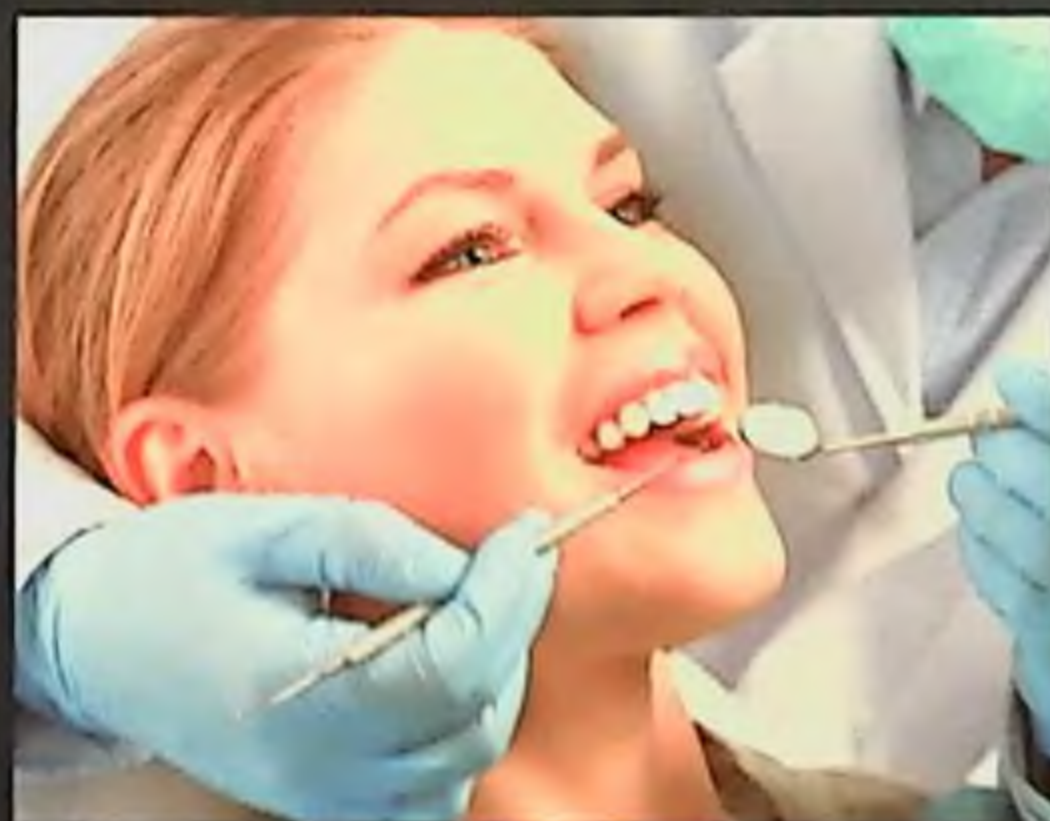


Ризаев Ж.А., Хасанова Л.Э.,
Хазратов А.И., Исмаатов Ф.А.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ САМАРКАНДА



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТИ**

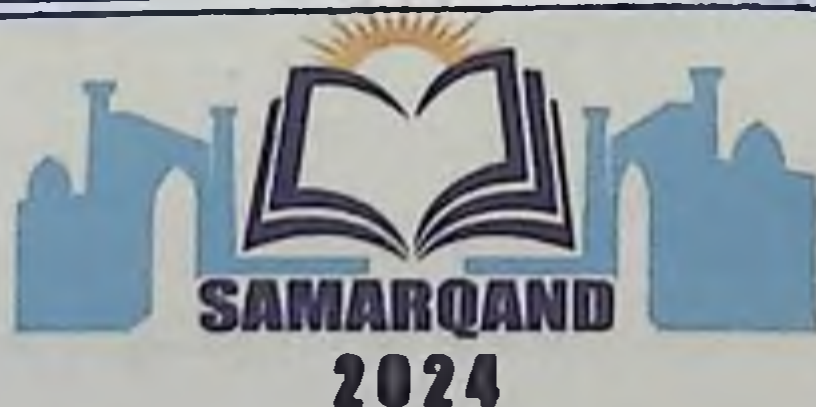
**Ризаев Жасур Алимжанович
Хасанова Лола Эмеловна
Хазратов Алишер Исамиддинович
Исмаатов Фаррух Аслидинович**



**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ
ВУЗОВ САМАРКАНДА**

Монография

**SamDTU
axborot-resurs markazi**



УОК 616.314-083-057.87

КВК 56.6

С 81

Ж.А. Ризаев, Л.Э. Хасанова, А.И. Хазратов, Ф.А. Исмаев.

Стоматологическое здоровье студентов ВУЗОВ Самарканда [Текст]/
Ж.А. Ризаев, Л.Э. Хасанова, А.И. Хазратов, Ф.А. Исмаев.-Самарканд: Samarqand
2024.-104 с.

Составители:

Ж.А Ризаев -Самаркандский государственный медицинский университет, кафедра общественного здравоохранения и общественного здравоохранения – профессор.

Л.Э Хасанова -Заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ТДСИ ВМО, к.м.н., доцент

А.И Хазратов -Заведующий кафедрой хирургии полости рта и дентальной имплантологии Самаркандского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук.

Ф.А Исмаев -кандидат медицинских наук, челюстно-лицевой хирургии и дентальной имплантологии, Самаркандский государственный медицинский университет.

Рецензенты:

Н.В. Храмова - д.м.н. Доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии, ТДСИ,

Д.Д. Ибрагимов - PhD кафедры челюстно – лицевого хирурга СамГМУ.

Монография предназначена для стоматологов, врачей общего профиля, научных сотрудников, магистров и клинических ординаторов медицинских вузов. Анализ факторов риска стоматологической патологии студенческой молодежи позволит констатировать плохую гигиену полости рта и медицинскую стоматологическую безграмотность.

Монография на основании результатов анализа внесены предложения по улучшению уровня медицинской стоматологической грамотности студенческой молодежи, организации работы стоматологических кабинетов студенческих поликлиник с акцентом на просвещение и профилактику.

Монография имеет четкую логическую последовательность. В выводах и практических рекомендациях имеется краткость и точность формулировок, исключая возможность их неоднозначного толкования.

Учитывая выше положительные стороны монографии, рекомендую печатью данной научной работы.

ISBN 978-9910-771-41-5

© Ж.А Ризаев., Л.Э Хасанова., А.И Хазратов., Ф.А Исмаев.

© Самарканд 2024 г

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стоматологическое здоровье молодежи, влияние на него медико-биологических и социальных факторов стоматологическое здоровье молодежи в мире на современном этапе	5
Состояние тканей и органов полости рта у учащейся молодежи	8
Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний и их особенности у студентов	12
Основные методы и программы профилактики стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста.	15
Основные проблемы организации стоматологической помощи молодежи.	16
Состояние и методы обследования стоматологического здоровья студенческой молодежи и факторов риска. характеристика материала исследования	23
Методы оценки состояния органов и тканей полости рта и уровня гигиены	24
Метод анкетирования	30
Формирование групп и методы профилактики	31
Методы статистической обработки полученных результатов	33
Состояние стоматологического здоровья у студентов высших учебных заведений самарканда общая характеристика состояния тканей и органов полости рта у студентов высших учебных заведений самарканда.	34
Состояние слизистой оболочки и мягких тканей полости рта.....	34
Распространенность и интенсивность кариеса зубов.....	35
Состояние тканей пародонта и уровень гигиены полости рта.....	38
Распространенность нарушений в зубочелюстной системе.....	42
Распространенность некариозных поражений зубов	43
Состояние тканей пародонта и уровень гигиены полости рта.....	45
Распространенность нарушений в зубочелюстной системе.....	49
Уровень знаний по профилактике стоматологических заболеваний у студентов Высших учебных заведений г. Самарканда	53

Информированность студентов высших учебных заведений г. Самарканда о факторах риска возникновения неинфекционных заболеваний и о здоровом образе жизни.....	58
Результаты корреляционного анализа между показателями стоматологических заболеваний и факторами риска у студентов Высших учебных заведений г. Самарканда.....	59
Результаты внедрения вторичной профилактики основных стоматологических заболеваний среди студентов.....	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	72
ВЫВОДЫ:	91
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	92
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	93
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	94

Стоматологическое здоровье молодежи, влияние на него медико-биологических и социальных факторов стоматологическое здоровье молодежи в мире на современном этапе

Состояние здоровья молодого поколения в любом государстве – основная составляющая общественного благополучия. Существует общепринятое определение молодежи: «...это особая социальная группа населения, объединенная определенными возрастными границами, интенсивным умственным трудом в процессе профессионального обучения, специфическими условиями обучения, образом жизни и менталитетом в возрасте от 16 до 25 лет» [103, 4-6].

Молодежь характеризуется быстрой приспособляемостью к новым веяниям в обществе, повышенными интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, обусловленными огромными объемами новой необходимой информации, у подавляющего большинства молодежи отсутствуют режим сна и питания, полноценный отдых [40, 31-32; 74, 36-38]. Поэтому молодежь признана «особой в биологическом и социальном плане группой с высоким риском появления стойких нарушений здоровья и развития» [29, 475-476].

В новом тысячелетии прослеживаются существенные ухудшения общего здоровья молодежи страны, констатированы существенное увеличение распространенности морфофункциональных патологий, спад среднего физического развития, рост хронических болезней и отклонений в здоровье [4, 208-209; 95, 69-72]. Более всего вызывают опасения у исследователей студенты младших курсов ВУЗов, что обусловлено большой загруженностью со стороны учебы и систематическими нарушениями режима питания и отдыха [23, 68-70]. До 27% студентов ВУЗов первого курса уже обладают яркими нарушениями состояния здоровья [7, 272], что дает основания думать, что проблема слабого здоровья студентов заложена в школьный период и в ВУЗе только усугубляется вследствие увеличения социальной, психологической и учебной нагрузок [101, 20-22; 106, 390-391].

Проценко А.С. [77, 5-7] считает, что к окончанию учебы в школе почти 80% школьников уже имеют патологии физического

развития и здоровья, что вызывает затруднения и препоны в получении желаемой профессии. Шевлякова М.А. констатирует, что около 90% поступающих в ВУЗы обладают как минимум одним хроническим заболеванием [103, 22-24].

Кабаян О.С. и Куликова В.А. единогласны в мысли: «...резкая смена идеологических установок и ценностей общества, появление рыночных взаимоотношений в медицине не совсем благоприятно повлияли на ее состояние» [38, 27-28; 51, 25-28]. Принимая в учет крайне важную социальную роль молодежи, необходима разработка действенных методик сохранения и восстановления ее здоровья [53, 10-15.].

Проблемы здоровья молодого поколения во всем мире имеют большое значение. Еще 1985 год ООН объявила «Международным годом молодежи» [47, 16-18]. В 2000г. Евросоюз акцентировал внимание на здоровье молодежи, в 2009г. здоровье молодежи признано приоритетом для стран СНГ [77, 6-8].

Западные страны и Европа для укрепления здоровья молодежи сконцентрировали свои усилия на социально-гигиенических аспектах жизни молодежи: «факторах окружающей среды, образу жизни и профилактике вредных привычек, популяризации спорта и здорового образа жизни» [115, 165-170; 117, 750-755].

Самыми главными факторами, обуславливающими уровень качества жизни студентов ВУЗов считают: «...адаптацию к условиям и режиму обучения, новые природно-климатические факторы, изменение качества питания в связи с отъездом из дома, социально-психологическую напряженность, различные поведенческие характеристики юношей и девушек, социально-гигиенические, этнические и культурные факторы, уровень медицинской активности, гигиенической информированности и установок на здоровый образ жизни» [24, 16-18]. У части молодых людей и девушек эти факторы, в своей совокупности, обуславливают обострения имеющихся хронических патологий и развитие новых заболеваний [35, 36-39; 57, 292-295]. Грамотная, своевременная, целенаправленная и эффективная психофизиологическая помощь в адаптации к новым условиям социальной среды является одной из главных предпосылок успешной учебы и освоения профессиональных навыков у молодежи [76, 4-5].

Профиль ВУЗа практически не влияет на возникновение и развитие морфофункциональных нарушений и хронических патологий [69, 20-21; 77, 5-7], однако, определенные нюансы обучения в медицинских ВУЗах влияют на студентов-медиков [34, 22-24; 74, 36-38], так: «...разобщенность учебных баз, значительные временные затраты на переезд, необходимость соблюдения правил медицинской этики и деонтологии, вызывающих эмоциональное перенапряжение учащихся, воздействие факторов больничной среды, неблагоприятно влияющих на молодой организм» [23, 28-30].

Весомое значение в адаптации студентов имеет питание, сбалансированность и режим которого обуславливают нормальное здоровье, способствуют высокой умственной и физической работоспособности, способствуют быстрой и легкой адаптации в социальной среде [13, 270-272; 81, 39-41].

Фактическая гигиена и режим питания студентов констатируют: «...в большинстве случаев питание нерациональное, часто не соответствует энергетической ценности суточного рациона фактическим энергозатратам организма, с недостаточным поступлением белков, жиров, ряда минеральных веществ и витаминов» [103, 22-24].

Проценко А.С. приводит следующие данные: «...питание большинства студентов 16-25 лет является нерегулярным и несбалансированным, 58% из них питаются путем перекусывания, 64% используют продукты быстрого питания, 65% отмечают недостаток белков, витаминов, микроэлементов и избыток углеводов, углеводы в студенческом рационе в основном представлены выпечкой и сладостями, 75% студентов употребляют их ежедневно и по несколько раз, 63% систематически кушают сладкое в промежутках между приемами пищи, 53% обязательно включают в рацион сладкие десерты, а 38% потребляют сладости на ночь» [77, 25-27].

Курение – не просто вредная привычка, а глобальная эпидемия табакокурения, с которой идет активная война в большинстве развитых государств [31, 11-12; 32, 4-10]. Однако параллельно констатируется рост табакокурения в рядах молодежи и снижение возраста начала регулярного табакокурения [26, 6-10; 35, 36-39]. Преобладающее число хронических неинфекционных заболеваний обусловлено табакокурением, которое вызывает и ускоряет их

прогрессирование [41, 20-21]. В рядах студенческой молодежи имеют стойкую зависимость и курят постоянно 27-44% обследованных [35, 36-39; 41, 20-21; 70].

Алкоголь – еще один весомый фактор риска ухудшения здоровья людей: «...чрезмерное потребление и злоупотребление спиртными напитками является фактором риска развития ряда хронических неинфекционных заболеваний» [41, 20-21]. Из числа студентов ВУЗов употребляют алкоголь 36-69% [77, 25-27; 103, 12-14].

Существенной проблемой здоровья общества практически в каждой стране признана низкая физическая активность населения и молодежи особенно [46, 88-91; 58, 54-55; 77, 15-17; 103, 12-14]. Проценко А.С. пишет: «...предпочитают активный отдых только 31% студентов-медиков, а помимо занятий физической культурой, предусмотренных расписанием, только 49,2% юношей и 24,6% девушек занимаются спортом» [77, 15-17].

Исследования адаптации первокурсников к учебе в ВУЗе выявили: «...только 58,7% студентов имеют удовлетворительную адаптацию, а 12,5% - неудовлетворительную и даже срыв адаптации, что обуславливает их психологические и физическое здоровье» [64, 273-274.].

Нарушения биоритма и качества жизни у студентов происходит вследствие того, что нехватка времени для учебы и выполнения необходимых заданий приводит к недостатку ночного сна, что особенно наглядно прослеживается у иногородних студентов [77, 15-17; 103, 12-14]. Проценко А.С. приводит в своем исследовании следующее: «...около 60% студентов живут и учатся в состоянии хронического недосыпания и стресса, у 76,9% первокурсников продолжительность ночного сна не достигает 7 часов, около трети студентов 3 курса в будни позволяют себе только 4-5 часов сна ежесуточно, у 50% студентов 4 курса сон достигает 7-8 часов ежесуточно, а общую нехватку времени для сна и отдых констатируют 64,8% студентов» [77, 15-17].

Состояние тканей и органов полости рта у учащейся молодежи

Важное место в здоровье человека занимает стоматологическое здоровье [52, 5-7; 88, 73-74; 93, 4-6; 132, 190-197]. Здоровье твердых

компонентов зубов и полости рта влияют на весь организм, но более значительно на состояние ЖКТ, ССС и инфекционно-аллергический статус человека [26, 6-10].

Патология и потери зубов обуславливают: «нарушения жевания (пищеварения) и речи, психологические и косметические дефекты, которые приводят к личностной и профессиональной несостоятельности, психопатологиям, уменьшению творческой активности, а профилактика стоматологической патологии и рост эффективности их терапии у молодежи – решают медицинские и социально-экономические проблемы индивидуума и общества» [75, 32-34].

Здоровье ротовой полости и зубов с детства определяют их здоровье на всю жизнь [47, 6-8]. Кицул И.С. [43, 23-27] и Casas M.J. [110, 8-15] констатировали в 15-35 лет пик патологий и потери зубов. Стоматологическое здоровье, современные профилактические мероприятия его сохранения у детей и подростков имеют существенное значение для социума [50, 61-62; 62, 18-20; 129, 465-471].

Одинаев И.С. установил: «...интенсивность поражения зубов у молодежи в возрасте 16-29 лет высокая, КПУ составляет 8-9,5, однако преобладающим является неосложненный кариес, а доля осложненного кариеса в возрастной группе 16-29 лет составляла всего 6-13%» [66, 21-23].

Максимова Е.М. определила: «...у лиц 25-30 лет распространенность кариеса достигает 75-92%, интенсивность – 6,1-11,2, причем в структуре КПУ преобладает нелеченный кариес, у 35% молодежи выявлена гипоплазия эмали зубов, у 60-83% – поражение пародонта различной степени тяжести» [61, 20-22].

Камаев И.А. выявил: «...патология зубочелюстной системы наблюдается у 70-80% молодежи 16-17 лет, обучающейся в лицеях, гимназиях и школах» [40, 113-115]. Богомолова И.А. отмечала рост стоматологической заболеваемости в подростковом и молодом возрасте [11, 22-23].

Данные Полякова В.М. диаметрально противоположны: «...заболевания зубов диагностированы лишь у 12 из 100 юношей при массовом обследовании полости рта призывников 18-22 лет, индекс КПУ них составил 4,9, лишь 60% молодых людей знакомы с

правилами чистки зубов, но в целом в обучении правилам гигиены полости рта нуждаются 92%» [74, 38-40].

Каплан З.М. писал: «...распространенность кариеса у учащейся молодежи Москвы 16-20 лет на уровне 92%, наиболее интенсивный прирост кариеса среди юношей отмечается в возрасте 17-18 лет, а у девушек - в возрасте 19-20 лет, интенсивность кариеса (КПУ) составляла 5,1, а доля запломбированных зубов была в два раза больше, чем доля зубов с невылеченным кариесом, нарушения со стороны пародонта были выявлены у 93,5% обследованных, состояние гигиены полости рта у большей части учащейся молодежи неудовлетворительно» [41, 20-21].

По данным Проценко А.С.: «...встречаемость кариеса зубов у студенческой молодежи за последние 10 лет возросла до 98,1%, а доля множественного кариеса достигла 62%» [77, 14-16].

ВОЗ изучает эпидемиологию патологий зубов в ключевые возрастные периоды (3, 6, 12, 15 лет, 35-44 года, 65-74 года) [90, 5-8; 108, 198-203] и приводит 2 тенденции стоматологического здоровья: «...улучшение в большинстве высокоразвитых стран и ухудшение в развивающихся странах» [90, 5-8; 108, 198-203; 123, 62-63].

По данным Douglas V.: «...в США заболеваемость населения кариесом уменьшилась на 55-60% и снизилась его интенсивность что обусловлено проводимым в течение 30 лет фторированием воды и внедрением индивидуальной профилактики» [116, 1746-1747].

Jackson M. с соавторами пишут: «...в Канаде 42% населения получает фторированную воду, 75% взрослого населения регулярно посещают стоматолога за счет государственного финансирования, что позволило на 30% снизить стоматологическую заболеваемость» [121, 39-52].

Marthaler T.M. о стоматологическом здоровье в государствах западной Европы приводит свои данные: «...интенсивность кариеса зубов у детей уменьшилась на 50%, значительно улучшилось гигиеническое состояние полости рта и у взрослых, так, в Швейцарии интенсивность кариеса зубов у 12-летних детей уменьшилась от очень высокого уровня в 1964 г. до умеренного в 2014 г.» [125, 430-432].

В Австралии, Новой Зеландии также констатировано снижение распространенности и интенсивности кариеса зубов в молодом возрасте [113, 212-219], что обусловлено: «...широким внедрением

адекватных профилактических мер, оптимизацией уровня фтора в питьевой воде, регулярным посещением стоматолога, своевременным выявлением начальных проявлений заболеваний, применением новейших высокоэффективных технологий лечения» [1, 36-39; 112, 238-244].

Имеет значение и отрицательное влияние увеличение стоимости «стоматологических профилактических и терапевтических услуг» во всех клиниках любого объема и форм собственности [130, 157-166].

ВОЗ считает: «...в большинстве развивающихся стран установлена тенденция к росту стоматологических заболеваний, так, в Кении, Нигерии и Эфиопии данные динамического наблюдения за последние 30 лет указывают на увеличении распространенности и интенсивности кариеса в 2 раза, в Сирии и Ираке – почти в 3 раза» [118, 193-195].

Распространенность артикуляционных дисфункций ВНЧС достигает 76% [77, 25-27] и диагностируется у 14-20% детей [54, 16-18].

Пантелеев В.Д. по результатам эпидемиологического исследования населения Тверской области показал: «...в регионе среди детей и подростков 12-15 лет отдельные симптомы нарушения артикуляции наблюдались у 45,6% обследованных» [68, 36-37].

Патологии СОПР оказывают существенное влияние на общее здоровье индивидуума, а в новом тысячелетии констатируют неизменный рост их частоты [107, 5-8; 122, 3-8], что отчасти связано с особенностями строения и функционального состояния, постоянным воздействием внешней среды, вредными привычками, особенностями микрофлоры и различными нагрузками [111, 112-118].

Однако исследований частоты поражения СОПР среди молодежи, за редким исключением [77, 5-7], мы не встретили в доступной литературе последних лет. Патологии СОПР и губ тесно взаимосвязаны с общим соматическим здоровьем, что предопределяет потребность комплексного подхода к лечению и профилактике этих состояний [126, 112-118].

