головные боли. 5. АЛКОГОЛЬ * Как вредит: Вызывает сухость во рту (ксеростомию). Слюна перестает выполнять свою защитную функцию: смывать остатки пищи и нейтрализовать кислоты. * Последствия: * Резкое увеличение риска кариеса и болезней десен. * Обострение воспалительных процессов.	Механизм разрушения: что происходит во рту? 1. Образование налета Вредные привычки (особенно курение и сладкое) ускоряют образование липкой бактериальной пленки — зубного налета. 2. Атака на эмаль (Деминерализация) * Бактерии налета + Сахар = Кислота. * Кислота вымывает кальций и фосфор из эмали. Появляется белое меловидное пятно — начальная стадия кариеса. 3. Воспаление десен (Гингивит) Токсины бактерий раздражают десну, вызывая воспаление. Признаки: кровоточивость, отек, покраснение. 4. Разрушение опоры (Пародонтит) Если гингивит не лечить, воспаление переходит на кость. Она начинает разрушаться, образуются пародонтальные карманы, зубы становятся подвижными.	План спасения вашей улыбки 1. Откажитесь от самого вредного * Бросьте курить. Это №1 для здоровья полости рта. * Сократите потребление сахара. Откажитесь от сладких газировок, не злоупотребляйте конфетами и выпечкой. 2. Соблюдайте безупречную гигиену * Чистите зубы 2 раза в день 2-3 минуты. * Используйте зубную нить (флосс) каждый день! Это единственный способ очистить контактные поверхности между зубами. * Меняйте щетку каждые 3 месяца. 3. Правильно пейте * Пейте кофе и чай быстро, не растягивая надолго. По возможности прополощите рот водой после. * Основной напиток — чистая вода. Она увлажняет полость рта и смывает часть налета. 4. Найдите безопасную альтернативу * Вместо того чтобы грызть ногти или ручки, используйте жевательную резинку без сахара (не более 10-15 минут) или антистресс-игрушку. 5. Регулярно посещайте стоматолога * Профессиональная гигиена (чистка) каждые 6 месяцев. Удаляет тот налет и камень, которые вы не можете убрать сами. * Профосмотр. Врач заметит проблему на ранней стадии, когда ее легко и недорого решить.	Ваша улыбка стоит того! Отказ от вредных привычек — это не просто проявление силы воли. Это инвестиция в ваше здоровье, уверенность в себе и качество жизни. Здоровая улыбка открывает двери, располагает людей и говорит о вас как о человеке, который заботится о себе. Начните с малого — замените одну вредную привычку на одну полезную. Ваши зубы скажут вам "спасибо"!
---	---	---	--