Некариозные поражения зубов, нарушают строение и эстетическое состояние зубов, что особенно актуально и болезненно в молодежной среде [23, 78-80; 77, 15-17].

Кузьмина Э.М. отмечает: «...у 9,8% обследованных констатируется оголение шеек зубов, а у 6,7% - истирание эмали зубов, у 25% - обнаружена системная гипоплазия твердых тканей зубов» [49, 32-34].

Максимальное число гингивитов (55-99%) констатируется в возрасте 15-19 лет [23, 68-70; 68, 36-37; 77, 15-17], у молодежи выявляли кровоточивость десен, у 70% - зубной камень, у 5% - десневые карманы разной глубины и объема [41, 20-21; 103, 14-20].

Воспалительная патология пародонта в 15 лет констатируется у 55-80% и достигается 100%-ная встречаемость во взрослом возрасте, интенсивность составляет 2,4-4,8 секстанта в 15 лет и 5,2 секстанта – в 35-44 года [23, 68-70; 77, 15-17; 103, 14-20].

Шевлякова М.А. выявила: «...распространенность признаков патологии пародонта составила 91,1%, при этом кровоточивость десен встречалась у 13,9%, зубной камень выявлен у 66,6%, пародонтальные карманы различной глубины установлены у 10% студентов» [103, 14-20].

Частота зубочелюстных аномалий колеблется в пределах 11,3-71,4% в различном возрасте, ортодонтическое лечение необходимо 36,3% представителей населения разных возрастов [23, 88-90; 70, 4-8; 77, 15-17], а ее недостаточность, неадекватность или отсутствие обуславливают рост интенсивности кариеса и патологий пародонта в популяции [71, 54-58; 72, 19-20; 105, 26-30; 109, 42-43].

Таким образом, анализ литературных источников наталкивает на вывод о высокой распространенности и разнообразии стоматологических заболеваний в рядах студенческой молодежи, а частота заболеваний зубочелюстной системы обусловлена различными факторами, диагностика и предупреждение которых подразумевает дальнейшие исследования этой области, оказывающей сильнейшее медицинское и социальное воздействие на весь социум.

Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний и их особенности у студентов

Современные исследования доказали общность по многим факторам риска соматических и стоматологических патологий [23, 98-100; 70, 4-8; 77, 15-17; 103, 14-20]. Развитие кариеса обусловлено

2 группами факторов: «...в первую группу включены те факторы, которые обуславливают повреждение тканей зуба – зубной налет, легкоусвояемые углеводы, состав и функции слюны, а ко второй группе относятся характеристики, непосредственно не участвующие в развитии кариеса: социально-экономические факторы, стоматологические заболевания в прошлом и общесоматическая патология» [70, 4-8].

Частота стоматологических патологий отчасти обусловлена климатогеографическими особенностями проживания, поведенческими факторами, культурой гигиены и образованностью индивидуума, сбалансированностью и режимом питания, медицинской активностью [25, 38-39; 28, 30-33; 70, 4-8].

Стресс также способствует развитию хронического пародонтита [23, 98-100; 77, 15-17; 103, 14-20].

Голева Н.А. пишет: «...изменения поведенческих стереотипов большинства студенческой молодежи в сторону ухудшения, особенно у мужчин, способствуют снижению уровня здоровья полости рта, к ним относятся: нерациональное питание (в 54,6%), неудовлетворительная гигиена полости рта (в 20,0%), курение (в 25,1%), нерегулярное посещение (в 90,6%) и заслонение от посещения стоматолога при боли (в 50,6%)» [23, 98-100].

По данным Проценко А.С.: «...питание имеет особое значение в молодом возрасте для формирования, сохранения и укрепления стоматологического здоровья, характер и режим питания определяют полноценность структуры твердых тканей зубов» [77, 15-17].

Луцкая И.К. считает: «...хорошее влияние имеет жесткая натуральная пища, так задействуется механизм самоочищения зубов, при откусывании и жевании механически очищаются поверхности, обильное слюноотделение вымывает остатки пищи» [59, 187-190]. Потребление грубой натуральной пищи уменьшает частоту всех поражений зубов [119, 23-28].

Защитную роль слюны для профилактики кариеса констатирует Боровский Е.В.: «...благодаря слюне осуществляется контроль над микрофлорой полости рта, удаление патогенных возбудителей как механическим путем, так и за счет ферментных и

буферных систем, а также антибактериальных компонентов (лизоцима, липазы, амилазы, иммуноглобулинов и др.)» [14, 52-54].

Эту точку зрения разделяет и Николаев А.И.: «...отмечается не только влияние компонентов ротовой жидкости на скопление бляшек, но и количество выделяемого секрета, у лиц с пониженной секрецией отмечается более высокая восприимчивость к кариесу» [65, 392-394].

Исследования Рединовой Т.А. установили: «...у пациентов со средней и высокой степенью дисбиоза полости рта интенсивность кариеса и тяжесть воспалительных заболеваний пародонта на 40-50% выше» [79, 12-18].

Зюзькина С.А. отмечала тесную взаимосвязь кариеса и пародонтита с длительностью и тяжестью соматической патологии [36, 21-23]. Колесников Е.А. констатировал высокую распространенность кариеса у детей с хроническими патологиями ЖКТ и ССС [44, 18-20].

Дмитриева Л.А. установила: «...хронические заболевания пародонта, потеря зубов и системный остеопороз имеют общие патогенетические механизмы, которые заключаются в нарушениях минерального обмена и резорбции костной ткани» [30, 24-28].

Гулько М.В. ставит под сомнение взаимосвязь системного остеопороза и состояния ротовой полости [27, 73-78].

Не соблюдение правил гигиены ротовой полости обуславливает постоянное увеличение стоматологических патологий. Большая частота встречаемости и высокая интенсивность заболеваний пародонта и кариеса зубов предопределяет необходимость исследования уровня гигиены ротовой полости у студентов [23, 98-100; 77, 25-27; 103, 14-20].

Вышеописанные данные наталкивают на вывод, что до сих пор не выработана единая адекватная позиция по силе влияния экзо- и эндогенных факторов развития стоматологической патологии и их взаимодействий.

В молодежной среде культ здорового образа жизни пока не повсеместно культивированы и распространены [36, 4-6; 44, 18-20].

Все описанные и обсужденные факторы риска представлены в какой-то мере и у молодежи нашей страны и неблагоприятно влияют на здоровье молодежи, соматическое и стоматологическое.

Основные методы и программы профилактики стоматологических заболеваний у лиц молодого возраста.

Профилактика распространенных стоматологических заболеваний общепризнана наиболее важной и актуальнейшей проблемой стоматологии на современном этапе ее развития [86, 4-5].

Основой профилактики считают: «...устранение причин возникновения и развития заболеваний, а также создание условий для повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды» [36, 18-20; 86, 4-5]. Актуальность исследований в области профилактики патологий СОПР и зубов связана с повсеместностью и интенсивностью их заболеваний, низкой эффективностью применяемых профилактических мер [10, 47-49; 86, 4-5; 87, 49-51].

Стоматологическое здоровье опирается на требование: «...лишь через внедрение в повседневную практику программ и методов профилактики стоматологических заболеваний, специально адаптированных для каждого социального слоя общества» [77, 5-7].

Профилактика стоматологических заболеваний направлена на: «улучшение гигиенического состояния полости рта, включающие в себя стоматологическое просвещение, проведение тщательной контролируемой чистки зубов и профессиональной гигиенической обработки зубов, правильный выбор гигиенических средств и применение различных средств с целью повышения кариес-резистентности зубов» [103, 14-20].

Профилактические мероприятия подразумевают грамотный подбор зубных паст и необходимую частоту чистки зубов [78, 28-33], профессиональный уход за эмалью зубов и повсеместное стоматологическое просвещение населения [99, 54-56; 102, 37-41; 103, 20-24].

Самыми результативными профилактическими мерами считают: «...профессиональная гигиена полости рта, включающая обучение правилам гигиены полости рта, контроль за их выполнением, постоянную мотивацию пациента в ходе лечения; мероприятия, направленные на предупреждение и устранение зубного налета, соблюдение правил личной гигиены, рациональное питание, гигиеническая пропаганда и воспитание населения» [73,

502-505:]. Активность и ответственность самих больных в поддержании и контроле за собственным здоровьем также обязательна [92, 80-81; 97, 43-45].

Патогенетическая профилактика стоматологических заболеваний включает в себя определенный набор специфических мероприятий и манипуляций: «...фторпрофилактику, реминерализирующую терапию, эндогенную профилактику кариеса, герметизацию фиссур зубов» [96, 37-40].

Для повышения уровня стоматологического здоровья применяются разнообразные коммунальные профилактические программы, внедренные и применяемые многими государствами [77, 4-6; 91, 55-58; 98, 13-17; 103, 20-24].

Студенческая молодежь: «...это особая социальная группа населения, объединенная определенными возрастными границами, интенсивным умственным трудом в процессе профессионального обучения, специфическими условиями обучения, образом жизни и менталитетом в возрасте от 16 до 25 лет, для сохранения здоровья которой немаловажное значение имеет хорошо отлаженная система профилактики и структура оказания медицинской помощи» [103, 4-6].

Охраны здоровья молодежи безоговорочно зависит от санитарно-гигиенического, санитарно-эпидемиологического и медицинского благополучия [103, 20-24].

В доступной литературе опубликовано лишь несколько программ профилактики стоматологической патологии [77, 5-27; 103, 20-24]. Повышение качества жизни студентов путем внедрения мер профилактики распространенной стоматологической патологии несомненно актуально и необходимо.

Основные проблемы организации стоматологической помощи молодежи.

Одну из основных ролей в стоматологическом здоровье населения играет система организации стоматологической помощи, обуславливающая ее доступность и качество [2, 5-6; 18, 23-25; 45, 88-90].

Максимова Е.М. пришла к выводу, что в сохранении здоровья населения влияние системы здравоохранения не превышает 15% [61,

21-22]. Например, в городах с резко различным уровнем стоматологической помощи населению нет статистически достоверной разницы в распространенности и интенсивности кариозного поражения зубов [16, 138-153; 80, 885-889].

Как и все услуги, вся медицина, включая и стоматологические услуги – это товар со своей определенной стоимостью, рыночные отношения и коммерческая направленность частной стоматологической сферы быстро стала очевидно выгодной с точки зрения бизнеса [18, 25-26; 19, 45-46; 33, 449-451].

Бюджетный сектор стоматологии представлен: «...муниципальными городскими или районными стоматологическими поликлиниками, стоматологическими отделениями или кабинетами общих поликлиник, а также ведомственными стоматологическими структурами» [12, 246-248]. Финансирование таких стоматологических подразделений осуществляется за счет бюджетных средств какого-либо уровня и зачастую имеет какой-то дефицит, жесткий регламентирование расходов, себестоимости осуществляемых услуг, заработной платы и врачебной нагрузки [75, 26-28]. Заработная плата медперсонала практически не зависит от количества и качества выполненной работы [84, 82-84].

Этот сектор стоматологических услуг часто подвергается критике от пациентов и только 4% пациентов удовлетворены их услугами [10, 47-49; 86, 24-25].

Бондаренко Н.Н. констатирует низкое качество бюджетных стоматологических услуг: «...выявлено наличие дефектов лечения в 70-80% запломбированных корневых каналах и кариозных полостях, пломбировка корневых каналов в сложных случаях у 95% пациентов проводится некачественно» [12, 262-264].

Нормативные 20 минут на каждого больного не позволяют провести качественное лечение или адекватную специфическую профилактику стоматологической патологии за это время [12, 271-273].

Антонов А.Н. отмечает большую удовлетворенность государственной стоматологической помощью относительно частных клиник [8, 19-20]. Курбанов О.Р. пишет: «... 50% пациентов государственного сектора полностью удовлетворены качеством лечения и квалификацией персонала» [52, 35-37].

Большинство финансируемых из бюджета государства стоматологических учреждений оказывает ограниченный объем терапевтических и хирургических стоматологических услуг, не проводят реставрацию зубов, не лечат болезни пародонта и многие другие патологии, не проводят профилактические работы с населением [43, 23-27; 75, 26-28].

Курбанов О.Р. высказывает такое мнение по этому вопросу: «...в городских и районных стоматологических учреждениях широко развит сектор теневых платных услуг, когда пациент оплачивает лечение непосредственно врачу, минуя кассу поликлиники, в таких случаях, могут применяться новые технологии, личные инструменты, и расходные материалы врача, что повышает качество лечения, однако вызывает озабоченность организаторов здравоохранения и неудовлетворенность многих пациентов» [52, 35-37].

Частные стоматологические клиники: «...имеют существенные отличия от государственной стоматологической службы, представляют собой самостоятельные стоматологические организации – клиники, кабинеты, центры, принадлежащие отдельным врачам, группам учредителей или юридическим лицам, открытым и закрытым акционерным обществам, в том числе образованным на базе приватизированных государственных стоматологических учреждений, а также индивидуальную трудовую деятельность, ведущуюся отдельными врачами без образования юридического лица» [37, 43-45].

Существуют свои нюансы частного стоматологического сектора: «...в частных кабинетах на 2-4 кресла преимущественно работают их владельцы – врачи-стоматологи, в частных клиниках – наемный персонал, получающий заработную плату в виде процента от выработки, имеются бизнес-менеджеры, причем у наемных врачей частных клиник, как правило, непросто складываются отношения с владельцами, наиболее острыми являются проблемы объемов работы, прибыли, качества стоматологической помощи, ответственности за взаимоотношения с пациентами» [75, 36-38].

Развивается такое направление, как сети частных стоматологических или обще направленных клиник, в которых помимо врачей-стоматологов имеются определенные

управленческие, рекламные, финансовые подразделения и персонал [18, 21-22].

Алимский А.В. с соавторами писали следующее: «...с одной стороны, система частной практики, как правило, связана с хорошими техническими условиями работы, она быстро реагирует на пожелания больных в отношении сроков и косметических аспектов лечения, а также почти всегда удовлетворяет профессиональные запросы врачей-стоматологов, частный сектор заинтересован во внедрении новых технологий, современных форм и методов работы, он настроен на получение дополнительной прибыли за счет предоставления новых и качественных услуг» [5, 24-25].

Не стоит забывать, что: «...в частном секторе практически исчезла профилактическая направленность в деятельности стоматологов, т.к. лечебная стоматологическая помощь и протезирование зубов для частных стоматологов гораздо выгоднее с экономической точки зрения, чем профилактика» [50, 23-25].

Частнопрактикующие стоматологи не возражают против профилактики, но экономические интересы – практически непреодолимое препятствие для осуществления профилактической деятельности, санитарного просвещения и пропаганды индивидуальной гигиены ротовой полости [60, 6-8].

Карцев А.А. пришел к выводу: «...вследствие низкой санитарной культуры населения и высокой стоимости стоматологических услуг снизилась обращаемость за стоматологической помощью, значительно уменьшилось число санированных больных, это касается и молодежного контингента, у которого отмечается рост нуждаемости в лечении зубов, увеличение числа осложнений кариеса и рост числа удаленных зубов» [42, 16-18].

По данным Макаровой А.А.: «...около 83% пациентов стеснены в средствах, что является причиной отказа от санации полости рта и протезирования» [60, 22-26]. Что постепенно все более уничтожает стоматологическое здоровье и вызывает недовольствия определенных социальных слоев населения [2, 7-9; 22, 4-5;].

Окушко В.Р. приводит такие данные: «...комплексные общенациональные профилактические программы в США, начатые в 70-е годы, через 10 лет принесли ощутимые результаты, они

внедрялись в школах, колледжах, университетах, при этом стоимость затрат составила 2 доллара на 1 человека в год, что представляет собой малую долю того, что было бы затрачено на лечение этих людей» [67, 4-6].

Сараджев В.В. и Багдасарова О.И. предлагают осуществлять государственные профилактические программы: «...целесообразно разрабатывать профилактические программы и конкретные планы оздоровления отдельных лиц с учетом особенностей различных возрастных и социальных групп населения» [9, 22-23; 84, 82-84].

В Узбекистане пока остается актуальной социальная оптимизация стоматологической помощи определенным слоям населения. Требуется гибкая доступная система оказания стоматологической помощи, подстраиваемая под разнообразные нужды и платежеспособность индивидуума.

По нашему мнению, в Узбекистане самой доступной, экономически выгодной и эффективной профилактикой стоматологической патологии, особенно среди студентов, является диспансеризация, в основном направленная на профилактику патологии, а не лечение зубов и патологии полости рта.

Багдасарова О.И. пишет: «...диспансеризация представляет собой регулярное наблюдение за состоянием зубочелюстной системы, активное выявление заболеваний на ранних стадиях, проведение всех необходимых лечебных мероприятий до состояния полной санации полости рта, профилактические мероприятия, санитарно-гигиеническое просвещение и обучение, ее особая эффективность обусловлена тем, что она сочетает в себе меры первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний, и проявляется как в снижении показателей распространенности и интенсивности поражения зубов и пародонта, так и в стабилизации возникшего патологического процесса, предупреждении его рецидивов и перехода патологии из острых форм в хронические, она необходима не только для раннего обнаружения вновь возникающей патологии, но и для своевременного выявления вторичного кариеса» [84, 82-84].

Вусатая Е.В. считает: «...диспансеризация – это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, которая включает взятие на медицинский учет, периодическое медицинское обследование с целью активного

раннего выявления заболеваний, отклонений в развитии, а также факторов повышенного риска развития заболеваний, проведение нуждающимся комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, проведение врачебно-профессиональной консультации с учетом пола, возраста и состояния здоровья» [20, 46-48].

Самодин В.И. полагает: «...государственные бюджетные учреждения России стоматологического профиля уже не смогут наладить диспансеризацию, позволяющую осуществить снижение стоматологической заболеваемости населения, в том числе студенческой молодежи» [83, 57-59].

Резюме по главе

В новом тысячелетии прослеживаются существенные ухудшения общего здоровья молодежи страны, констатированы существенное увеличение распространенности морфофункциональных патологий, спад среднего физического развития, рост хронических болезней и отклонений в здоровье [4, 208-209; 95, 69-72]. Более всего вызывают опасения у исследователей студенты младших курсов ВУЗов, что обусловлено большой загруженностью со стороны учебы и систематическими нарушениями режима питания и отдыха [23, 68-70]. До 27% студентов ВУЗов первого курса уже обладают яркими нарушениями состояния здоровья [7, 272], что дает основания думать, что проблема слабого здоровья студентов заложена в школьный период и в ВУЗе только усугубляется вследствие увеличения социальной, психологической и учебной нагрузок [101, 20-22; 106, 390-391].

Грамотная, своевременная, целенаправленная и эффективная психофизиологическая помощь в адаптации к новым условиям социальной среды является одной из главных предпосылок успешной учебы и освоения профессиональных навыков у молодежи [76, 4-5].

Важное место в здоровье человека занимает стоматологическое здоровье [52, 5-7; 88, 73-74; 93, 4-6; 132, 190-197]. Здоровье твердых компонентов зубов и полости рта влияют на весь организм, но более значительно на состояние ЖКТ, ССС и инфекционно-аллергический статус человека [26, 6-10].

Анализ литературных источников наталкивает на вывод о высокой распространенности и разнообразии стоматологических

заболеваний в рядах студенческой молодежи, а частота заболеваний зубочелюстной системы обусловлена различными факторами, диагностика и предупреждение которых подразумевает дальнейшие исследования этой области, оказывающей сильнейшее медицинское и социальное воздействие на весь социум.

Не соблюдение правил гигиены ротовой полости обуславливает постоянное увеличение стоматологических патологий. Большая частота встречаемости и высокая интенсивность заболеваний пародонта и кариеса зубов предопределяет необходимость исследования уровня гигиены ротовой полости у студентов [23, 98-100; 77, 25-27; 103, 14-20].

Вышеописанные результаты исследования литературных источников по интересующей нас теме позволяют прийти к выводу: не выработана единая адекватная позиция по силе влияния экзо- и эндогенных факторов развития стоматологической патологии и их взаимодействий. Все описанные и обсужденные факторы риска представлены в какой-то мере и у молодежи нашей страны и неблагоприятно влияют на здоровье молодежи, соматическое и стоматологическое.

Актуальность исследований в области профилактики патологий СОПР и зубов связана с повсеместностью и интенсивностью их заболеваний, низкой эффективностью применяемых профилактических мер [10, 47-49; 86, 4-5; 87, 49-51].

Общеизвестно и неоспоримо и в стоматологии тоже, что профилактика лучше лечения с любой возможной точки зрения – медицинской, экономической или социальной [10, 47-49; 86, 4-5].

Обобщая вышеизложенное, следует подчеркнуть, что стоматологическое здоровье молодежи, воздействие разнообразных медицинских и социальных факторов, методов организации стоматологических услуг в доступной литературе не отображает ни одного полного и бесспорного решения, что подтверждает актуальность проводимого исследования.

**Состояние и методы обследования стоматологического
здоровья студенческой молодежи и факторов риска.
характеристика материала исследования**

Методологической основой нашего исследования было комплексное медико-социальное обследование с применением нескольких методик и системным анализом разрабатываемой проблемы.

В соответствии с поставленными задачами исследования нами применены эпидемиологический, клинический, социологический, социально-гигиенический, статистический, аналитический методы.

Вычисление минимального количества участников исследования мы применили формулу математической статистики [103, 14-20]:

$$n = p \cdot q \cdot t^2 / \Delta^2, \text{ где}$$

t – коэффициент Стьюдента при вероятности точного прогноза 95% равняется 2;

p – относительный показатель (%);

q – 100-*p* – предельная ошибка

Мы применяли максимум возможного произведения $pq=50 \cdot 50$, и предельную ошибку в 5% и вывели минимум единиц исследования в 400. Исходя из этого нами обследованы 574 студентов ВУЗов Самарканда, их численность достаточна для получения статистически достоверных данных. Работа проводилась в 2018-2020 гг.

Изучали твердые ткани зубов, СОПР, пародонт, пульпу и периапикальные ткани, ВНЧС, прикус, выявляли деформации или аномалии развития зубочелюстной системы. Диагностированные патологии классифицировали по МКБ-С. Вся полученная информация внесена нами в специальные карты, подвергнута статистической обработке и применена в расчетах разных параметров и определяли необходимость оказания терапевтической, ортопедической, ортодонтической, хирургической, пародонтологической помощи объектам исследования.

Исследование проводилось на базах кафедры терапевтической стоматологии Самаркандского Медицинского Университети

(СамМУ). Исследованы 574 студента ВУЗов Самарканда (Самаркандского Медицинского Университети (СамМУ) и Самаркандского Государственного Университета (СамГУ)) среди которых учащихся I курса – 193, II курса – 175, учащихся III курса – 206. Средний возраст составил $21,4 \pm 1,2$ года. Все они осмотрены в динамике через 2 года, отчисленные и не посещающие медицинскую диспансеризацию студенты не были включены в данное исследование.

Таблица 2.1

Возрастной и половой состав обследованных студентов (n, %)

Контингент	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
I курс	146	75,6	47	24,4	193	33,6
II курс	123	70,3	52	29,7	175	30,5
III курс	161	78,1	45	21,9	206	35,9
Всего	430	74,9	144	25,1	574	100

Среди обследованных юношей и девушек 281 (49%) являлись постоянными жителями Самарканда, 155 человек (27%) до поступления в ВУЗ жили в других городах различных областей Республики, 138 студентов (24%) – в сельской местности различных областей Республики.

373 (65%) исследуемых проживали с родителями, 74 (12,9%) – проживали с супругом/ой, 127 (22,1%) – самостоятельно.

Изучение стоматологического здоровья студентов проводили, акцентируя внимание на влияние медико-биологических и социальных факторов, диспансеризации и организации стоматологических услуг.

Методы оценки состояния органов и тканей полости рта и уровня гигиены

Осмотр проводили двумя стоматологическими зеркалами и пародонтальным (пуговчатым) зондом, в сомнительных случаях склонялись к гиподиагностике с заполнением «Карты регистрации данных обследования» с внесением предполагаемого диагноза и локализации патологии (Приложение 1) [83, 87-89.].

Согласно стандартам полного стоматологического осмотра, принятым в научной среде, мы оценивали состояние: «ВНЧС, СОПР, твердых тканей зубов (кариес, гипоплазия, флюороз, патологическая

стираемость и клиновидные дефекты), пародонт, зубочелюстные аномалии, при необходимости прибегают к прицельной внутриротовой дентальной рентгенографии и ортопантомографии, причем распространенность патологий отображается долей лиц с их наличием» [83, 87-89; 124, 159-174].

Осмотр СОПР подразумевал: «...определение состояния кожного покрова и красной каймы губ (болезни губ и СОПР - К13), характер их смыкания, слизистой губ, щек и преддверия полости рта, уздечек губ и языка, тяжелой слизистой, десневого края, слизистой оболочки языка (болезни языка - К14), дна полости рта, твердого и мягкого неба, место и характер прикрепления, ширину уздечек и тяжелой слизистой, выраженность сосочков языка, его влажность и наличие налета, обязательно указывать цвет, влажность, присутствие патологических элементов» [83, 87-89].

Обследование зубов подразумевало: «...выявление кариеса (К02), пятнистости/гипоплазии эмали (К00.4), флюороза (К00.3), патологической стираемости (К03.0) и клиновидных дефектов, здоровая, кариозная или пломбированная коронка, отсутствие зуба, наличие пятен или гипоплазии (более 1 мм в диаметре на щечных поверхностях зубов) эмали, флюороз по классификации Dean» [124, 159-174].

Кариес констатировали: «...при наличии дефекта в виде полости или вторичного кариозного процесса в тканях зуба рядом с пломбой, с акцентом на локализацию, величину, наличие размягченного дентина, изменение его цвета, болезненность, локализация кариеса регистрировалась по 6 классам полостей по Блеку, для исключения осложнений кариеса используется перкуссия и электроодонтодиагностика, заболеваемость кариесом оценивается по его распространенности (доля лиц с заболеванием) и интенсивности (индекс КПУ) – интегрированное значение всех вариантов поражения зубов - число зубов, пораженных кариесом, его осложнениями, запломбированных и удаленных» [83, 87-89].

Состояние пародонта оценивали по индексу кровоточивости десны (Muehlemanн - Cowell) и десневому индексу GI [127, 269-278], индексу СРІ нуждаемости в терапии патологии пародонта.

Десны изучали в области зубов Рамфьорда (16, 11, 24, 36, 31, 44) пуговчатым зондом: «...оценка производилась на основании следующих критериев: 0 – после зондирования кровоточивость отсутствует; 1 - кровоточивость возникает не ранее чем через 30

секунд; 2 - кровоточивость возникает сразу или в пределах 30 секунд после зондирования; 3 — пациент отмечает кровоточивость при приеме пищи и чистки зубов, интерпретация индекса: 0,1-1,0 - легкая степень воспаления; 1,1 - 2,0 — средняя степень; 2,1 - 3,0 - тяжелая степень воспаления» [127, 269-278].

Десневым индексом GI определяли наличие и область гингивита: «оценивалось состояние десны в области зубов Рамфьорда на четырех участках (дистальном, медиальном, в центре вестибулярного, в центре орального отдела) визуально и с помощью пародонтального зонда по следующим критериям: 0 – отсутствие воспаления, 1 – легкое воспаление десны (незначительное изменение цвета и структуры слизистой оболочки, легкая отечность, кровоточивость при зондировании отсутствует), 2 – умеренное воспаление десны (умеренно выраженная гиперемия, отек и гипертрофия, кровоточивость при зондировании), 3 – выраженное воспаление десны (резко заметная гиперемия, отек, возможны изъязвления, тенденция к спонтанной кровоточивости), при этом вычислялось среднее значение для каждого зуба, затем они суммировались и делились на количество обследуемых зубов, окончательное состояние десны определялось по следующим значениям индекса: 0,1-1,0 – легкий гингивит, 1,1-2,0 – гингивит средней тяжести, 2,1-3,0 – тяжелый гингивит» [127, 269-278].

Индекс CPI применяли для изучения потребности в лечении патологий пародонта, оценки их распространенности и интенсивности: «...в виде кровоточивости десен при зондировании, наличии над- и поддесневого зубного камня, пародонтальных карманов различной глубины в области 10 индексных зубов (17, 16; 11; 26, 27; 37, 36; 31; 46, 47) у лиц старше 20 лет и 6 индексных зубов (16; 11; 26; 36; 31; 46) у лиц моложе 20 лет, представляющих 6 условных секстантов, при этом применяли критерии: 0 – здоровые ткани пародонта, 1 – кровоточивость при зондировании, зубного камня нет, пародонтальный карман отсутствует, 2 – наличие зубного камня или других факторов, задерживающих зубной налет (нависающие края пломб, дефектные края искусственных коронок), 3 – наличие пародонтального кармана глубиной 4-5 мм, 4 – наличие пародонтального кармана глубиной 6 мм и более» [127, 269-278].

Оценка каждого секстанта проводилась по самому пораженному зубу и самому сильному клиническому признаку с персональным расчётом необходимости терапии

пародонтологической патологии: « 0 - необходимость в лечении данного пациента отсутствует, 1 – необходимо улучшить гигиеническое состояние полости рта, 2 – необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта и устранения факторов, способствующих задержке зубного налета, обучение гигиене полости рта, 3 и 4 – необходимость проведения комплексной терапии с использованием хирургических методов лечения» [127, 269-278].

Распространенность заболевания пародонта отображали в доле лиц с этой патологией, а интенсивность – среднее число пораженных секстантов.

Состояние гигиены полости рта (как основного фактора риска стоматологических заболеваний) оценивали по упрощенной шкале ОНI-S, для выявления зубного налета и/или зубного камня у шести ключевых зубов с применением зубоврачебного зонда, визуально, без окрашивания на щечной поверхности зубов 16 и 26, губной поверхности зубов 11 и 31, язычной поверхности зубов 36, 46 (табл. 2.2) [120, 7-10].

Таблица 2.2

Шкала оценки зубного налета и зубного камня
Индекс рассчитывали по формуле:

Зубной налет (ЗН)		Зубной камень (ЗК)	
Признак	Балл	Признак	Балл
зубной налет не обнаружен.	0	зубной камень не обнаружен.	0
мягкий зубной налет покрывает 1/3 поверхности зуба и/или плотный коричневый налет (любое количество).	1	наддесневой зубной камень покрывает 1/3 поверхности зуба.	1
мягкий зубной налет покрывает 2/3 поверхности зуба.	2	наддесневой зубной камень покрывает 2/3 поверхности зуба и/или поддесневой зубной камень в виде отдельных конгломератов	2
мягкий зубной налет покрывает > 2/3 поверхности зуба.	3	наддесневой зубной камень покрывает > 2/3 поверхности зуба и/или поддесневой зубной камень, окружающий пришеечную часть зуба	3

$$OHI-S = \frac{\sum ZH}{n} + \frac{\sum ZK}{n}$$

где Σ – сумма, ZH – зубной налет, ZK – зубной камень, n – количество обследованных зубов.

Результаты расчетов оцениваются по табл. 2.3

Таблица 2.3

Интерпретация оценок состояния гигиены ротовой полости

Значение OHI-S	Оценка OHI-S	Оценка гигиены полости рта
0,6	Низкий	Хорошая
0,7-1,6	Средний	Удовлетворительная
1,7-2,5	Высокий	Неудовлетворительная
>2,6	Очень высокий	Плохая

Зубной налет или камень оценивали так: «...0,0-0,6 – хороший, 0,7-1,8 -удовлетворительный, 1,9-3,0 – плохой» [120, 7-10].

В соответствии с классификацией Miller P.D. [100, 42-49] стоматологическим зеркалом и зондом изучали критерии рецессии десны: «1 – рецессия в пределах свободной десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует, полностью устраняется при хирургическом вмешательстве, 2 – рецессия в пределах прикрепленной десны потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует, полностью устраняется при хирургическом вмешательстве, 3 – рецессия в пределах прикрепленной десны в сочетании с поражением апроксимальных поверхностей, десна в межзубных промежутках находится апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональное десневого края с вестибулярной поверхности зуба, не может быть полностью устранена, 4 – рецессия десны со всех поверхностей зуба, циркулярная рецессия, повреждена костная ткань закрытие корня хирургическим путем невозможно» [100, 42-49].

Изучали гипоплазии эмали: «...для диагностики гипоплазии эмали осматривали вестибулярные поверхности зубов и регистрировали присутствие на них проявлений пятнистости

(гипоплазии) и отмечали основные формы системной гипоплазии (изменение цвета эмали, недоразвитие эмали – волнистая эмаль, точечные углубления, борозчатая форма, отсутствие эмали – аплазия), гипоплазия определяется визуально при помощи зонда, при необходимости используется кариес-маркер» [100, 42-49].

Флюороз зубов оценивали по классификации Dean Н.Т.: «...сомнительная (легкие нарушения полупрозрачности нормальной эмали, варьирующие от нескольких белых точек до случайных белых пятен), очень слабая (маленькие непрозрачные белые пятна, разбросанные нерегулярно по поверхности зуба, занимают менее 25% вестибулярной поверхности), слабая (участки с белыми пятнами более обширны, но занимают менее 50% поверхности зуба), умеренная (затронуты все поверхности зубов, поверхности подвержены стиранию, часто встречаются коричневые пятна неправильной формы), тяжелая (поражены все эмалевые поверхности, наличие отдельных или сливающихся ямок, встречаются коричневые пятна), определяется распространенность отдельных форм флюороза и флюороза зубов в целом» [114, 1443-1452].

Использовали также стоматологический эстетический индекс – **Dental Aesthetic Index (DAI)**: «...оценивается положение зубов и состояние прикуса в сагиттальном, вертикальном и трансверзальном направлениях визуально и с помощью пуговчатого зонда с определением отсутствия видимых зубов, скученности в резцовых сегментах, промежутка в резцовых сегментах, диастемы, отклонения в переднем отделе на верхней и нижней челюсти, переднего верхнечелюстного и нижнечелюстного перекрытия, вертикальной передней щели, переднезаднего соотношения моляров» [100, 42-49].

Расчёт DAI проводили в соответствии со стандартной методикой: «...(отсутствующие зубы * 6) + (скученность) + (промежутки) + (диастема * 3) + (самое большое переднее отклонения на верхней челюсти) + (самое большое переднее отклонения на нижней челюсти) + (переднее верхнечелюстное перекрытие * 2) + (переднее нижнечелюстное перекрытие * 3) + (вертикальная передняя щель * 4) + (переднезаднее соотношение моляров * 3) + 13» [100, 42-49].

Оценку DAI также проводили в соответствии со стандартом: «индекс менее 25 – нарушение прикуса нет или они незначительны,

необходимо динамическое наблюдение, лечения не требуется, 26-30 – явное нарушение прикуса, рекомендуется консультация ортодонта и лечение по показаниям, 31-35 – выраженные нарушения прикуса и необходимость их ортодонтического лечения, индекс более 36 – очень тяжелые нарушения прикуса, безусловная потребность в лечении» [100, 42-49].

Нами также применен в исследовании **индекс разрушения окклюзионной поверхности зубов – ИРОПЗ** Миликевича В.Ю.: «...площадь окклюзионной поверхности зуба принимают за 1, индекс разрушения высчитывают вычитанием доли поверхности полости или пломбы из 1» [63, 17-18].

Потребность в восстановлении зубов вычисляли в соответствие со стандартом: «при ИРОПЗ 0,2-0,5, то есть при разрушении до 50-55% показаны реставрация полости пломбировочными материалами, либо литыми керамическими вкладками, при индексе 0,6-0,8 восстановление зубов возможно путем постановки ортопедических коронок, при индексе 0,8-0,9 необходимо применение штифтово-культевых конструкций с последующим изготовлением ортопедических коронок» [63, 17-18].

У части студентов проводили исследование уровня кортизола и активность α -амилазы в смешанной слюне в периоды, соответствующие сессионным экзаменам и вне их, для изучения уровня стресса. При этом определяли уровни кортизола и активность α -амилазы в смешанной слюне в периоды каникул у студентов-отличников, успешно сдавших сессию (контрольная группа).

Концентрацию кортизола и активность α -амилазы в смешанной слюне измеряли при помощи полуавтоматического биохимического анализатора «Миндрей» спектрофотометрическим методом. Использовались реактивы фирмы «HUMAN».

Метод анкетирования

Уровень теоретических знаний по профилактике стоматологической патологии и практических навыков ухода за ротовой полостью рта у студентов изучали по разработанной нами анкете (приложение 2) с анонимной паспортной частью, лишь с указанием возраста и гендерной принадлежности.

Анкета подразумевала выявление режима и метода чистки зубов с вариантами средств и предметов гигиены, определение наличия факторов риска развития стоматологической патологии и уровня знаний о них у студентов, т.е. мы изучали одновременно и знания, и умения студентов относительно профилактики стоматологической патологии.

Формирование групп и методы профилактики

С целью получения сведений о знаниях по рекомендованному объему манипуляций, направленных на поддержание здоровья полости рта у студентов мы сформировали 5 групп: I-III группы – студенты Самаркандского Государственного Университета, IV группа – студенты стоматологического факультета и V группа – лечебного факультета Самаркандского Медицинского института (таблица 2.4).

Таблица 2.4

Количественный и гендерный состав групп сравнения

Место жительства	Группы больных														
	I			II			III			IV			V		
	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего
Самарканд (n=281)	42	15	57	44	13	57	42	12	54	45	14	59	41	13	54
Иногородные (n=293)	46	17	63	47	16	63	42	15	57	40	15	55	41	14	55
Всего	88	32	120	91	29	120	84	27	111	85	29	114	82	27	109

Количество, гендерный и возрастной состав каждой группы не имел между собой статистически достоверных различий, также практически идентичным были уровень общего здоровья и состояние ротовой полости. Самаркандских и иногородних учащихся в каждой группе также было практически идентично.

Мероприятия по группам:

I группа – контрольная. Молодежь самостоятельно получала все возможные данные о необходимости ведения здорового образа

жизни и максимальном поддержании здорового состояния полости рта из любых источников, включая лекции и семинары ВУЗа ;

Во II-V группах мы проводили лечебно-профилактические мероприятия:

II группа. В соответствии с планом профилактических мероприятий представители кафедры «Пропедевтическая стоматология» СамМУ вели санитарно-просветительскую деятельность, заключающуюся в 2 лекциях – «Анатомия и физиология зубочелюстной системы» и «Режим жизни, питания и гигиены полости рта» в СамМУ и СамГУ;

III группа:

1. Проводили санацию полости рта при возникновении потребности;

2. Проведена санитарно-просветительская работа (описание во II группе) наряду с рекомендациями по питанию и необходимой гигиене полости рта;

3. Профессиональный уход за полость рта 2 раза в год;

4. По потребности герметизировались фиссуры зубов (чаще 2 и 3 моляры);

5. Назначали суспензию «Активный кальций А.А.Г.» производства ООО «Active Asia Gold», Ташкент, Узбекистан.

В 100 мл. суспензии «Активный кальций А.А.Г.» содержится:

Кальция карбонат — 500 мг,

Кальция цитрат — 2500 мг,

Кальция гидрокарбонат – 330 мг,

Магния гидрокарбонат – 35 мг,

Дистиллированная вода до 100 мл.

Перед употреблением рекомендовали флакон хорошо взболтать до однородности суспензии. Суспензия «Активный кальций А.А.Г.» не содержит консервантов, эмульгаторов или разрыхлителей.

Назначали внутрь за 30 минут до еды в течении первых 10 дней по 1 столовой ложке 3 раза в день, а затем регулярно либо по 1 чайной ложке 3 раза в день, либо 1 столовую ложку в день в любое удобное время суток курсом 30 дней и повтором через 3 месяца при декомпенсированной форме кариеса и хронической соматической патологии.

У представителей III группы санированы 48 зубов, проведены 12 герметизаций, 41 учащемуся провели профессиональную гигиену ротовой полости и 48 учащихся получали суспензию «Активный кальций А.А.Г.».

IV группа – терапевтическую стоматологическую помощь, теоретические знания и практические навыки по профилактике стоматологической патологии студенты обретали по ходу учебы на стоматологическом факультете СамМУ;

V группа – терапевтическую стоматологическую помощь, теоретические знания и практические навыки по профилактике стоматологической патологии студенты обретали по ходу учебы на лечебном факультете СамМУ и индивидуальном обращении к стоматологу.

Комплексное исследование полости рта и зубов всеми вышеперечисленными методами проводили дважды: в начале исследования и спустя 2 года, результаты в обязательном порядке вносили в «Карту для оценки стоматологического статуса».

Редукцию кариеса (РК) [82, 45-48] у всех исследуемых определяли согласно формуле:

$$РК = \frac{\text{прирост КПУ (проф. гр.)}}{\text{прирост КПУ (конт. гр.)}} * 100\%$$

Методы статистической обработки полученных результатов

Статистическая обработка полученных результатов проведена нами в программных пакетах Microsoft Excel 2019 и STATISTICA 14.0 for Windows методами параметрической и непараметрической статистики в зависимости от характера их распределения с вычислением среднего квадратического отклонения и средней арифметической ошибки по способу моментов ($M \pm m$), среднего квадратического отклонения (σ), медианы, моды и межквартильных интервалов. Для определения статистической значимости полученных измерений использовались критерии достоверности различий Стьюдента (t) и степень достоверности (P) для данных с нормальным распределением, различия принимали достоверными при 95% доверительном интервале ($P \leq 0,05$).

Сравнение групп проводили параметрическим *t*-критерием Стьюдента или непараметрическим критериями Манна-Уитни и Вилкоксона. Корреляция показателей вычислялась параметрическим методом Пирсона и непараметрическим методом Спирмена.

Рассчитывали степень достоверности (*P*) для данных с нормальным распределением, различия принимали достоверными при 95% доверительном интервале ($P \leq 0,05$). Стандартными уровнями значимости 0,05; 0,01 или 0,001, принимали значимую, очень значимую и максимально значимую достоверность соответственно.

Состояние стоматологического здоровья у студентов высших учебных заведений самарканда общая характеристика состояния тканей и органов полости рта у студентов высших учебных заведений самарканда.

Внеротовое обследование проведено у 574 студентов (430 юношей и 144 девушки) ВУЗов г. Самарканда констатировало отсутствие выраженной патологии. При наличии жалоб осмотр и пальпация ВНЧС у 132 ($22,80 \pm 1,99\%$) учащихся констатированы нарушения артикуляционной функции: боли, щелчки и хруст, ограничение открытия рта, зигзагообразное смещение нижней челюсти в стороны, асинхронное движение головок суставов (рис. 3.1).

Встречаемость заболеваний ВНЧС у студентов СамМУ составила $24,22 \pm 2,87\%$, а у студентов СамГУ – $21,36 \pm 2,76\%$, что было статистически значимо ($p > 0,05$).

Состояние слизистой оболочки и мягких тканей полости рта

Распространенность различных видов патологии слизистой оболочки и мягких тканей полости рта у студентов г.Самарканда составила $30,66 \pm 2,19\%$ (176 студентов) (рис. 1). Наиболее часто встречали воспалительные изменения десневого края – у 107 ($18,64 \pm 1,85\%$), на втором месте – изменения поверхности языка (десквамативный глоссит или «географический» язык) – у 61 ($10,63 \pm 1,45\%$), поражение красной каймы губ (метеорологический хейлит) диагностировали у 38 ($6,62 \pm 1,18\%$) студентов.

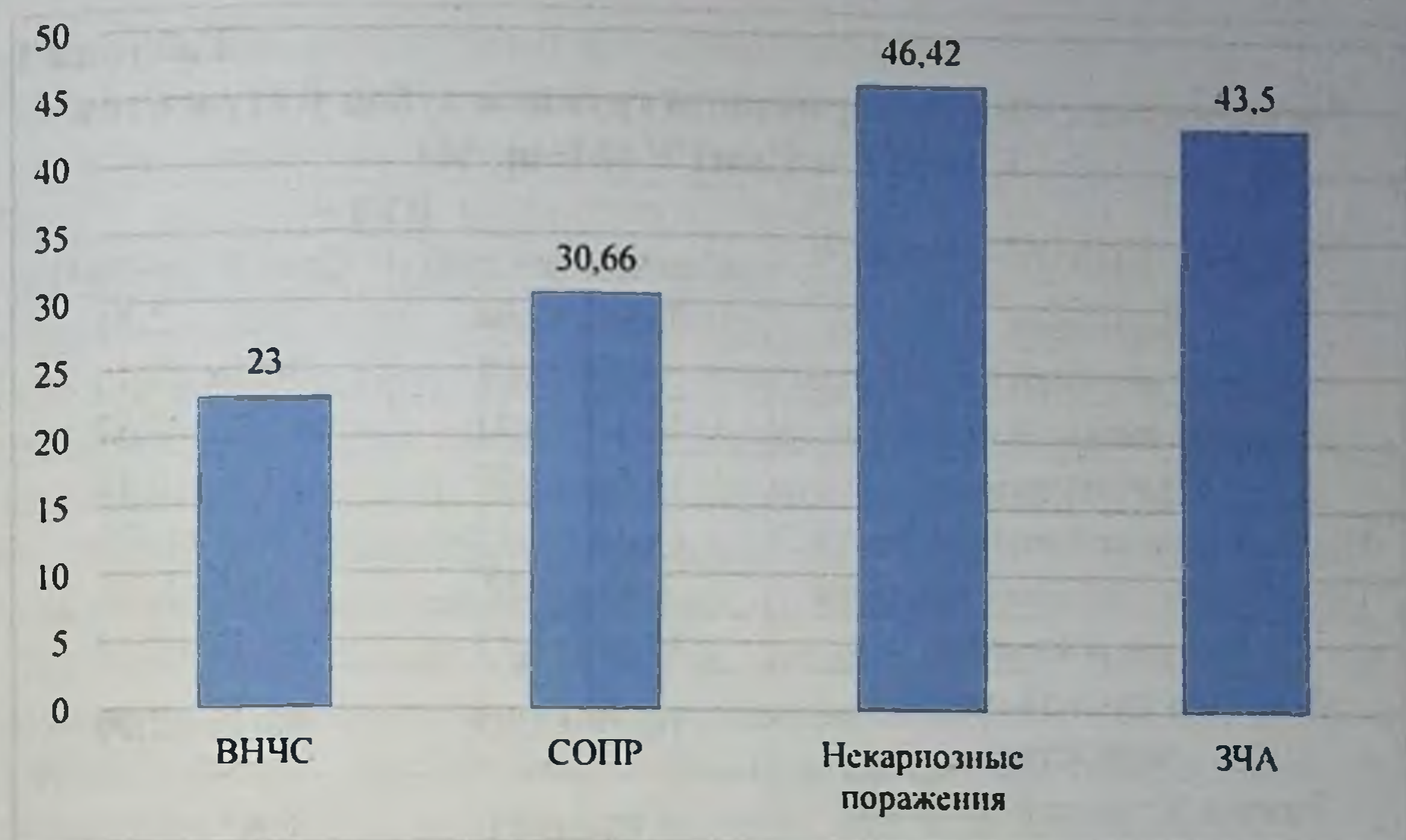


Рис. 1. Распространенность некоторых стоматологических заболеваний у студентов ВУЗов г. Самарканда в %.

У каждого студента в среднем оказались поражены кариесом чуть более 5 зубов ($5,31 \pm 0,14$), показатель кариозного поражения поверхностей КПУ(п) составил $8,34 \pm 0,26$ поверхности (таб. 1, рис. 2).

Анализ структуры индекса КПУ(з) выявил высокий удельный вес «пломбированных зубов» (72,5%), доля «кариозных зубов» составила 25,24%, на «удаленные зубы» приходилось - 2,26%.

В подавляющем большинстве случаев ($75,73 \pm 2,04\%$ от всех пораженных зубов) кариозный процесс, встречался в группе моляров.

Распространенность и интенсивность кариеса зубов

Распространенность кариозного процесса среди студентов медиков и учащихся СамГУ оказалась достаточно высокой – 527 ($91,81 \pm 1,30\%$) студентов. При анализе результатов, полученных при обследовании, не установлено статистически значимых различий между мужчинами и женщинами. Поэтому половые различия в результатах исследования нами не учитывались.

Таблица 1

**Распространенность кариеса по группам зубов у студентов
СамМУ и СамГУ (M±m, %)**

Распространенность кариеса	ВУЗ	
	СамМУ (n=289)	СамГУ (n=285)
Моляров	73,96 ±2,94	77,71 ±2,81
Моляров верхней челюсти	31,84±3,12	30,46 ±3,10
Моляров нижней челюсти	42,12 ±3,31	47,25 ±3,37
Премоляров	14,61 ±2,37	10,92 ±2,10
Премоляров верхней челюсти	11,18 ±2,12	7,28 ±1,75
Премоляров нижней челюсти	3,43 ±1,22	3,64 ±1,26
Резцов и клыков	11,43 ±2,13	11,37 ±2,14
Резцов и клыков верхней челюсти	10,29 ±2,03	10,75 ±2,09
Резцов и клыков нижней челюсти	1,14 ±0,71	0,62 ±0,53

Распространенность кариозного процесса у обследованных учащихся в СамМУ составила $89,69 \pm 2,04\%$, при средней интенсивности поражения $5,49 \pm 0,2$ зуба и $8,32 \pm 0,37$ поверхности (таб. 2). В СамГУ распространенность кариеса была на 5% выше ($94,09 \pm 1,59\%$), чем у студентов медиков, при средней интенсивности поражения $5,12 \pm 0,18$ зуба и $8,37 \pm 0,37$ поверхности. Необходимо отметить, что статистически значимой разницы между показателями у студентов различных ВУЗов не установлено.

Таблица 2

**Интенсивность кариеса зубов и поверхностей у студентов
СамМУ и СамГУ (M±m)**

Показатели		Интенсивность поражения	
		СамМУ	СамГУ
Структура индекса поражения зубов	КПУ(з)	5,49 ±0,20	5,12 ±0,18
	К(з)	1,11 ± 0,08	1,56 ± 0,09*
	П(з)	4,26 ± 0,17	3,43 ±0,16*
	У(з)	0,12 ±0,01	0,13 ±0,02
Структура индекса поражения поверхностей зубов	КПУ(п)	8,32 ± 0,37	8,37 ±0,37
	К(п)	1,63 ±0,13	2,65 ±0,18*
	П(п)	6,09 ± 0,27	5,09 ± 0,25*
	У(п)	0,61 ±0,07	0,64 ± 0,08

Примечание: * - различия между показателями достоверны ($p < 0,05$).

На каждый кариозный зуб студента-медика приходилось, чуть более полутора пораженных поверхности ($1,11 \pm 0,08$ и $1,63 \pm 0,13$, соответственно). Величина соответствующих показателей студентов СамГУ выше, чем у студентов СамМУ в 1,4 раза и в 1,6 раза, соответственно ($p < 0,05$). Аналогичное соотношение наблюдали при анализе показателей пломбированных зубов и их поверхностей - П(з) - $4,26 \pm 0,17$ и П(п) - $6,09 \pm 0,27$, соответственно, в СамМУ, данные значения достоверно выше, чем у молодежи обучающейся в СамГУ. Необходимо отметить, что среди студентов, обоих ВУЗов у одного из 8-ми обследованных имелся зуб, удаленный по поводу осложненного кариозного процесса.

Уровень стоматологической помощи студентам СамМУ хороший, о чем свидетельствует значение индекса УСП более 75 % ($79,76 \pm 2,69\%$), в отличие от удовлетворительного уровня стоматологической помощи студентам СамГУ, оказавшимся на 13% меньше.

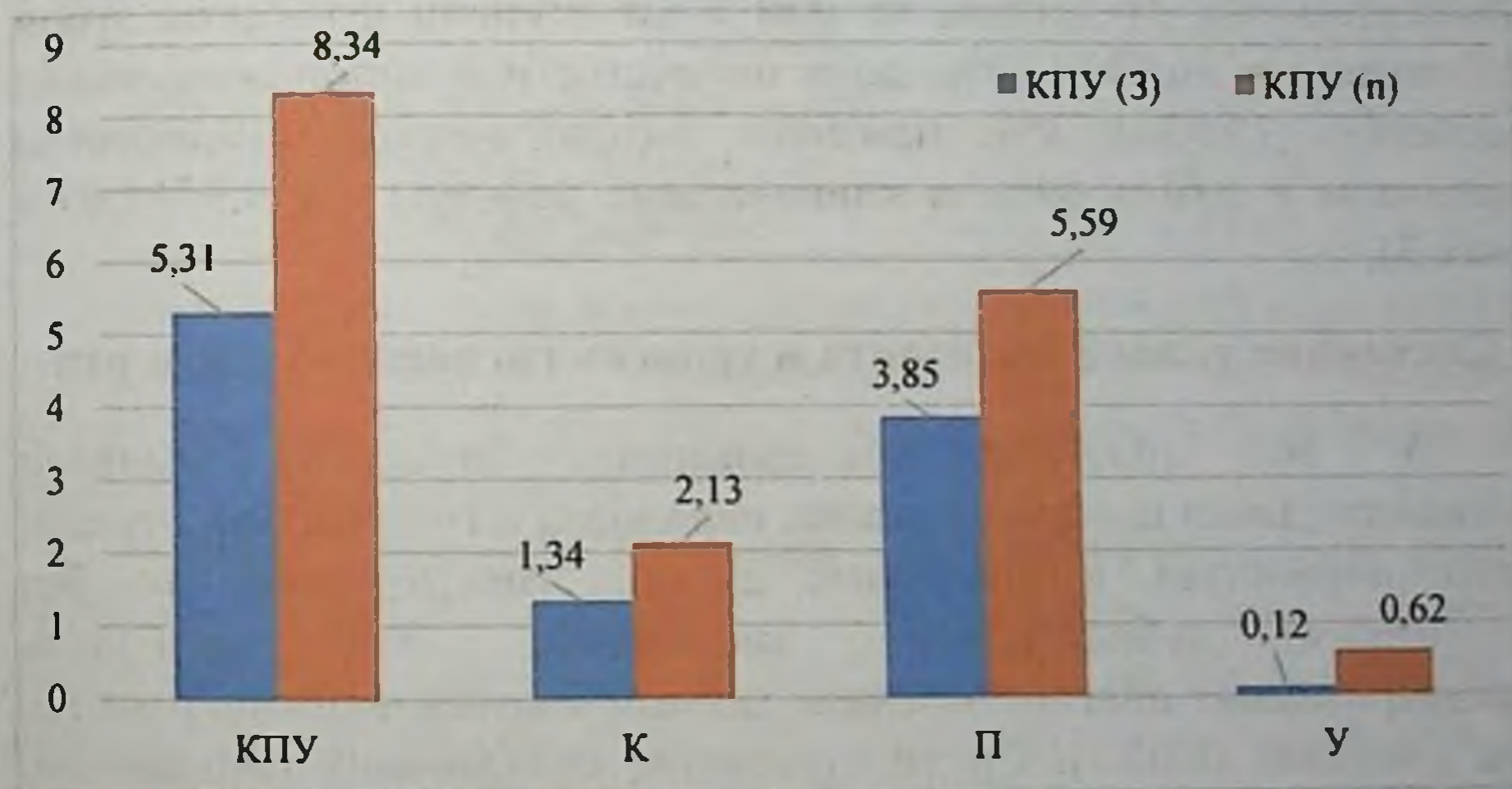


Рис. 2. Интенсивность кариеса зубов и поверхностей у студентов ВУЗов Самарканда

В зависимости от степени разрушения все зубы, подлежащие лечению, были разделены на три группы. У 43% зубов отмечался ИРОПЗ, равный 0,2-0,5, что указывало на умеренное их разрушение и возможность восстановления дефектов зубов посредством пломб и реставраций. У 35% зубов отмечался ИРОПЗ, равный 0,6-0,7, что свидетельствовало о более серьезном их разрушении, невозможности

восстановления путем пломбирования, и о потребности в изготовлении для них коронок. У 22% зубов отмечался ИРОПЗ, равный 0,8-0,9, что свидетельствовало об их значительном разрушении и являлось показанием для восстановления зубов с помощью литых вкладок или штифтово-культевых конструкций с последующим покрытием их коронками. Встречаемость каждой группы индексов ИРОПЗ включал примерно равное количество студентов обоих ВУЗов, для девушек было характерен ИРОПЗ $0,36 \pm 0,07$, а для юношей $0,43 \pm 0,08$.

Из некариозных поражений зубов во время комплексного стоматологического обследования студентов ВУЗов г. Самарканда регистрировали флюороз зубов, гипоплазию эмали, патологическую стираемость и клиновидные дефекты. Результаты исследования свидетельствовали о достаточно высокой распространенности этих изменений эмали среди студенческой молодежи. Так, некариозные поражения твердых тканей зубов встречались у $56,44 \pm 2,36\%$ обследованных студентов, те или иные степени флюороза зубов наблюдали в $30,93 \pm 2,20\%$, доля пятнистости и гипоплазии эмали составила $16,93 \pm 1,78\%$, признаки патологической стираемости выявлены в $3,61 \pm 0,89\%$, а клиновидные дефекты - в $4,97 \pm 1,03\%$ (таб. 3).

Состояние тканей пародонта и уровень гигиены полости рта

У 364 (63,41%) обследованных студентов выявлен воспалительный процесс в тканях пародонта с гиперемией, отеком, кровоточивостью, в некоторых случаях гипертрофией, но без нарушения зубодесневого соединения, что позволяло предварительно диагностировать данный патологический процесс как гингивит (K05.1). Среди студентов, страдающих гингивитом, клинически у 306 (84,07%) студентов он характеризовался как катаральный, у 59 (16,21%) студентов – гипертрофический. По данным индекса гингивита (GI) в 55,77% (203 человек) случаев имело место легкое воспаление десны (незначительная гиперемия и отечность), в 40,11% (146 студентов) – умеренное воспаление (более выраженные гиперемия и отечность, кровоточивость при зондировании), в 4,12% (12 человек) – выраженное воспаление (интенсивные гиперемия и отек, спонтанная кровоточивость).

Одним из показателей наличия воспаления в тканях пародонта является кровоточивость десен. Для определения степени воспаления десен использовался индекс кровоточивости Mischlemann, который показал наличие кровоточивости у 310 (54%) обследуемых, причем кровоточивость при малейшем зондировании десны, а также при приеме пищи отмечалась у 104 (18,12%) студентов.

Таблица 3

Распространенность некариозных поражений зубов у студентов ВУЗов г. Самарканда ($M \pm m$, %)

Некариозные поражения зубов		Распространенность
Флюороз зубов		30,93 \pm 2,20
Формы флюороза зубов	Сомнительная	32,12 \pm 3,99
	Очень слабая	20,44 \pm 3,45
	Слабая	29,20 \pm 3,88
	Умеренная	16,07 \pm 3,14
	Тяжелая	2,19 \pm 1,25
Пятнистость и гипоплазия эмали		16,93 \pm 1,78
Патологическая стираемость		3,61 \pm 0,89
Клиновидные дефекты		4,97 \pm 1,03

Оценка результатов исследования состояния тканей пародонта у студентов ВУЗов г. Самарканда показала их высокую распространённость ($97,49 \pm 0,78\%$) и интенсивность ($3,88 \pm 0,06$) среди учащейся молодёжи (таб. 4).

Распространенность признаков заболеваний пародонта среди студентов СамГУ составила - $99,55 \pm 0,45\%$, при средней интенсивности поражения - четыре сегмента на обследованного ($4,10 \pm 0,08$), что на 5% и на 12%, соответственно, выше, чем у обучающихся в СамМУ ($p < 0,05$). Чаще всего встречается зубной камень среди студентов-медиков, его распространенность составила $78,65 \pm 3,07\%$ случаев. Зубной камень был диагностирован почти в 2 секстантах. Среди признаков поражения тканей пародонта у студентов СамГУ так же часто наблюдали зубной камень ($65,45 \pm 3,21\%$), при его интенсивности - $1,55 \pm 0,08$ сегмента, однако встречался этот признак поражения достоверно реже, чем у студентов-медиков.

Таблица 4

Распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта у студентов ВУЗов г. Самарканда (M±m)

Показатели		СамМУ	СамГУ
<p>Рас Одним из показателей наличия воспаления в тканях пародонта является кровоточивость десен. Для определения степени воспаления десен использовался индекс кровоточивости Muchlemann, который показал наличие кровоточивости у 310 (54%) обследуемых, причем кровоточивость при малейшем зондировании десны, а также при приеме пищи отмечалась у 104 (18,12%) студентов.</p> <p>пространенность (%)</p>	средняя	94,94 ±1,64	99,55 ±0,45*
	Крово-точивости	15,17 ±2,69	28,64 ±3,05*
	камня	78,65 ±3,07	65,45 ±3,21*
	кармана	1,12 ±0,79	5,45 ±1,53*
Интенсивность (секстанты)	средняя	3,61 ±0,10	4,10 ±0,08*
	Крово-точивости	1,63 ±0,09	2,50 ± 0,08*
	камня	1,97 ±0,10	1,55 ±0,08*
	кармана	0,01 ±0,00	0,05 ±0,01*

Примечание: * -различия между признаками в группах достоверны (p < 0,05).

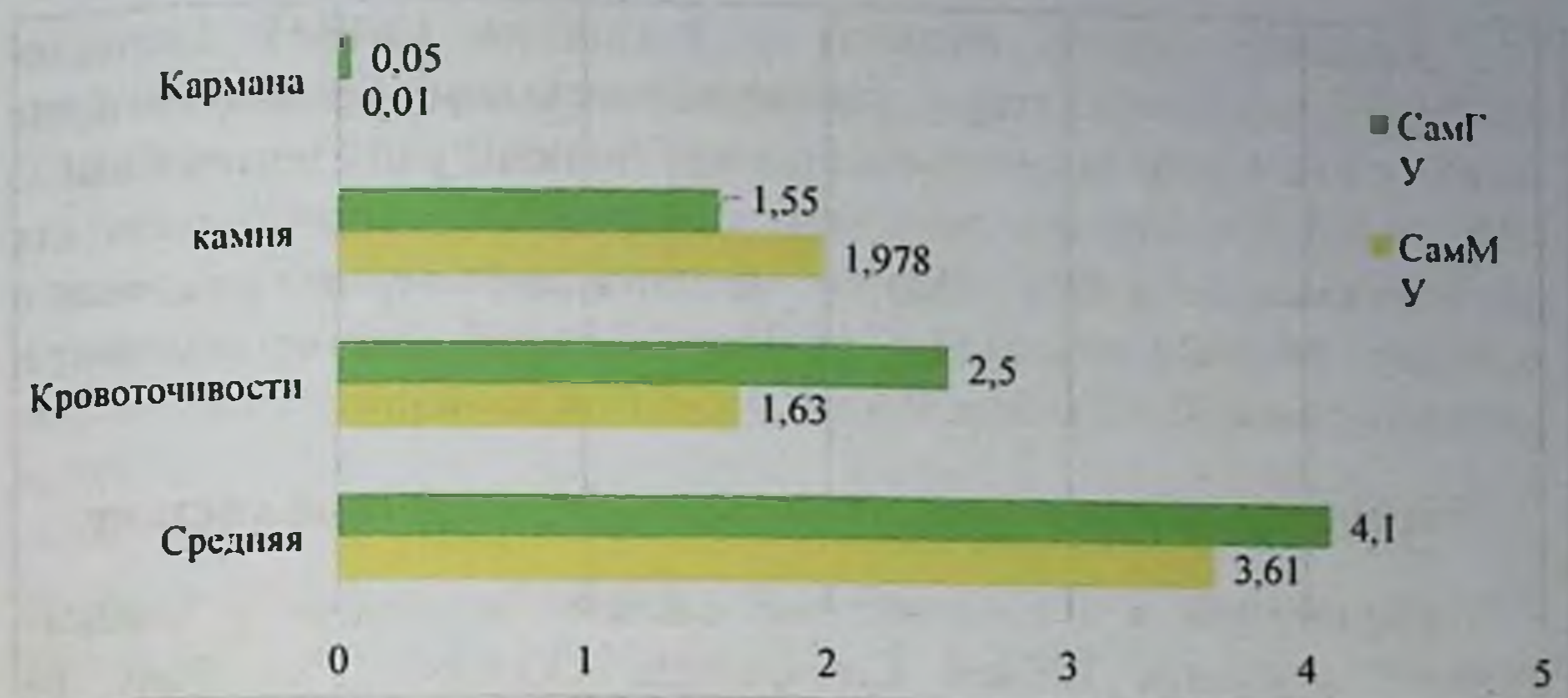


Рис. 3. Интенсивность признаков поражения тканей пародонта (по индексу CPI) у студентов СамМУ и СамГУ

Среднее значение индекса ОНI-S гигиены полости рта у студентов г. Самарканда составило $2,0 \pm 0,04$, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены, при этом индекс налёта составил $1,4 \pm 0,02$, индекс камня $0,6 \pm 0,02$ (таб. 5). Подавляющее большинство студентов имели удовлетворительный уровень гигиены полости рта ($64,34 \pm 2,48\%$). Лиц, очищающих зубы хорошо и плохо, соответственно, в 2,8 раза и в 5 раз меньше, чем с удовлетворительным уровнем гигиены ($p < 0,05$).

Таблица 5

Состояние гигиены полости рта у студентов ВУЗов Самарканда ($M \pm m$)

Показатели		Величины		
		Среднее	СамМУ	СамГУ
Индекс гигиены	средний	$2,00 \pm 0,04$	$1,92 \pm 0,07$	$2,05 \pm 0,05$
	налёта	$1,40 \pm 0,02$	$1,25 \pm 0,03$	$1,51 \pm 0,03^*$
	камня	$0,60 \pm 0,02$	$0,67 \pm 0,04$	$0,54 \pm 0,03^*$
Уровень гигиены полости рта (%)	хороший	$22,79 \pm 2,17$	$29,41 \pm 3,68$	$18,18 \pm 2,60^*$
	удовлетворительный	$64,34 \pm 2,48$	$58,82 \pm 3,98$	$68,18 \pm 3,14$
	плохой	$12,87 \pm 1,73$	$11,76 \pm 2,60$	$13,64 \pm 2,31$

Примечание: * - различия между показателями в группах достоверны ($p < 0,05$).

Средний индекс гигиены у молодежи СамМУ составил $1,92 \pm 0,07$, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Средняя величина индекса гигиены у студентов СамГУ ($2,05 \pm 0,05$) существенно не отличалась от аналогичного показателя обучающихся в СамМУ. Однако, имелись достоверные различия в величине индекса налета ($1,51 \pm 0,03$ и $1,25 \pm 0,03$, соответственно) и индекса камня ($0,54 \pm 0,03$ и $0,67 \pm 0,04$, соответственно)

Распространенность нарушений в зубочелюстной системе

Нарушения в зубочелюстной системе встречали у каждого второго студента ВУЗов Самарканда ($53,05 \pm 2,37\%$) (таб. 6). Патологию прикуса мы регистрировали в $16,48 \pm 1,76\%$ случаев среди всех обследованных студентов. Среди студентов, имеющих патологию прикуса, наиболее часто встречали прогнатическое соотношение челюстей - $64,38 \pm 5,60\%$; распространенность глубокого прикуса составила $17,81 \pm 1,82\%$; одинаково часто ($6,85 \pm 2,96\%$) наблюдали открытый и перекрестный прикусы; в единичных случаях регистрировали прогению ($4,11 \pm 2,32\%$). Аномалии зубных рядов имели место у $75,40 \pm 2,05\%$ студентов. Реже всего обнаруживали аномалии отдельных зубов ($8,13 \pm 1,39\%$).

Таблица 6

Частота встречаемости различных видов аномалий зубочелюстной системы у студентов ВУЗов г. Самарканда ($M \pm m$)

Нозология		Распространенность
Нарушения в зубочелюстной системе		$53,05 \pm 2,37$
Аномалии прикуса		$16,48 \pm 1,76$
Виды аномалии	Прогнатия	$64,38 \pm 5,60$
	Прогения	$4,11 \pm 2,32$
	Перекрестный прикус	$6,85 \pm 2,96$
	Глубокий прикус	$17,81 \pm 1,82$
	Открытый прикус	$6,85 \pm 2,96$
Аномалии зубных рядов		$75,40 \pm 2,05$
Аномалии отдельных зубов		$8,13 \pm 1,39$

При сравнении результатов обследования, нами установлено, что распространенность аномалий прикуса у студентов СамМУ была в 3 раза меньше ($8,52 \pm 1,87\%$), а аномалии зубных рядов встречались

в 1,2 раза чаще ($83,41 \pm 2,49\%$), чем у студентов СамГУ ($24,55 \pm 2,90\%$ и $67,27 \pm 3,16\%$, соответственно, $p < 0,05$). По другим видам патологии достоверных различий не обнаружено.

Как показали наши исследования, у 193 ($33,62 \pm 2,25\%$) студентов значение эстетического индекса DAI оказалось менее 25, что свидетельствует о том, что нарушений прикуса нет или они весьма незначительны. В этих случаях лечение не требуется или потребность в нем небольшая. Значения DAI, равные 26-30, выявлены у 92 ($16,03 \pm 1,21\%$) молодых людей, что указывает на явное нарушение прикуса, им рекомендуется консультация ортодонта и лечение по показаниям. У 63 ($10,98 \pm 1,35\%$) значение индекса DAI равно 31-35, что говорит о наличии выраженных нарушений прикуса и необходимости их ортодонтического лечения. У 28 ($4,88 \pm 0,19\%$) юношей и девушек значения эстетического индекса превысили 36, что отражает очень тяжелые нарушения прикуса и безусловную потребность в лечении.

Распространенность некариозных поражений зубов

Некариозные поражения зубов констатированы у $56,44 \pm 2,36\%$ исследуемых представителей студенческой молодежи Самарканда, различные степени флюороза зубов диагностированы у $30,93 \pm 2,20\%$, пятнистость и гипоплазия эмали выявлена у $16,93 \pm 1,78\%$, патологическая стираемость определена у $3,61 \pm 0,89\%$, а клиновидные дефекты – у $4,97 \pm 1,03\%$ (таб. 3.5).

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал распространенность форм флюороза зубов: сомнительная – у $32,12 \pm 3,99\%$, слабая – у $29,20 \pm 3,88\%$, очень слабая – у $20,44 \pm 3,45\%$ и умеренная – у $16,07 \pm 3,14\%$, также констатированы некоторые случаи тяжелого флюороза зубов (рис. 3.4).

Флюороз зубов у представителей СамМУ составляет $26,46 \pm 2,95\%$, клиновидные дефекты – у $3,59 \pm 1,25\%$, а у учащихся СамГУ флюороз твердых тканей зубов выявлен у $35,45 \pm 3,23\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) превышает в 1,3 раза показатели студентов-медиков, а клиновидные дефекты – у $6,36 \pm 1,65\%$, что также статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,8 раза больше показателей студентов-медиков.



Рис. 3.4. Студент Т., 21 год. Некариозное поражение зубов

Таблица 3.5
Распространенность некариозных поражений зубов у студенческой молодежи Самарканда ($M \pm m$, %)

Некариозные поражения зубов		Распространенность
Флюороз зубов		30,93 \pm 2,20
Формы флюороза зубов	Сомнительная	32,12 \pm 3,99
	Очень слабая	20,44 \pm 3,45
	Слабая	29,20 \pm 3,88
	Умеренная	16,07 \pm 3,14
	Тяжелая	2,19 \pm 1,25
Пятнистость и гипоплазия эмали		16,93 \pm 1,78
Патологическая стираемость		3,61 \pm 0,89
Клиновидные дефекты		4,97 \pm 1,03

Сравнительный анализ результатов констатировал, что распространенность гипоплазии эмали у представителей СамМУ достигает 26,91 \pm 2,97%, а у студентов СамГУ – 6,82 \pm 1,70%, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 4 раза меньше, идентичная тенденция прослеживается и относительно распространенности патологической стираемости зубов – 5,83 \pm 1,57% у студентов-

медиков и $1,36 \pm 0,78\%$ – у учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 4,3 раза реже.

Состояние тканей пародонта и уровень гигиены полости рта

У 364 (63,41%) исследуемых констатировали гингивит (K05.1). Среди учащихся с гингивитом у 306 (84,07%) обследованных диагностирован катаральный, у 59 (16,21%) – гипертрофический гингивит. Изучение индекса гингивита (GI) у 55,77% (203 студента) констатировало легкое воспаление десны, у 40,11% (146 человек) – умеренное воспаление, у 4,12% (12 учащихся) – выраженное воспаление.



Рис. 3.5. Студент Р., 22 года. Генерализованный пародонтит средней степени тяжести

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность патологий пародонта у студенческой молодежи Самарканда достигает $97,49 \pm 0,78\%$ при средней интенсивности в $3,88 \pm 0,06$, это статистически достоверно ($p < 0,05$) (таб. 3.6, рис. 3.5).

Индекс кровоточивости Muchlemann выявил кровоточивость десен у 310 (54%) исследованных, а кровоточивость при любом физическом воздействии (зубочистка, зубная щетка, зонд и т.д.) или приеме пищи констатирована у 104 (18,12%) представителей студенческой молодежи Самарканда.

Таблица 3.6

Распространенность и интенсивность поражения пародонта у студенческой молодежи Самарканда ($M \pm m$)

Показатели		Величины
Распространенность (%)	средняя	97,49±0,78
	кровоточивости	22,61±2,10
	камня	71,36±2,27
	кармана	3,52±0,92
Интенсивность (секстанты)	средняя	3,88±0,06
	кровоточивости	2,11±0,06
	камня	1,74±0,07
	кармана	0,04±0,00

У одного исследованного в среднем диагностированы $2,12 \pm 0,06$ здоровых секстантов, кровоточивость – у $22,67 \pm 2,10\%$ при средней интенсивности в $2,11 \pm 0,06$ секстанта. Следует упомянуть и широкую встречаемость зубного камня у студенческой молодежи Самарканда – $71,36 \pm 2,27\%$, при среднем количестве в $1,74 \pm 0,07$ секстантов. Поразительно, но среди молодых студентов констатировали зубодесневой карман у $3,52 \pm 0,92\%$, но низкой интенсивности в $0,04 \pm 0,00$ секстанта.

Таблица 3.7

Распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта у студенческой молодежи Самарканда ($M \pm m$)

Показатели		СамМИ	СамГУ
Распространенность (%)	средняя	94,94 ±1,64	99,55 ±0,45*
	кровоточивости	15,17 ±2,69	28,64 ±3,05*
	камня	78,65 ±3,07	65,45 ±3,21*
	кармана	1,12 ±0,79	5,45 ±1,53*
Интенсивность (секстанты)	средняя	3,61 ±0,10	4,10 ±0,08*
	кровоточивости	1,63 ±0,09	2,50 ± 0,08*
	камня	1,97 ±0,10	1,55 ±0,08*
	кармана	0,01 ±0,00	0,05 ±0,01*

Примечание: * -различия между признаками в группах достоверны ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность заболеваний пародонта студентов-медиков составила $94,94 \pm 1,64\%$, при средней интенсивности в $3,61 \pm 0,10$ секстанта, у представителей СамГУ распространенность заболеваний пародонта достигала $99,55 \pm 0,45\%$, при средней интенсивности $4,10 \pm 0,08$ секстанта, что статистически достоверно ($p < 0,05$) больше на 5% и на 12% соответственно, относительно студентов-медиков. Распространенность зубного камня среди представителей СамМУ составила $78,65 \pm 3,07\%$ при почти 2 секстантах поражения. Из представителей СамГУ зубной камень диагностирован у $65,45 \pm 3,21\%$, при интенсивности в $1,55 \pm 0,08$ секстанта, что статистически достоверно ($p < 0,05$) меньше относительно учащихся СамМУ (таб. 3.7, рис. 3.6).

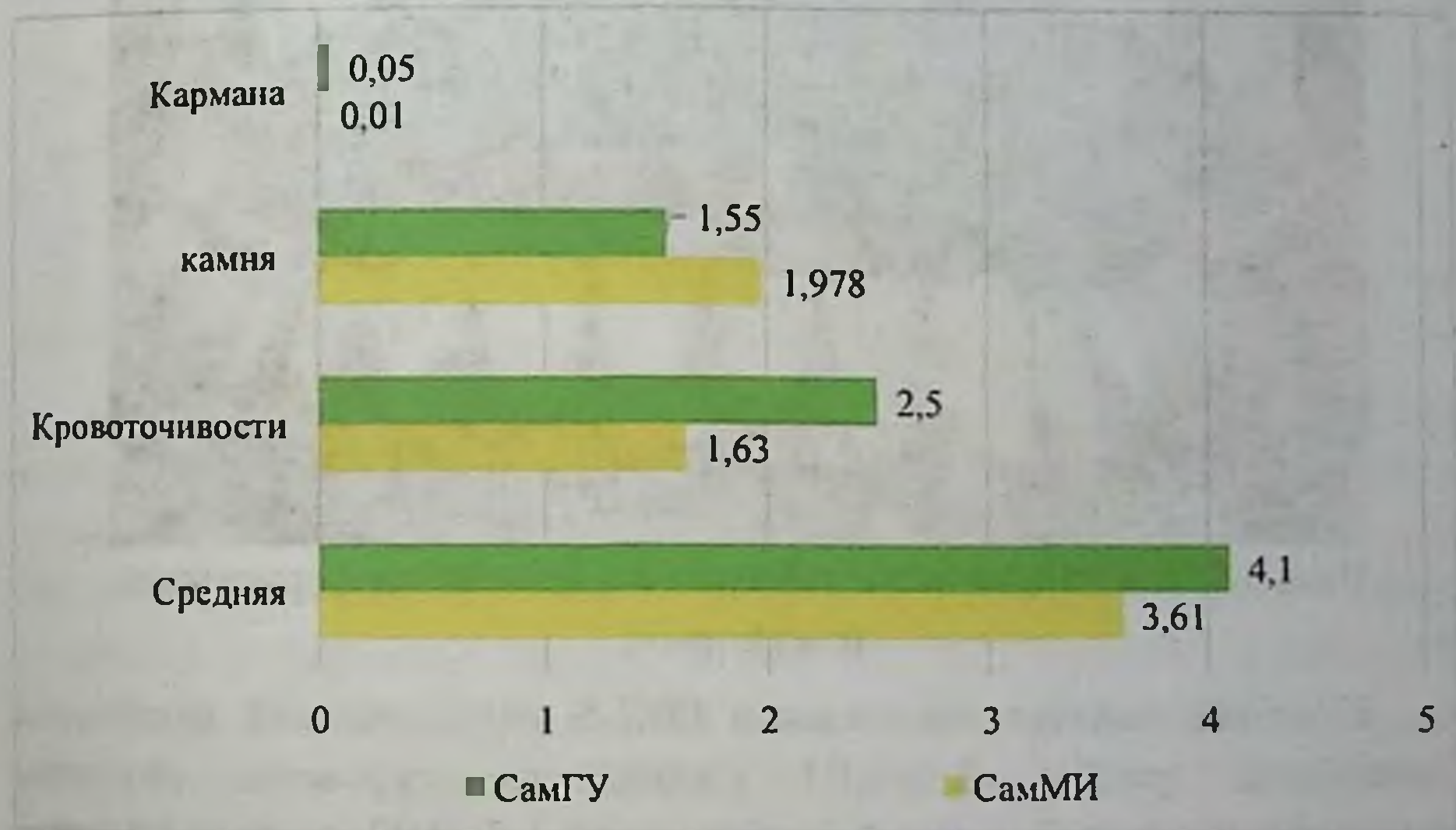


Рис. 3.6. Интенсивность признаков поражения тканей пародонта (по индексу CPI) у студентов СамМУ и СамГУ

Кровоточивость при зондировании диагностировали у $15,17 \pm 2,69\%$ учащихся СамМУ при интенсивности $1,63 \pm 0,09$ секстанта, а у представителей СамГУ эти параметры выше на 47% и 35% соответственно ($p < 0,05$). Зубодесневой карман 4 мм диагностировали у $1,12 \pm 0,79\%$ студентов СамМУ и у $5,45 \pm 1,53\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 5 раз выше.

У студентов-медиков диагностировали в среднем $2,39 \pm 0,10$ здоровых секстантов, а у учащихся СамГУ – $1,90 \pm 0,08$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) на 0,5 сегмента меньше. Широкая распространенность кровоточивости и зубного камня у студенческой молодежи Самарканда невольно наталкивают и подтверждают мысль об отсутствии у них информированности о первых маркерах патологии пародонта и обязательности их ранней терапии.



Рис. 3.7. Окрашивание зубного налета йодсодержащим раствором

Средние показатели индекса ОНI-S студенческой молодежи Самарканда равны $2,0 \pm 0,04$ балла, т.е. уровень гигиены удовлетворительный, индекс налёта равен $1,4 \pm 0,02$, индекс камня – $0,6 \pm 0,02$ (таб. 3.8, рис. 3.7). Большинство учащихся ВУЗов г. Самарканда продемонстрировали удовлетворительный уровень гигиены ротовой полости рта – $64,34 \pm 2,48\%$. Студентов, чистящих зубы хорошо, было статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,8 раза меньше, а чистящих зубы плохо – в 5 раз меньше ($p < 0,05$), относительно учащихся с удовлетворительным уровнем гигиены.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что средний индекс гигиены у студентов СамМУ

равнялся $1,92 \pm 0,07$ (удовлетворительный), а учащихся СамГУ – $2,05 \pm 0,05$, но выявлена разница по индексам налета – $1,51 \pm 0,03$ и $1,25 \pm 0,03$ и камня – $0,54 \pm 0,03$ и $0,67 \pm 0,04$ соответственно ($p < 0,05$) (таб. 3.8).

Таблица 3.8

Гигиена ротовой полости студентов Самарканда ($M \pm m$)

Показатели		Величины		
		Среднее	СамМИ	СамГУ
Индекс гигиены	средний	$2,00 \pm 0,04$	$1,92 \pm 0,07$	$2,05 \pm 0,05$
	налета	$1,40 \pm 0,02$	$1,25 \pm 0,03$	$1,51 \pm 0,03^*$
	камня	$0,60 \pm 0,02$	$0,67 \pm 0,04$	$0,54 \pm 0,03^*$
Уровень гигиены полости рта (%)	хороший	$22,79 \pm 2,17$	$29,41 \pm 3,68$	$18,18 \pm 2,60^*$
	удовлетворительный	$64,34 \pm 2,48$	$58,82 \pm 3,98$	$68,18 \pm 3,14$
	плохой	$12,87 \pm 1,73$	$11,76 \pm 2,60$	$13,64 \pm 2,31$

Примечание: * - различия между показателями в группах достоверны ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что из студентов-медиков чуть больше половины удовлетворительно соблюдали гигиену ротовой полости на фоне $68,18 \pm 3,14\%$ учащихся СамГУ, около 30% представителей СамМУ отличались хорошей гигиеной полости рта против $18,18 \pm 2,60\%$ студентов СамГУ, $11,76 \pm 2,60\%$ представителей СамМУ обладали плохой гигиеной, против $13,64 \pm 2,31\%$ студентов СамГУ ($p < 0,05$).

Анализ результатов исследования гигиенического индекса продемонстрировал плачевность гигиены полости рта, как одной из основ стоматологического здоровья у студенческой молодежи Самарканда не зависимо от направления образования.

Распространенность нарушений в зубочелюстной системе

Нарушения зубочелюстной системы нами констатированы у $53,05 \pm 2,37\%$ студенческой молодежи Самарканда (таб. 3.9). Патология прикуса зафиксирована у $16,48 \pm 1,76\%$ учащихся ВУЗов

г. Самарканда, среди них чаще всего диагностировали прогнатию – у $64,38 \pm 5,60\%$, глубокий прикус – у $17,81 \pm 1,82\%$, по $6,85 \pm 2,96\%$ диагностированы открытый и перекрестный прикусы, прогения отмечена у $4,11 \pm 2,32\%$, аномалии зубных рядов – у $75,40 \pm 2,05\%$, реже фиксировали аномалии отдельных зубов – $8,13 \pm 1,39\%$ (рис. 3.8).



Рис. 3.8. Студент И., 19 лет. Скученное положение зубов верхней и нижней челюстей

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность аномалий прикуса у студентов-медиков составляет $8,52 \pm 1,87\%$, а у учащихся СамГУ – $24,55 \pm 2,90\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 3 раза чаще; аномалии зубных рядов у представителей СамМУ – у $83,41 \pm 2,49\%$, у учащихся СамГУ – $67,27 \pm 3,16\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,2 раза реже. Распространенность других аномалий не имела достоверных различий.

У 193 ($33,62 \pm 2,25\%$) учащихся ВУЗов г. Самарканда индекс DAI был ниже 25 баллов, что констатировало отсутствие нарушений прикуса. Значения DAI в пределах 26-30 имели 92 ($16,03 \pm 1,21\%$) учащихся, что соответствовало явному нарушению прикуса, им требовалась консультация и лечение ортодонта. У 63

(10,98±1,35%) представителей студенческой молодежи Самарканда индекс DAI составил 31-35, т.е. констатировали выраженные нарушения прикуса и обязательность ортодонтического лечения. У 28 (4,88±0,19%) индекс DAI был более 36, что соответствует очень тяжелым нарушениям прикуса и безоговорочную необходимость лечения.

Таблица 3.9

Частота встречаемости различных видов аномалий зубочелюстной системы у студенческой молодежи Самарканда (M±m)

Нозология		Распространенность
Нарушения в зубочелюстной системе		53,05 ±2,37
Аномалии прикуса		16,48 ±1,76
Виды аномалии	Прогнатия	64,38 ±5,60
	Прогения	4,11 ±2,32
	Перекрестный прикус	6,85 ±2,96
	Глубокий прикус	17,81 ±1,82
	Открытый прикус	6,85 ±2,96
	Аномалии зубных рядов	75,40 ±2,05
Аномалии отдельных зубов		8,13 ±1,39

Таким образом, сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность отклонений в зубочелюстной системе выявлена у половины студенческой молодежи Самарканда, зачастую это аномалии зубных рядов. Из учащихся с нарушением прикуса, чаще всего диагностировали прогнатию и глубокий прикус. Трети студентов ВУЗов г. Самарканда необходимо ортодонтическое и хирургическое лечение, некоторым параллельно рекомендовано участие пародонтологов и стоматологов-ортопедов.

Результаты неинвазивного исследования активности биомаркеров стресса (концентрация кортизола, активность а-

амилазы) указывают на наличие эмоционального стресса, вызванного периодом сессионных экзаменов, у студентов ВУЗов (кортизол - $18,85 \pm 0,86$ (норма $< 12,14$ нмоль/л), α -амилаза - $61,57 \pm 1,48$ (норма $< 50,1$ Ед/л), в то время как, у студентов на протяжении семестров психоэмоциональное напряжение не отмечалось и вышеуказанные показатели находились в пределах физиологической нормы - $10,04 \pm 0,56$, $50,01 \pm 2,79$ и $0,2-0,3$ мл/мин соответственно (таблица 3.10).

Уровень стресса студентов ВУЗов Самарканда, ожидаемо повышался в период сессионных экзаменов, что однозначно влияло на общий эмоциональный фон каждого и явно не способствовало посещению стоматолога в период экзаменов, что, несомненно, влияло на общий уровень стоматологического здоровья студенческой молодежи.

Таблица 3.10

Средние показатели концентрации кортизола и α -амилазы слюны

в группах студентов

Показатель (нмоль/л)	В середине семестра	В период сессии
Уровень кортизола	$9,84 \pm 0,65$	$14,75 \pm 0,96^*$
α -амилаза Ед/л	$60,26 \pm 1,38$	$53,12 \pm 2,29^*$

*Примечание: * - различия между показателями в группах достоверны ($p < 0,05$).*

В ходе обследования и беседы со студентами для распознавания психоэмоциональных реакций нами констатировано, что большинство студентов, проходивших стоматологическое обследование и диспансеризацию в период сессионных экзаменов, испытывали психоэмоциональную реакцию по типу волнения и боязни, что характеризовалось отсутствием интереса к общению, стремлению к скорейшему завершению осмотра и минимальному вмешательству медицинского персонала.

В то время как у контрольной группы отличников в период каникул нами отмечалось лишь эпизодическая тревога при обследовании и готовность участвовать и помогать в необходимых исследованиях и анкетировании.

Уровень знаний по профилактике стоматологических заболеваний у студентов Высших учебных заведений г. Самарканда

Наличие у студентов Самарканда информации о профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта оценивали по разработанной нами специальной анкете (приложение 2), которая подразумевала выявление режима и метода чистки зубов с вариантами средств и предметов гигиены, определение наличия факторов риска развития стоматологической патологии и уровня знаний о них у студентов, т.е. мы изучали одновременно и знания, и умения студентов относительно профилактики стоматологической патологии.

Результаты анкетирования 574 представителей студенческой молодежи Самарканда продемонстрировали, что правильно чистили зубы дважды в день только $69,01 \pm 2,45\%$ учащихся, ежедневно – $29,01 \pm 2,12\%$, а периодически – $1,97 \pm 0,74\%$ студентов; чистили зубы после завтрака $45,63 \pm 2,64\%$, перед завтраком – $51,83 \pm 2,65\%$, перед сном – $61,69 \pm 2,58\%$, $10,70 \pm 1,64\%$ – непосредственно после ужина (рис. 3.9).



Рис. 3.9. Частота проведения гигиенических мероприятий по уходу за зубами студенческой молодежи Самарканда

Студенческая молодёжь Самарканда предпочитала лечебно-профилактические зубные пасты, чаще с кальцием – $63,10 \pm 2,56\%$ или комплексные – $48,17 \pm 2,65\%$, противовоспалительные –

18,59±2,06%, гигиенические – 13,80±1,83%, зубной порошок или растительную пасту – 2,25±0,79%, зубные эликсиры – 0,52±0,04% исследуемых.

Чистили зубы вертикальными движениями 26,20±2,33% учащихся, вращательными – 20,28±2,13% и горизонтальными – 21,69±2,19%, комбинированными – 55,21±2,64%, некоторые чистили зубы несколькими видами движений.

Зубную щетку меняли единожды в квартал 33,52±2,51% учащихся, при изнашивании – 34,37±2,52%, дважды в год – 19,72±2,11%, ежегодно – 10,70±1,64%. Хранили зубную щетку щетиной вверх 84,57±1,92%, но периодически намыливали щетку только 12,68±1,77% учащихся.

70,99±2,41% учащихся считали, что чистить зубы начинают в 2-3-года, 80,56±2,10% студентов считали, что «правильной» чистке зубов учат родители. Главным источником информации по гигиене ротовой полости назван стоматолог, реже телевидение и пресса.

Потребность в стоматологических осмотрах 2-3 раза в год описывали 71,27±2,40% студентов, а выполняли это сами только 21,97±2,20%.

47,04±2,65% воспринимали свои знания о гигиене ротовой полости удовлетворительными, 33,52±2,51% – затруднялись ответить, 17,46±2,02% – неудовлетворительными.

Знали о влиянии стоматологического здоровья на соматическое здоровье 87,89±1,7% учащихся, сомневались – 5,63±1,22%, возражали – 9 (2,54±0,83%) студентов. Основные факторы риска считали плохую гигиену ротовой полости – 86,20±1,83%, табакокурение – 76,90±2,24%. О возможности профилактики фторированием питьевой воды знали 65,92±2,52%, взаимосвязи с общими заболеваниями – 49,01±2,65%, наследственностью – 42,54±2,62%, алкоголем – 36,34±2,55% респондентов.

69,30±2,45% студентов хотели бы иметь дополнительную информацию по профилактике стоматологической патологии, от стоматолога – 25,63±2,32%, из прессы – 19,44±2,10%, из лекций – 3,82±0,63%.

61,97±2,58% студентов обеспокоились своей ротовой полостью, 28,73±2,40% – из-за кариеса, а 15,77±1,93% – из-за гингивита и пародонтита.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что правильно осуществляли гигиену полости рта – $75,12 \pm 3,05\%$ студентов СамМИ и $61,04 \pm 3,93\%$ из СамГУ – в 1,2 раза ниже ($p < 0,05$). $23,38 \pm 2,96\%$ студентов СамМУ чистили зубы однократно, а в СамГУ – $36,36 \pm 3,88\%$ – в 1,6 раза больше ($p < 0,05$), студентов-медиков, чистивших зубы после завтрака, было $47,26 \pm 3,52\%$, до завтрака – $48,26 \pm 3,52\%$, среди учащихся СамГУ – $43,51 \pm 3,99\%$ и $56,49 \pm 3,99\%$ ($p > 0,05$). Из студентов-медиков чистили зубы перед сном $73,13 \pm 3,13\%$, после ужина – $9,95 \pm 2,11\%$, среди учащихся СамГУ чистили зубы перед сном $46,75 \pm 4,02\%$, после ужина – $11,69 \pm 2,59\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) было в 1,8 меньше и в 1,2 раза больше соответственно.

Лечебно-профилактические зубные пасты с кальцием применяли $61,69 \pm 3,43\%$ студентов-медиков и $64,94 \pm 3,85\%$ учащихся СамГУ, фторированные пасты применяли $42,79 \pm 3,49\%$ студентов-медиков и $55,19 \pm 4,01\%$ студентов СамГУ, противовоспалительные пасты предпочитали $21,39 \pm 2,89\%$ студентов СамМУ и $14,94 \pm 2,87\%$ представителей СамГУ, гигиенические зубные пасты применяли $14,43 \pm 2,48\%$ студентов-медиков и $13,64 \pm 2,77\%$ учащихся СамГУ.

Студенты-медики чистили зубы вертикально – $35,82 \pm 3,38\%$ и вращательно – $25,87 \pm 3,09\%$ против $13,64 \pm 2,77\%$ и $12,99 \pm 2,71\%$ учащихся СамГУ соответственно, что статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже (рис. 3.10).

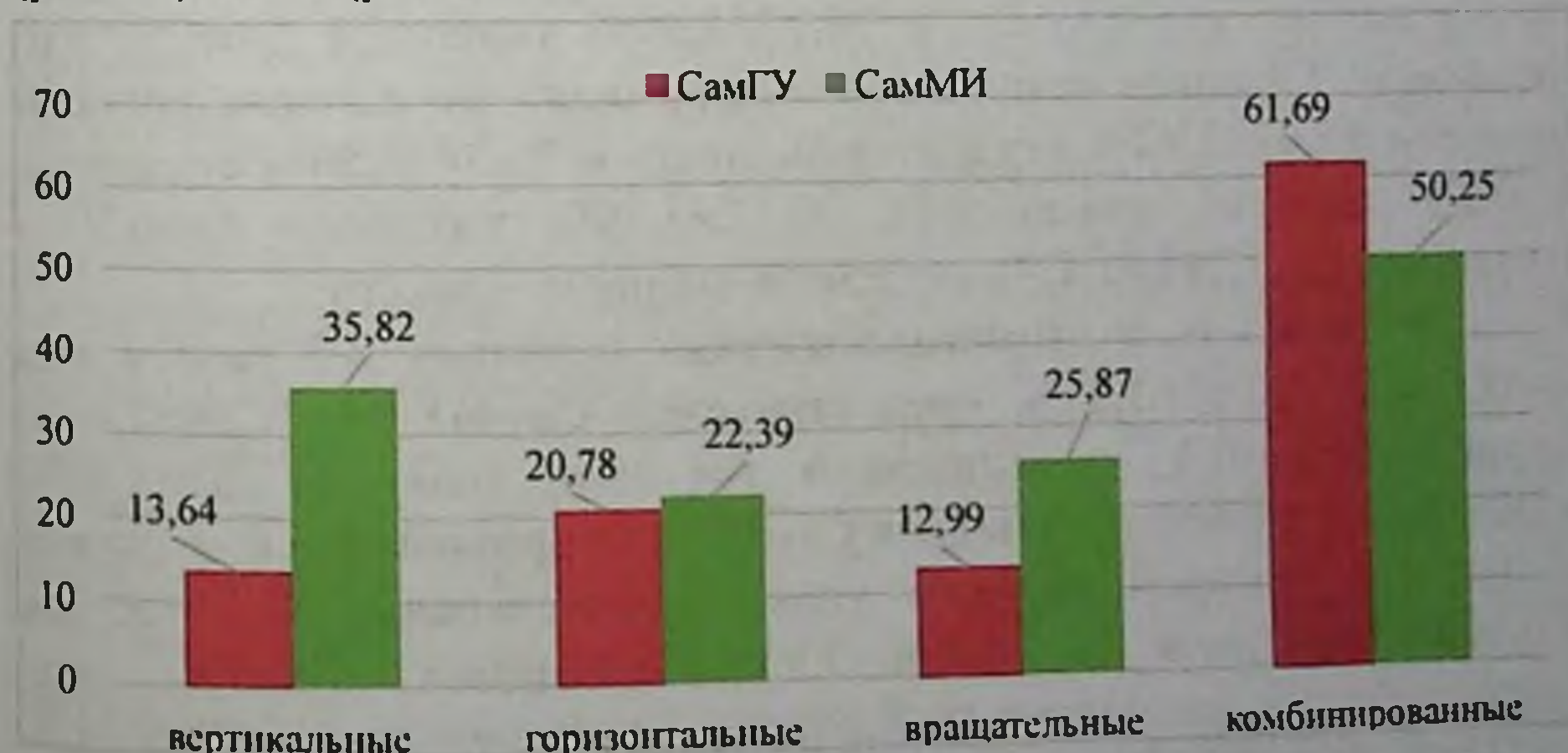


Рис. 3.10. Виды движений зубной щеткой, используемые студентами (%)

Правильно меняли зубную щетку $41,29 \pm 3,47\%$ студентов-медиков и $23,38 \pm 3,41\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,8 раза меньше, по мере изнашивания – $31,34 \pm 3,27\%$ студентов-медиков и $38,31 \pm 3,92\%$ учащихся СамГУ, дважды в год – $18,91 \pm 2,76\%$ представителей СамМУ и $20,78 \pm 3,27\%$ учащихся СамГУ, $7,46 \pm 1,85\%$ студентов-медиков зубную щетку меняли 1 раз в год, также считали $14,94 \pm 2,87\%$ представителей СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2 раза больше.

Держали щетки щетиной вверх $87,06 \pm 2,37\%$, мыли ее – $21,39 \pm 2,80\%$ студентов СамМУ, а в СамГУ – $81,17 \pm 3,15\%$ и $1,95 \pm 1,11\%$ соответственно, что имело статистически достоверную ($p < 0,05$) разницу.

Знают о дополнительных средствах гигиены полости рта $72,64 \pm 3,14\%$ студентов-медиков и $38,31 \pm 3,92\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,9 раза меньше. Применяли их $64,68 \pm 3,37\%$ студентов-медиков и $33,12 \pm 3,79\%$ студентов СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2 раза реже. Жевательную резинку с гигиенической целью применяли $59,70 \pm 3,46\%$ студентов-медиков и $54,55 \pm 4,01\%$ студенческой молодежи СамГУ ($p > 0,05$).

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что $77,11 \pm 2,96\%$ студентов-медиков и $62,99 \pm 3,89\%$ учащихся СамГУ считали, что чистить зубы начинают в 2-3-года, $68,16 \pm 3,29\%$ студентов-медиков считали, «правильной» чистке зубов научит стоматолог, а $70,13 \pm 3,69\%$ учащихся СамГУ, что родители. Главным источником информации по гигиене ротовой полости $86,07 \pm 2,44\%$ студентов-медиков и $73,38 \pm 3,56\%$ студентов СамГУ назвали стоматолога, $33,12 \pm 3,79\%$ учащихся СамГУ – телевидение, $37,81 \pm 3,42\%$ студентов-медиков – прессу.

Потребность в стоматологических осмотрах 2-3 раза в год описывали $70,65 \pm 3,21\%$ представителей СамМУ и $72,08 \pm 3,62\%$ студентов СамГУ, а выполняли это сами только $33,83 \pm 3,34\%$ студентов-медиков и учащихся СамГУ. Воспринимали свои знания о гигиене ротовой полости удовлетворительными $53,23 \pm 3,52\%$ студентов-медиков и $38,96 \pm 3,93\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,4 раза меньше, $16,42 \pm 2,61\%$ представителей СамМУ и $18,8 \pm 3,15\%$ учащихся СамГУ

затруднялись оценить свой уровень знаний о гигиене ротовой полости, неудовлетворительным его считали $29,85 \pm 3,23\%$ студентов-медиков, а среди представителей СамГУ – на $22,1\%$ больше ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что знали о влиянии стоматологического здоровья на соматическое здоровье $92,54 \pm 1,85\%$ учащихся СамМУ, а среди учащихся СамГУ таких на $11,6\%$ меньше ($p < 0,05$).

Основными факторами риска считали плохую гигиену ротовой полости $94,53 \pm 1,60\%$ студентов-медиков и $75,32 \pm 3,47\%$ учащихся СамГУ, особенности питания – $92,04 \pm 1,91\%$ представителей СамМИ и $63,64 \pm 3,88\%$ студентов СамГУ, что имело статистически достоверную ($p < 0,05$) разницу. О недостатке фтора в питьевой воде упомянули $84,58 \pm 2,55\%$ представителей СамМУ и о табакокурении – $68,83 \pm 3,73\%$ учащихся СамГУ. 60% студентов-медиков упомянули как фактор риска соматическую патологию и множественный кариес у родителей, $34,42 \pm 3,83\%$ учащихся СамГУ согласны с первым утверждением, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в $1,8$ раза реже, и $18,83 \pm 3,15\%$ учащихся СамГУ – со вторым, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в $3,2$ раза реже. Считают фактором риска употребление алкоголя $40,80 \pm 3,47\%$ представителей СамМИ и $30,52 \pm 3,71\%$ учащихся СамГУ ($p < 0,05$).

$81,59 \pm 2,73\%$ студентов-медиков предпочитают иметь больше знаний о профилактике стоматологической патологии, а из учащихся в СамГУ только $53,25 \pm 4,02\%$ имели такое желание. В качестве источников хотели видеть врача-стоматолога и специальную прессу около 34% студентов-медиков, среди учащихся СамГУ – $12,08\%$ и $4,74\%$ соответственно, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в $1,8$ раза и в $6,8$ раза меньше.

Интересовались состоянием своей ротовой полости рта чуть более 60% студенческой молодежи Самарканда, $30,35 \pm 3,24\%$ студентов-медиков и $26,62 \pm 3,56\%$ учащихся СамГУ переживали за кариес твердых частей зубов ($p > 0,05$), а патологией десен интересовались $19,90 \pm 2,82\%$ студентов-медиков и $10,39 \pm 2,46\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2 раза меньше.

Среди студенческой молодежи Самарканда нами констатирован неудовлетворительный уровень санитарной

культуры и знаний по гигиене ротовой полости. Однако, среди студентов-медиков у $65,80 \pm 3,35\%$ уровень знаний по гигиене ротовой полости и у $56,25 \pm 3,50\%$ уровень санитарной культуры были статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у представителей СамГУ – $44,94 \pm 4,01\%$ и $45,41 \pm 4,01\%$ соответственно.

Следует отметить явную недостаточность теоретических знаний и практических навыков по гигиене ротовой полости и профилактике стоматологических заболеваний всей студенческой молодежи Самарканда, хотя в некоторых аспектах, ожидаемо, студенты-медики несколько более знающие, однако применимость этих знаний даже на самого себя оставляет желать лучшего, что показывает проведенное комплексное стоматологическое обследование.

Информированность студентов высших учебных заведений г. Самарканда о факторах риска возникновения неинфекционных заболеваний и о здоровом образе жизни

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, на вопрос «Курите ли вы в настоящее время?» $75,47 \pm 2,22\%$ отрицали, а $74,42 \pm 2,72\%$ вообще не курили. 50% курящих студентов курят от случая к случаю, половина – заядлые курильщики. $42,19 \pm 6,17\%$ учащихся ВУЗов г. Самарканда выкуривали 1-3 сигареты ежедневно, $34,38 \pm 5,94\%$ – 4-10 сигарет, $23,44 \pm 5,30\%$ – более 10 сигарет ежедневно. $38,83 \pm 4,80\%$ курили более 3 лет, $35,92 \pm 4,73\%$ – 2-3 года и $25,24 \pm 4,28\%$ имели годовалый стаж курения, причем $30,11 \pm 4,76\%$ хотели бы избавиться от никотиновой зависимости.

$71,52 \pm 3,51\%$ студентов-медиков и $78,57 \pm 2,83\%$ учащихся СамГУ не курят, $82,01 \pm 3,26\%$ представителей СамГУ и $65,55 \pm 4,36\%$ студентов-медиков не курили никогда, что статистически достоверно ($p < 0,05$) на 20,1% меньше. Курят $28,48 \pm 3,51\%$ студентов-медиков и $21,43 \pm 2,83\%$ студентов СамГУ ($p > 0,05$), заядлые курильщики – $17,58 \pm 2,96\%$ представителей СамМУ и $8,57 \pm 1,93\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,1 раза меньше. Выкуривали 1-3 сигареты ежедневно $38,46 \pm 7,79\%$ студентов-медиков и $48,00 \pm 9,99\%$ учащихся СамГУ,

разница статистически достоверна ($p < 0,05$), курят более 3 лет $39,34 \pm 6,25\%$ представителей СамМИ и $38,10 \pm 7,49\%$ учащихся СамГУ, что практически сопоставимо.

Таким образом, табакокурение широко распространено среди учащихся ВУЗов г. Самарканда, причем часть уже являются заядлыми курильщиками.

Употребляли алкоголь $73,33 \pm 3,44\%$ студентов-медиков, употребляли 1 и более литра пива еженедельно $70,69 \pm 5,98\%$ учащихся СамМУ, $60,48 \pm 3,37\%$ учащихся СамГУ употребляли алкоголь и $48,53 \pm 6,06\%$ – 1 и более литра пива еженедельно, таким образом статистически достоверно ($p < 0,05$) на 17,5% меньше студентов СамГУ потребляли алкоголь ниже и на 31,5% меньше учащихся СамГУ употребляли 1 и более литра пива еженедельно ($p < 0,05$). Сухое вино потребляли $23,97 \pm 3,88\%$ студентов-медиков и $20,47 \pm 3,58\%$ учащихся СамГУ, водку или коньяк $22,31 \pm 3,79\%$ представителей СамМУ и $18,90 \pm 3,47\%$ учащихся СамГУ ($p > 0,05$), выпивавших 200 и более грамм алкоголя еженедельно студентов-медиков – $74,07 \pm 8,43\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,2 раза больше, чем представителей СамГУ.

Следует понимать, что табакокурение и употребление алкоголя, нарушения режима питания и огрехи в сбалансированном качественном составе пищи, к прискорбию, довольно широко распространенное явление среди студенческой молодежи Самарканда.

Результаты корреляционного анализа между показателями стоматологических заболеваний и факторами риска у студентов Высших учебных заведений г. Самарканда

Мы провели корреляционный анализ взаимосвязей стоматологической патологии заболеваниями (кариозное поражение твердой части зубов, патологии пародонта и СОПР) с факторами риска (недостаточная гигиена ротовой полости, табакокурение, употребление алкоголя и т.д.) (таб. 3.11).

Констатирована слабая прямая корреляция баллов КПУ(з) и индекса налета ($r = 0,25$, $\beta < 0,05$), взаимосвязь КПУ(п) с индексом гигиены ($r = 0,37$; $\beta < 0,05$) и индексом налета ($r = 0,47$, $\beta < 0,05$). Выявлена слабая обратная корреляция (КПУ(п)) и физической

активности ($r = -0,25$, $\beta < 0,05$). Доказана средней силы прямая корреляция интенсивности пародонтита с индексами гигиены, налета и камня ($r = 0,70$, $r = 0,63$, и $r = 0,55$, соответственно, $\beta < 0,05$) и слабая прямая корреляция с табакокурением ($r = 0,38$, $\beta < 0,05$).

Суммарный риска обладает слабой прямой взаимосвязью с интенсивностью кариозного поражения твердой части зубов и патологий пародонта ($r = 0,25$, $r = 0,25$, и $r = 0,41$, соответственно, $\beta < 0,05$), т.е. чем больше факторов риска, тем выше вероятность возникновения кариозного поражения зубов и патологии пародонта и СОПР, что подтверждает суммарное воздействие факторов риска.

Таблица 3.11

Корреляционный анализ факторов риска с интенсивностью кариеса зубов и заболеваний пародонта у студенческой молодежи Самарканда

Факторы риска	КПУ(з)		КПУ (п)		Интенсивность заболеваний пародонта	
	г	ш	г	ш	г	ш
Индекс гигиены	0,14	0,16	0,37	0,15	0,70	0,12
	$\beta > 0,05$		$\beta < 0,05$		$\beta < 0,05$	
Индекс налета	0,25	0,16	0,47	0,10	0,63	0,13
	$\beta < 0,05$		$\beta < 0,05$		$\beta < 0,05$	
Индекс камня	0,05	0,13	0,17	0,16	0,55	0,14
	$\beta > 0,05$		$\beta > 0,05$		$\beta < 0,05$	
Частота употребления углеводов	0,13	0,16	0,18	0,16	0,34	0,15
	$\beta > 0,05$		$\beta > 0,05$		$\beta < 0,05$	
Курение	0,06	0,16	0,06	0,16	0,34	0,15
	$\beta > 0,05$		$\beta > 0,05$		$\beta < 0,05$	
Алкоголь	-0,16	0,12	-0,03	0,16	0,16	0,16
	$\beta > 0,05$		$\beta > 0,05$		$\beta > 0,05$	
Сумма факторов риска	0,25	0,10	0,25	0,16	0,41	0,09
	$\beta < 0,05$		$\beta < 0,05$		$\beta < 0,05$	

Результаты внедрения вторичной профилактики основных стоматологических заболеваний среди студентов.

С целью получения сведений о знаниях по рекомендованному объему манипуляций, направленных на профилактику заболеваний полости рта у учащейся молодежи СамГУ и СамМУ нами создано 5 групп (таблица 2.4). Количество, гендерный и возрастной состав каждой группы не имел между собой статистически достоверных различий, также практически идентичным были уровень общего здоровья и состояние ротовой полости. Самаркандских и иногородних учащихся в каждой группе также было практически идентично (таб. 4.1, 4.2 и 4.3).

Таблица 4.1

Распространенность, интенсивность кариеса зубов и поверхностей в исследуемых группах (исходный уровень) (M±m)

Показатели		Группы				
		I (n=120)	II (n=120)	III (n=111)	IV (n=114)	V (n=109)
Распространенность (%)		94,87±3,53	95,00±3,45	95,12±3,36	95,00±3,45	92,11±4,37
Структура индекса поражения зубов	КПУ(з)	4,36 ±0,33	4,38 ±0,36	4,51 ±0,33	4,90 ±0,27	4,66 ±0,43
	К(з)	1,28 ±0,17	1,38 ±0,15	1,34 ±0,16	1,28 ±0,19	1,08 ±0,15
	П(з)	2,97 ±0,29	2,90 ±0,33	3,10 ±0,30	3,53 ±0,19	3,42 ±0,37
	У(з)	0,10 ±0,03	0,10 ±0,03	0,07 ±0,02	0,10 ±0,03	0,16 ±0,04
Структура индекса поражения поверхностей зубов	КПУ(п)	6,59 ±0,59	6,88 ±0,63	7,05 ±0,64	6,68 ±0,47	6,92 ±0,74
	К(п)	2,00 ±0,27	2,18 ±0,27	1,85 ±0,26	1,60 ±0,25	1,58 ±0,26
	П(п)	4,08 ±0,44	4,20 ±0,52	4,83 ±0,54	4,58 ±0,29	4,55 ±0,54
	У(п)	0,51 ±0,15	0,50 ±0,14	0,37 ±0,11	0,50 ±0,14	0,79 ±0,22
УСП		70,59±7,30	68,57±7,34	70,27±7,14	73,98±6,94	80,00±6,49

Примечание: различия между показателями в группах не достоверны

I группа – контрольная. Молодежь самостоятельно получала все возможные данные о необходимости ведения здорового образа жизни и максимальном поддержании здорового состояния полости рта из любых источников, включая лекции и семинары ВУЗа ;

Во II-V группах мы проводили лечебно-профилактические мероприятия:

II группа. В соответствии с планом профилактических мероприятий представители кафедры «Пропедевтическая стоматология» СамМУ вели санитарно-просветительскую деятельность, заключающуюся в 2 лекциях – «Анатомия и физиология зубочелюстной системы» и «Режим жизни, питания и гигиены полости рта» в СамМУ и СамГУ;

III группа:

1. Проводили санацию полости рта при возникновении потребности;

2. Проведена санитарно-просветительская работа (описание во II группе) наряду с рекомендациями по питанию и необходимой гигиене полости рта;

3. Профессиональный уход за полостью рта 2 раза в год;

4. По потребности герметизировались фиссуры зубов (чаще 2 и 3 моляры);

5. Назначали суспензию «Активный кальций А.А.Г.» производства ООО «Active Asia Gold», Ташкент, Узбекистан.

IV группа – терапевтическую стоматологическую помощь, теоретические знания и практические навыки по профилактике стоматологической патологии студенты обретали по ходу учебы на стоматологическом факультете СамМУ;

V группа – терапевтическую стоматологическую помощь, теоретические знания и практические навыки по профилактике стоматологической патологии студенты обретали по ходу учебы на лечебном факультете СамМУ и индивидуальном обращении к стоматологу.

Комплексное исследование полости рта и зубов всеми вышеперечисленными методами проводили дважды: в начале исследования и спустя 2 года, результаты в обязательном порядке вносили в «Карту для оценки стоматологического статуса».

Таблица 4.2

Распространенность, интенсивность кариеса зубов и поверхностей в исследуемых группах через 2 года ($M \pm m$)

Показатели		Группы				
		I (n=120)	II (n=120)	III (n=111)	IV (n=114)	V (n=109)
Распространенность (%)		100,0±0,0	100,0±0,0	95,12±3,36	97,30±2,67	97,37±2,60
Структура индекса поражения зубов	КПУ(з)	7,87±0,30	6,88±0,25 *	5,71 ±0,30 **	6,62 ±0,48 .	6,47 ±0,42 .
	К(з)	2,95±0,15	1,85±0,11 *	0,56 ±0,09 **	0,38 ±0,10 **	0,68 ±0,13 **
	П(з)	4,49±0,26	4,70±0,27	5,07 ±0,26	6,14 ±0,45 *°Δ	5,63 ±0,37 **
	У(з)	0,44±0,11	0,33±0,08	0,07 ±0,02 **	0,11±0,03 **	0,16±0,05 .
Структура индекса поражения поверхностей зубов	КПУ(п)	12,60±0,84	9,63±0,66 *	8,07 ±0,59 *	12,51±1,30 °Δ	9,58 ±0,76 .
	К(п)	4,00 ±0,28	1,93±0,11 *	0,73 ±0,11 **	0,67 ±0,20 **	0,82 ±0,16 **
	П(п)	6,41 ±0,48	6,08±0,42	6,98 ±0,47	11,30±1,15 *°Δ	7,97 ±0,65 °Δ©
	У(п)	2,18 ±0,53	1,63±0,40	0,37±0,11 **	0,54±0,17 **	0,79±0,23 .
УСП		62,54±7,75	73,09±7,01	90,17±4,65 *	93,06±4,18 **	89,43±4,99 **

Примечание: * - наличие достоверных различий между группами I-II, I-III I-IV, I-V, -II-IV, II-IV, II-V, Δ -III-IV, III-V, ©-IV-V.

Распространенность кариозного поражения зубов в I группе через 2 года возросла с 94,87±3,53% до 100% ($p > 0,05$, таб. 4.1 и 4.2), среднее число кариозных зубов увеличилось в 1,8 раза, а интенсивность кариеса составила 7,87±0,30 зубов ($p < 0,05$). КПУ(п) учащихса СамГУ возросло на 47,7% за 2 года и составило 6,59±0,59 зубов ($p < 0,05$).

КПУ(з) в I группе – количество зубов с кариесом и пломбированных через 2 курса статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в 2,3 и 1,5 раза. У 10% студентов I курса не хватало зуба, а на 3 курсе – уже 33% студентов были удалены зубы ($0,44 \pm 0,11$, $p < 0,05$), число кариозных и пломбированных поверхностей зубов за 2 года в I группе статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось на 50% и 36,4%. Индекс УСП остался удовлетворительным – $62,54 \pm 7,75\%$.

Следует отметить, в течение 2 лет из 120 студентов I группы посетили стоматолога только 28 (23,33%) учащихся.

У всех представителей I группы констатировали патологию пародонта, с распространением на $4,10 \pm 0,18$ сегмента в начале исследования и на $4,92 \pm 0,13$ через 2 года ($p < 0,05$) (таб. 4.3, 4.4 и рис 4.1).

Таблица 4.3

Распространенность и интенсивность пародонтита в исследуемых группах (исходный уровень) ($M \pm m$)

Показатели		Группы				
		I (n=120)	II (n=120)	III (n=111)	IV (n=114)	V (n=109)
Распростра- ненность (%)	средняя	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	97,37±2,60
	кровоточивости	20,51±6,47	17,50±6,01	9,76±4,63	12,50±5,23	21,05±6,61
	камня	71,79±7,21	72,50±7,06	82,93±5,88	80,00±6,32	71,05±7,36
	кармана	7,69±4,27	10,00±4,74	7,32±4,07	7,50±4,16	5,26±3,62
Интенсив- ность	средняя	4,10±0,18	4,23±0,17	4,34 ±0,15	3,98 ±0,19	4,11 ±0,15
	кровоточивости	2,31±0,17	2,48 ± 0,20	2,76 ±0,14	2,25±0,28	2,76±0,16
	камня	1,72±0,20	1,65 ±0,17	1,51±0,13	1,65 ±0,17	1,29 + 0,14
	кармана	0,08±0,02	0,10±0,03	0,07 ± 0,02	0,08 ± 0,02	0,05 ± 0,02

Примечание: различия между группами не достоверны

Кровоточивость при зондировании увеличилась двукратно – $41,03 \pm 7,88\%$ ($p < 0,05$) при интенсивности в I группе через 2 года – $3,26 \pm 0,23$, статистически достоверно ($p < 0,05$) больше на 29,1%. Распространенность зубного камня равнялась $71,79 \pm 7,21\%$ и к окончанию исследования стала $51,28 \pm 8,00\%$, среднее число секстантов с камнем было $1,72 \pm 0,20$, а стало $1,59 \pm 0,24$ ($p > 0,05$). Изменений зубодесневых карманов не зафиксировано.

Таблица 4.4

Распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта в группах студентов (через 2 года) (M±m)

Показатели		Группы				
		I (n=120)	II (n=120)	III (n=111)	IV (n=114)	V (n=109)
Распростра- ненность (%)	средняя	100.0±0.0	100.0±0.0	56.10±7.75 **	67.57±7.70 **	76.32±6.90 **
	кровоотчивости	41.03±7.88	45.00±7.87	43.90±7.75	43.24±8.14	34.21±7.70
	камня	51.28±8.00	45.00±7.87	9.76 ± 4.63 **	18.92±6.44 **	36.84±7.83 Δ
	кармана	7.69±4.27	10.00±4.74	2.44 ± 2.41	5.41 ± 3.72	5.26 ± 3.62
Интенсив- ность	средняя	4.92±0.13	4.25 ± 0.18 *	1.90 ± 0.26 **	1.84 ± 0.26 **	3.00 ± 0.31 **ΔС
	кровоотчивости	3.26 ± 0.23	3.18 ± 0.19	1.71 ± 0.24 **	1.30 ± 0.19 **	2.05 ± 0.23 **Δ
	камня	1.59 ± 0.24	0.98 ± 0.15 *	0.17 ± 0.05 **	0.49 ± 0.12 **Δ	0.89 ± 0.18 *Δ
	кармана	0.08 ± 0.02	0.10 ± 0.03 *	0.02 ± 0.01 °	0.05 ± 0.02	0.05±0.02

Примечание: * - наличие достоверных различий между группами I-II, I-III I-IV, I-V, -II-III, II-IV, II-V, Δ -III-IV, III-V, ©-IV-V.

Средний индекс гигиены ротовой полости I группы к окончанию исследования достиг удовлетворительного – $2,29 \pm 0,11$, но возрос только на 7,9% от исходного ($p > 0,05$). Индекс налёта возрос на 10,5% ($p < 0,05$), а индекс камня почти не менялся ($0,58 \pm 0,08$) (таб. 4.5 и 4.6).



Рис. 4.1. Сравнение интенсивности пародонтита в исследуемых группах

Таблица 4.5
Состояние гигиены полости рта в группах студентов (исходный уровень) ($M \pm m$)

Показатели		Группы				
		I (n=120)	II (n=120)	III (n=111)	IV (n=114)	V (n=109)
Индекс гигиены	средний	2,11 ± 0,12	2,10 ± 0,09	1,89 ± 0,09	1,97 ± 0,09	1,84 ± 0,10
	налета	1,54 ± 0,07	1,51 ± 0,06	1,43 ± 0,06	1,41 ± 0,06	1,41 ± 0,06
	камня	0,56 ± 0,06	0,59 ± 0,06	0,47 ± 0,05	0,56 ± 0,05	0,43 ± 0,05
Уровень гигиены полости рта	хорошая	17,95 ± 6,15	15,00 ± 5,65	14,63 ± 5,52	15,00 ± 5,65	23,68 ± 6,90
	удовлетворительная	61,54 ± 7,79	75,00 ± 6,85	75,61 ± 6,71	72,50 ± 7,06	63,16 ± 7,83
	плохая	20,51 ± 6,47	10,0 ± 4,74	9,76 ± 4,63	12,50 ± 5,23	13,16 ± 5,48

Примечание: различия в показателях между группами не достоверны

Таблица 4.6
Состояние гигиены полости рта в группах студентов через 2 года ($M \pm m$)

Показатели		Группы				
		I (n=120)	II (n=120)	III (n=111)	IV (n=114)	V (n=109)
Индекс гигиены	средний	2,29 ± 0,11	1,75 ± 0,09 *	1,08 ± 0,06 **	1,01 ± 0,09 **	1,71 ± 0,13 *©
	налета	1,72 ± 0,04	1,35 ± 0,05	0,98 ± 0,04 **	0,76 ± 0,08 **	1,19 ± 0,10 *©
	камня	0,58 ± 0,08	0,40 ± 0,06	0,10 ± 0,02 **	0,25 ± 0,03 **	0,52 ± 0,06 ©
Уровень гигиены полости рта	хорошая	12,82 ± 5,35	32,50 ± 7,41 •	68,29 ± 7,27 **	67,57 ± 7,70 **	28,95 ± 7,36 ©
	удовлетворительная	69,23 ± 7,39	62,50 ± 7,65	31,71 ± 7,27 **	32,43 ± 7,70 **	63,16 ± 7,83 ©
	плохая	17,95 ± 6,15	5,00 ± 3,45	0,00 ± 0,00 •	0,00 ± 0,00 •	7,89 ± 4,37 ©

Примечание: * - наличие достоверных различий между группами I-II, I-III I-IV, I-V, -II-III, II-IV, II-V, Δ -III-IV, III-V, ©-IV-V.

69,23±7,39% учащихся СамГУ I группы достигли к концу исследования удовлетворительного уровня гигиены ротовой полости, а до исследования – 61,54±7,79% ($p>0,05$). Хорошо чистящих зубы студентов СамГУ к окончанию исследования было 12,82±5,35%, плохо чистящих – 17,95±6,15%. Учащиеся СамГУ с хорошей гигиеной ротовой полости уменьшились в 1,4 раза ($p<0,05$), а с плохой гигиеной – уменьшились в 1,1 раза.

Распространенность кариозного поражения твердых тканей зубов у учащихся II группы в конце исследования достигла 100%, с увеличением на 5% относительно начала исследования ($p>0,05$) (таб. 4.5 и 4.6). Средняя интенсивность кариеса увеличилась статистически достоверно ($p<0,05$) на 2,5 зуба. К окончанию исследования число кариозных поверхностей у представителей II группы достигло 9,63±0,66, что статистически достоверно ($p<0,05$) на 28,6% превзошло исходное ($p<0,05$). В итоге исследования индексы КПУ(з) и КПУ(п) во II группе, параметр «К» статистически достоверно ($p<0,05$) возрос на 25,4%, а число пораженных кариесом поверхностей статистически достоверно ($p<0,05$) снизилось на 11,5% (1,85±0,11 и 1,93±0,11 соответственно). Количество пломбированных зубов и поверхностей в итоге статистически достоверно ($p<0,05$) увеличилось в 1,6 и 1,4 раза соответственно. У 10% студенческой молодежи Самарканда II группы в начале констатировали отсутствие зуба, к окончанию исследования удаленный зуб констатировали у 33% ($p<0,05$).

У каждого представителя II группы в итоге исследования констатировали патологию 4,25±0,18 сегментов пародонта без достоверной разницы с началом исследования (таб. 4.3 и 4.4, рис. 4.1). Кровоточивость десен и зубной камень во II группе в итоге исследования достигла 45,00±7,87% (разница с началом исследования достоверна ($p<0,05$)). Интенсивность кровоточивости статистически достоверно ($p<0,05$) возросла в 1,3 раза, а зубного камня статистически достоверно ($p<0,05$) снизилась в 1,7 раз. Распространенность и интенсивность зубодесневых карманов не менялась в этой группе.

Средний индекс гигиены ротовой полости в итоге исследования во II группе был удовлетворительным – 1,75±0,09 и статистически достоверно ($p<0,05$) уменьшился в 1,2 раза по сравнению с исходным (таб. 4.5 и 4.6). Исходно 62,50±7,65%

студенческой молодежи Самарканда II группы имели удовлетворительную гигиену ротовой полости, $32,50 \pm 7,41\%$ – хорошую и 5% – плохую. Эта картина сохранилась и в итоге исследования практически без изменений.

Распространенность кариозного поражения твердых тканей зубов в III группе студенческой молодежи Самарканда к окончанию исследования не поменялась (таб. 4.1 и 4.2). В среднем КПУ составило $5,71 \pm 0,30$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось на 1,2 зуба от исходного уровня. Число кариозных поверхностей за все исследование статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло на 12,6%, индексы К(з) ($0,56 \pm 0,09$) и К(п) ($0,73 \pm 0,11$) статистически достоверно ($p < 0,05$) снизились в 2,5 раза относительно исходного уровня этой группы, а количество пломбированных зубов статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло на 38,9% и составило $5,07 \pm 0,26$, а индекс П(п) статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличился на 30,8% и достиг $6,98 \pm 0,47$.

Число удаленных зубов не изменилось в этой группе, за все исследование санированы 148 зубов, проведено 112 герметизаций фиссур, выполнена профессиональная чистка полости рта у 73 (65,77%) учащихся.

У всех представителей III группы в начале исследования констатирована патология $4,34 \pm 0,15$ секстантов пародонта (таб. 4.3 и 4.4 рис. 4.1). К окончанию исследования распространенность патологии пародонта уменьшилась до $56,10 \pm 7,75\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже в 1,8 раза, а интенсивность регрессировала до $1,90 \pm 0,26$ секстантов, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,3 раза меньше. Среднее число здоровых секстантов возросло двукратно до 4-х секстантов. Интенсивность кровоточивости в итоге исследования составила $1,71 \pm 0,24$ секстанта и статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,6 раза. Распространенность зубного камня уменьшилась до $9,76 \pm 4,63\%$, в среднем достигая $0,17 \pm 0,05$ секстантов, статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшившись в 8,5 и 8,8 раза. Зубодесневой карман к моменту окончания исследования констатировали у $2,44 \pm 2,41\%$, при средней интенсивности – $0,02 \pm 0,01$ секстанта, что статистически достоверно ($p < 0,05$) меньше в 3 и 3,5 раза соответственно.

Средний индекс гигиены ротовой полости рта у студенческой молодежи Самарканда III группы в начале исследования был

удовлетворительным, а в итоге исследования достиг $1,08 \pm 0,06$, т.е. стал хорошим ($p < 0,05$). К моменту окончания исследования индекс налёта составил $0,98 \pm 0,04$ и статистически достоверно ($p < 0,05$) снизился на 31,5%, а индекс камня достиг $0,10 \pm 0,02$, т.е. статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшился на 78,7% (таб. 4.5 и 4.6).

$68,29 \pm 7,34\%$ студенческой молодежи Самарканда III группы в итоге исследования обладала хорошей гигиеной ротовой полости рта, $31,71 \pm 7,27\%$ – удовлетворительной, студентов с плохой гигиеной не было.

В итоге исследования 5 (4,39%) представителей IV группы не имели кариеса зубов, интенсивность кариеса составила $6,62 \pm 0,48$ зубов и $12,51 \pm 1,30$ поверхностей, т.е. статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась на 26% (таб. 4.5 и 4.6), статистически достоверно ($p < 0,05$) в 3,4 раза уменьшилось число кариозных зубов и в 2,4 раза поверхностей ($p < 0,05$), количество пломбированных зубов и поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло на 42,5% и на 59,5% соответственно. Количество удаленных зубов на протяжении исследования практически не изменилось.

Распространенность и интенсивность патологии пародонта в IV группе в итоге исследования статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась в 1,5 и 2,2 раза соответственно (таб. 4.3 и 4.4 рис. 4.1). Интенсивность кровоточивости статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,7 раза и уменьшилась до $1,30 \pm 0,19$ секстанта ($p < 0,05$). Зубной камень в итоге исследования зафиксировали у $18,92 \pm 6,44\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось в 4,2 раза, при уменьшении секстантов в 3,4 раза ($p < 0,05$). Распространенность и интенсивность зубодесневого кармана в IV группе студенческой молодежи Самарканда статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась на 27,9% и на 37,5% соответственно.

Гигиена ротовой полости рта в IV группе в начале была удовлетворительной, а в итоге средний индекс достиг $1,01 \pm 0,09$ и статистически достоверно ($p < 0,05$) двукратно уменьшился и соотносился с хорошим уровнем. Индекс налёта статистически достоверно ($p < 0,05$) двукратно снизился, а индекса камня – в 2,2 раза ($p < 0,05$) (таб. 4.5 и 4.6). $67,57 \pm 7,70\%$ студенческой молодежи Самарканда IV группы в итоге исследования хорошо чистили зубы, а в начале исследования – $72,50 \pm 7,06\%$ чистили зубы

удовлетворительно, плохо чистящих зубы в итоге исследования не отмечали.

Карнес зубов в V группе по завершению исследования констатирован $97,37 \pm 2,60\%$ ($p > 0,05$) (таб. 4.1 и 4.2) при росте его интенсивности на 28% от исходного уровня ($p < 0,05$).

Индекс КПУ(з): количество пораженных кариесом зубов статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилось в 1,6 раза ($p > 0,05$), а количество пломбированных зубов достигло $5,63 \pm 0,37$ зуба и таким образом статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в 1,6 раза. Количество кариозных поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилось в 1,9 раза, а пломбированных поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в 1,8 раза. Число удаленных зубов не изменилось.

$97,37 \pm 2,60\%$ представителей V группы имели патологию пародонта в начале исследования с поражением $4,11 \pm 0,15$ секстантов. Распространенность и интенсивность пародонтита уменьшились в 1,3 и 1,4 раза соответственно ($p < 0,05$) (таб. 4.3 и 4.4, рис. 4.1). Интенсивность кровоточивости статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась на 25,7%, распространенность зубного камня статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,9 раза, а количество секстантов с зубным камнем – в 1,4 раза ($p > 0,05$). Зубодесневой карман практически не поменялся и составил $5,26 \pm 0,22\%$, при интенсивности $0,05 \pm 0,02$ секстанта.

В итоге исследования гигиена ротовой полости была удовлетворительной, а индекс составил $1,71 \pm 0,13$ без каких-либо статистически значимых изменений (таб. 4.5 и 4.6). $63,16 \pm 7,83\%$ студенческой молодежи Самарканда V группы в итоге исследования имели удовлетворительный уровень гигиены ротовой полости ($p > 0,05$). $28,95 \pm 7,36\%$ в итоге чистили зубы хорошо, но $7,89 \pm 4,37\%$ – чистили плохо.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что среди студенческой молодежи Самарканда эффективно проведена лечебно-профилактическая работа, причем она не подразумевала каких-либо сверхмер, это обычные возможные без больших экономических затрат мероприятия по организации лечебной помощи учащимся ВУЗов г. Самарканда с колоссальными положительными результатами – улучшением ряда параметров

стоматологического здоровья и увеличением мотивации к посещению врача-стоматолога.

Однако, исходный уровень стоматологического здоровья и показатели контрольной группы ярко демонстрируют необходимость включения в учебный план с первого курса лекций и семинаров по основам здорового образа жизни, гигиене ротовой полости, практических навыков по гигиене ротовой полости, проводимых преподавателями ВУЗов и студентами-медиками старших курсов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Состояние здоровья молодого поколения в любом государстве – основная составляющая общественного благополучия. Молодежь характеризуется быстрой приспособляемостью к новым веяниям в обществе, повышенными интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, обусловленными огромными объемами новой необходимой информации, у подавляющего большинства молодежи отсутствуют режим сна и питания, полноценный отдых [40, 31-32; 74, 36-38]. Поэтому молодежь признана «особой в биологическом и социальном плане группой с высоким риском появления стойких нарушений здоровья и развития» [29, 475-476].

В новом тысячелетии прослеживаются существенные ухудшения общего здоровья молодежи страны, констатированы существенное увеличение распространенности морфофункциональных патологий, спад среднего физического развития, рост хронических болезней и отклонений в здоровье [4, 208-209; 95, 69-72]. Более всего вызывают опасения у исследователей студенты младших курсов ВУЗов, что обусловлено большой загруженностью со стороны учебы и систематическими нарушениями режима питания и отдыха [23, 68-70].

До 27% студентов ВУЗов первого курса уже обладают яркими нарушениями состояния здоровья [7, 272], что дает основания думать, что проблема слабого здоровья студентов заложена в школьный период и в ВУЗе только усугубляется вследствие увеличения социальной, психологической и учебной нагрузок [101, 20-22; 106, 390-391].

Проценко А.С. [77, 5-7] считает, что к окончанию учебы в школе почти 80% школьников уже имеют патологии физического развития и здоровья, что вызывает затруднения и препоны в получении желаемой профессии. Шевлякова М.А. констатирует, что около 90% поступающих в ВУЗы обладают как минимум одним хроническим заболеванием [103, 22-24].

Профиль ВУЗа практически не влияет на возникновение и развитие морфофункциональных нарушений и хронических патологий [69, 20-21; 77, 5-7], однако, определенные нюансы обучения в медицинских ВУЗах влияют на студентов-медиков [34, 22-24; 74, 36-38].

Богомолова И.А. отмечала рост стоматологической заболеваемости в подростковом и молодом возрасте [11, 22-23].

Патологии СОПР оказывают существенное влияние на общее здоровье индивидуума, а в новом тысячелетии констатируют неизменный рост их частоты [107, 5-8; 122, 3-8], что отчасти связано с особенностями строения и функционального состояния, постоянным воздействием внешней среды, вредными привычками, особенностями микрофлоры и различными нагрузками [111, 112-118].

Однако исследований частоты поражения СОПР среди молодежи, за редким исключением [77, 5-7], мы не встретили в доступной литературе последних лет. Патологии СОПР и губ тесно взаимосвязаны с общим соматическим здоровьем, что предопределяет потребность комплексного подхода к лечению и профилактике этих состояний [126, 112-118].

Частота зубочелюстных аномалий колеблется в пределах 11,3-71,4% в различном возрасте, ортодонтическое лечение необходимо 36,3% представителей населения разных возрастов [23, 88-90; 70, 4-8; 77, 15-17], а ее недостаточность, неадекватность или отсутствие обуславливают рост интенсивности кариеса и патологий пародонта в популяции [71, 54-58; 72, 19-20; 105, 26-30; 109, 42-43].

Частота стоматологических патологий отчасти обусловлена климатогеографическими особенностями проживания, поведенческими факторами, культурой гигиены и образованностью индивидуума, сбалансированностью и режимом питания, медицинской активностью [25, 38-39; 28, 30-33; 70, 4-8].

Не соблюдение правил гигиены ротовой полости обуславливает постоянное увеличение стоматологических патологий. Большая частота встречаемости и высокая интенсивность заболеваний пародонта и кариеса зубов предопределяет необходимость исследования уровня гигиены ротовой полости у студентов [23, 98-100; 77, 25-27; 103, 14-20].

Общеизвестно и неоспоримо и в стоматологии тоже, что профилактика лучше лечения с любой возможной точки зрения – медицинской, экономической или социальной [10, 47-49; 86, 4-5].

Таким образом, анализ литературных источников наталкивает на вывод о высокой распространенности и разнообразии стоматологических заболеваний в рядах студенческой молодежи, а

частота заболеваний зубочелюстной системы обусловлена различными факторами, диагностика и предупреждение которых подразумевает дальнейшие исследования этой области, оказывающей сильнейшее медицинское и социальное воздействие на весь социум. Повышение качества жизни студентов путем внедрения мер профилактики распространенной стоматологической патологии несомненно актуально и необходимо.

В Узбекистане пока остается актуальной социальная оптимизация стоматологической помощи определенным слоям населения. Требуется гибкая доступная система оказания стоматологической помощи, подстраиваемая под разнообразные нужды и платежеспособность индивидуума.

По нашему мнению, в Узбекистане самой доступной, экономически выгодной и эффективной профилактикой стоматологической патологии, особенно среди студентов, является диспансеризация, в основном направленная на профилактику патологии зубов и полости рта, а не на лечение.

Обобщая вышеизложенное, следует подчеркнуть, что стоматологическое здоровье молодежи, воздействие разнообразных медицинских и социальных факторов, методов организации стоматологических услуг в доступной литературе не отображает ни одного полного и бесспорного решения, что подтверждает актуальность проводимого исследования, целью которого явилось изучение стоматологического здоровья студентов ВУЗов Самарканда и оценка влияния на него организационных, медицинских и социальных факторов риска, выработка и оценка эффективности методов его улучшения.

Методологической основой нашего исследования было комплексное медико-социальное обследование с применением нескольких методик и системным анализом разрабатываемой проблемы.

В соответствии с поставленными задачами исследования нами применены эпидемиологический, клинический, социологический, социально-гигиенический, статистический, аналитический методы.

Исследование проводилось на базах кафедры терапевтической стоматологии Самаркандского Медицинского Института (СамМИ). Исследованы 574 студента ВУЗов Самарканда (Самаркандского Медицинского Института (СамМИ) и Самаркандского

Государственного Университета (СамГУ)) среди которых учащихся I курса – 193, II курса – 175, учащихся III курса – 206. Средний возраст составил $21,4 \pm 1,2$ года. Все они осмотрены в динамике через 2 года, отчисленные и не посещающие медицинскую диспансеризацию студенты не были включены в данное исследование.

Среди обследованных юношей и девушек 281 (49%) являлись постоянными жителями Самарканда, 155 человек (27%) до поступления в ВУЗ жили в других городах различных областей Республики, 138 студентов (24%) – в сельской местности различных областей Республики.

373 (65%) исследуемых проживали с родителями, 74 (12,9%) – проживали с супругом/ой, 127 (22,1%) – самостоятельно.

Внеротовое обследование проведено у 574 студентов (430 юношей и 144 девушки) ВУЗов г. Самарканда констатировало отсутствие выраженной патологии. При наличии жалоб осмотр и пальпация ВНЧС у 132 ($22,80 \pm 1,99\%$) учащихся констатированы нарушения артикуляционной функции: боли, щелчки и хруст, ограничение открытия рта, зигзагообразное смещение нижней челюсти в стороны, асинхронное движение головок суставов. Распространенность патологии ВЧНС у студентов СамМУ составила $24,22 \pm 2,87\%$, а у студентов СамГУ – $21,36 \pm 2,76\%$, что было статистически значимо ($p > 0,05$).

Встречаемость патологий СОПР констатирована у $30,66 \pm 2,19\%$ (176 студентов): воспаление десневого края – у 107 ($18,64 \pm 1,85\%$), изменения поверхности языка – у 61 ($10,63 \pm 1,45\%$), хейлит – у 38 ($6,62 \pm 1,18\%$) учащихся.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность болезней СОПР у учащихся СамМИ выявлен в 2,1 раза статистически достоверно ($p < 0,05$) меньшим ($19,73\%$), чем у представителей СамГУ ($41,82\%$). Воспаления десневого края диагностировали у представителей СамМИ статистически достоверно ($p < 0,05$) реже в 3,4 раза ($8,52\%$), чем у учащихся СамГУ ($29,09\%$), патологии дорзальной поверхности языка у представителей СамМУ статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,3 раза меньше ($6,28\%$) против $14,55\%$ учащихся СамГУ

Распространенность кариозного процесса констатирована достаточной большой среди учащихся – 527 (91,81±1,30%) исследуемых, причем следует отметить отсутствие статистически значимого гендерного различия, что обусловило отсутствие гендерных разделений в дальнейшем исследовании.

У каждого исследуемого нами в среднем констатировано кариозное поражение пяти с лишним зубов (5,31±0,14), показатель КПУ(п) констатирован как 8,34±0,26 поверхностей, причем мы считаем необходимым отметить в составе индекса КПУ(з) преобладание удельной доли «пломбированных зубов» – 72,5%, при удельной доле «кариозных зубов» в 25,24%, при том, что удельный вес «удаленных зубов» составлял 2,26%

Следует отметить, что из всех зубов с кариозным поражением в 75,73±2,04% приходилось у наших исследуемых на группу моляров, что сочетается и с данными других исследователей [77, 25-27; 103, 20-24].

Нижнечелюстные моляры имели кариозные поражения у 44,58±2,36%, а верхнечелюстные – у 31,18±2,20%, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,4 раза чаще (таб. 3.2). Кариозные поражения премоляров у исследуемых нами студентов констатировали в 12,87±1,59% случаев, при этом следует отметить диаметрально противоположную тенденцию относительно моляров – премоляры на верхней челюсти были кариозно поражены у 9,34±1,38%, а нижнечелюстные премоляры – у 3,53±0,88%, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,6 раза реже. Кариозные поражения резцов и клыков констатировали у 11,40±1,51% всех исследуемых. Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность кариозных поражений передних зубов констатируется зачастую на зубах верхней челюсти – 10,51±1,46%.

Наше исследование кариозного поражение контактных поверхностей зубов у исследуемых учащихся ВУЗов г. Самарканда констатировало наличие кариеса таких поверхностей в 27,38% случаев из всех кариозных поверхностей.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что уровень стоматологических услуг студенческой молодежи Самарканда достигает 74,82±2,06%, что соотносимо с удовлетворительным значением.

Мотивация к сохранению стоматологического здоровья констатирована по результатам анализа стоматологических обследований 289 (50,35%) представителей СамМУ, как более мотивированных, и 285 (49,65%) учащихся СамГУ.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность кариозного поражения у обследованных студентов-медиков достигала $89,69 \pm 2,04\%$, а средняя интенсивность поражения составила $5,49 \pm 0,2$ зуба и $8,32 \pm 0,37$ поверхности. У исследуемых учащихся СамГУ распространенность кариозного поражения равнялась $94,09 \pm 1,59\%$, что на 5% выше показателей СамМУ при средней поражении в $5,12 \pm 0,18$ зуба и $8,37 \pm 0,37$ поверхности. Но, следует отметить, различия между студентами-медиками и учащимися СамГУ не имели статистической значимости.

Каждому зубу с кариозным поражением представителей СамМУ соответствовало чуть более полутора пораженной поверхности учащегося СамГУ ($1,11 \pm 0,08$ и $1,63 \pm 0,13$, соответственно). Результаты остальных идентичных параметров измерения у учащихся СамГУ статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у студентов-медиков в 1,4 раза и в 1,6 раза соответственно. Идентичная тенденция соотношений констатирована и при сравнительном анализе пломбированных зубов и поверхностей - $\Pi(z)$ - $4,26 \pm 0,17$ и $\Pi(p)$ - $6,09 \pm 0,27$ среди обследованных студентов-медиков СамМУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у учащихся СамГУ. Следует упомянуть, что среди обследованных учащихся ВУЗов г. Самарканда у каждого восьмого выявляли наличие удаленного зуба, потерянного вследствие осложнений кариозного поражения.

У студентов-медиков СамМУ кариозное поражение моляров констатировали в $73,96 \pm 2,94\%$ случаев всего кариеса зубов, премоляры подвергались кариесу в 5,1 раза реже. Поражение кариозным процессом зубов обеих челюстей распределилось так: нижние моляры поражались кариесом статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,3 раза чаще верхних, кариозное поражение премоляров верхней челюсти статистически достоверно ($p < 0,05$) в 3,3 раза преобладало над поражением премоляров нижней челюсти. $11,43 \pm 2,13\%$ кариозных зубов были представителями передней группы зубов, но встречаемость кариеса передних верхних зубов

статистически достоверно девятикратно превышает ($p < 0,05$) кариес передних нижних зубов.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что кариозное поражение разных групп зубов у студентов СамГУ, имели идентичные тенденции с таковыми у студентов-медиков и соответствовали общей тенденции студенческой молодежи Самарканда. Из пораженных кариесом поверхностей зубов у студентов-медиков поражились контактные поверхности в $25,77 \pm 2,93\%$, а у представителей СамГУ – в $29,01 \pm 3,06\%$, но отличия статистически не значимы.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что индекса УСП учащихся СамМУ – $79,76 \pm 2,69\%$, а в СамГУ – на 13% ниже, различие статистически достоверно ($p < 0,05$), распространенность каждого колебания индексов ИРОПЗ встречалась у относительно равных долей представителей обоих ВУЗов, а средний индекс ИРОПЗ составил $0,36 \pm 0,07$, а у юношей – $0,43 \pm 0,08$.

У 69 (12,02%) представителей студенческой молодежи Самарканда диагностированы ранее поставленные металлические или металлокерамические коронки. Половине учащихся ВУЗов г. Самарканда, имеющих коронки, заменены имеющиеся коронки после обнаружения патологических десневых карманов, сколов, травм десневого края.

Таким образом, сравнительный анализ полученных результатов исследования стоматологического здоровья студенческой молодежи Самарканда продемонстрировал высокую распространенность кариозного поражения твердых частей зубов, причем у студентов-медиков меньше кариозных и больше пломбированных зубов.

Некариозные поражения зубов констатированы у $56,44 \pm 2,36\%$ исследуемых представителей студенческой молодежи Самарканда, различные степени флюороза зубов диагностированы у $30,93 \pm 2,20\%$, пятнистость и гипоплазия эмали выявлена у $16,93 \pm 1,78\%$, патологическая стираемость определена у $3,61 \pm 0,89\%$, а клиновидные дефекты – у $4,97 \pm 1,03\%$

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал распространенность форм флюороза зубов: сомнительная – у $32,12 \pm 3,99\%$, слабая – у $29,20 \pm 3,88\%$, очень слабая – у $20,44 \pm 3,45\%$

и умеренная – у $16,07 \pm 3,14\%$, также констатированы некоторые случаи тяжелого флюороза зубов, что соотносится с данными Гадаевой М.В. [21, 23-25].

Сравнительный анализ результатов констатировал, что флюороз зубов у представителей СамМУ составляет $26,46 \pm 2,95\%$, клиновидные дефекты – у $3,59 \pm 1,25\%$, а у учащихся СамГУ флюороз твердых тканей зубов выявлен у $35,45 \pm 3,23\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) превышает в 1,3 раза показатели студентов-медиков, а клиновидные дефекты – у $6,36 \pm 1,65\%$, что также статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,8 раза больше показателей студентов-медиков. Встречаемость гипоплазии эмали у представителей СамМУ достигает $26,91 \pm 2,97\%$, а у студентов СамГУ – $6,82 \pm 1,70\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 4 раза меньше, идентичная тенденция прослеживается и относительно распространенности патологической стираемости зубов – $5,83 \pm 1,57\%$ у студентов-медиков и $1,36 \pm 0,78\%$ – у учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 4,3 раза реже.

Индекс кровоточивости Muchlemann выявил кровоточивость десен у 310 (54%) исследованных, а кровоточивость при любом физическом воздействии (зубочистка, зубная щетка, зонд и т.д.) или приеме пищи констатирована у 104 (18,12%) представителей студенческой молодежи Самарканда.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность патологий пародонта у студенческой молодежи Самарканда достигает $97,49 \pm 0,78\%$ при средней интенсивности в $3,88 \pm 0,06$, это статистически достоверно ($p < 0,05$).

У одного исследованного в среднем диагностированы $2,12 \pm 0,06$ здоровых секстантов, кровоточивость – у $22,67 \pm 2,10\%$ при средней интенсивности в $2,11 \pm 0,06$ секстанта. Следует упомянуть и широкую встречаемость зубного камня у студенческой молодежи Самарканда – $71,36 \pm 2,27\%$, при среднем количестве в $1,74 \pm 0,07$ секстантов. Поразительно, но среди молодых студентов констатировали зубодесневой карман у $3,52 \pm 0,92\%$, но низкой интенсивности в $0,04 \pm 0,00$ секстанта, что сопоставимо с результатами исследования Голевой Н.А. [23, 98-100].

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность заболеваний пародонта

студентов-медиков составила $94,94 \pm 1,64\%$, при средней интенсивности в $3,61 \pm 0,10$ секстанта, у представителей СамГУ распространенность заболеваний пародонта достигала $99,55 \pm 0,45\%$, при средней интенсивности $4,10 \pm 0,08$ секстанта, что статистически достоверно ($p < 0,05$) больше на 5% и на 12% соответственно, относительно студентов-медиков. Распространенность зубного камня среди представителей СамМУ составила $78,65 \pm 3,07\%$ при почти 2 секстантах поражения. Из представителей СамГУ зубной камень диагностирован у $65,45 \pm 3,21\%$, при интенсивности в $1,55 \pm 0,08$ секстанта, что статистически достоверно ($p < 0,05$) меньше относительно учащихся СамМУ.

Кровоточивость при зондировании диагностировали у $15,17 \pm 2,69\%$ учащихся СамМУ при интенсивности $1,63 \pm 0,09$ секстанта, а у представителей СамГУ эти параметры выше на 47% и 35% соответственно ($p < 0,05$). Зубодесневой карман 4 мм диагностировали у $1,12 \pm 0,79\%$ студентов СамМИ и у $5,45 \pm 1,53\%$ учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 5 раз выше.

У студентов-медиков диагностировали в среднем $2,39 \pm 0,10$ здоровых секстантов, а у учащихся СамГУ – $1,90 \pm 0,08$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) на 0,5 сегмента меньше. Широкая распространенность кровоточивости и зубного камня у студенческой молодежи Самарканда невольно наталкивают и подтверждают мысль об отсутствии у них информированности о первых маркерах патологии пародонта и обязательности их ранней терапии.

Средние показатели индекса ОНI-S студенческой молодежи Самарканда равны $2,0 \pm 0,04$ балла, т.е. уровень гигиены удовлетворительный, индекс налёта равен $1,4 \pm 0,02$, индекс камня – $0,6 \pm 0,02$. Большинство учащихся ВУЗов г. Самарканда продемонстрировали удовлетворительный уровень гигиены ротовой полости рта – $64,34 \pm 2,48\%$. Студентов, чистящих зубы хорошо, было статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,8 раза меньше, а чистящих зубы плохо – в 5 раз меньше ($p < 0,05$), относительно учащихся с удовлетворительным уровнем гигиены.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что средний индекс гигиены у студентов-медиков равнялся $1,92 \pm 0,07$ (удовлетворительный), а учащихся СамГУ –

2,05±0,05, но констатированы достоверные ($p<0,05$) различия по индексу налета – 1,51±0,03 и 1,25±0,03 и индексу камня – 0,54±0,03 и 0,67±0,04 соответственно).

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что из студентов-медиков чуть больше половины удовлетворительно соблюдали гигиену ротовой полости на фоне 68,18±3,14% учащихся СамГУ, около 30% представителей СамМУ отличались хорошей гигиеной полости рта против 18,18±2,60% студентов СамГУ, 11,76±2,60% представителей СамМУ обладали плохой гигиеной, против 13,64±2,31% студентов СамГУ ($p<0,05$).

Анализ результатов исследования гигиенического индекса продемонстрировал плачевность гигиены полости рта, как одной из основ стоматологического здоровья у студенческой молодежи Самарканда не зависимо от направления образования.

Нарушения зубочелюстной системы нами констатированы у 53,05±2,37% студенческой молодежи Самарканда. Патология прикуса зафиксирована у 16,48±1,76% учащихся ВУЗов г. Самарканда, среди них чаще всего диагностировали прогнатию – у 64,38±5,60%, глубокий прикус – у 17,81±1,82%, по 6,85±2,96% диагностированы открытый и перекрестный прикусы, прогения отмечена у 4,11±2,32%, аномалии зубных рядов – у 75,40±2,05%, реже фиксировали аномалии отдельных зубов – 8,13±1,39%.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность аномалий прикуса у студентов-медиков составляет 8,52±1,87%, а у учащихся СамГУ – 24,55±2,90%, что статистически достоверно ($p<0,05$) в 3 раза чаще; аномалии зубных рядов у представителей СамМУ – у 83,41±2,49%, у учащихся СамГУ – 67,27±3,16%, что статистически достоверно ($p<0,05$) в 1,2 раза реже. Распространенность других аномалий не имела достоверных различий.

Таким образом, сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что распространенность отклонений в зубочелюстной системе выявлена у половины студенческой молодежи Самарканда, зачастую это аномалии зубных рядов. Из учащихся с нарушением прикуса, чаще всего диагностировали прогнатию и глубокий прикус. Трети студентов ВУЗов г. Самарканда необходимо ортодонтическое и хирургическое лечение,

некоторым параллельно рекомендовано участие пародонтологов и стоматологов-ортопедов.

Результаты неинвазивного исследования активности биомаркеров стресса (концентрация кортизола, активность α -амилазы) указывают на наличие эмоционального стресса, вызванного периодом сессионных экзаменов, у студентов ВУЗов (кортизол - $18,85 \pm 0,86$ (норма $< 12,14$ нмоль/л), α -амилаза - $61,57 \pm 1,48$ (норма $< 50,1$ Ед/л), в то время как, у студентов на протяжении семестров психоэмоциональное напряжение не отмечалось и вышеуказанные показатели находились в пределах физиологической нормы - $10,04 \pm 0,56$, $50,01 \pm 2,79$ и $0,2-0,3$ мл/мин соответственно.

Уровень стресса студентов ВУЗов Самарканда, ожидаемо повышался в период сессионных экзаменов, что однозначно влияло на общий эмоциональный фон каждого и явно не способствовало посещению стоматолога в период экзаменов, что, несомненно, влияло на общий уровень стоматологического здоровья студенческой молодежи.

В ходе обследования и беседы со студентами для распознавания психоэмоциональных реакций нами констатировано, что большинство студентов, проходивших стоматологическое обследование и диспансеризацию в период сессионных экзаменов, испытывали психоэмоциональную реакцию по типу волнения и боязни, что характеризовалось отсутствием интереса к общению, стремлению к скорейшему завершению осмотра и минимальному вмешательству медицинского персонала.

В то время как у контрольной группы отличников в период каникул нами отмечалось лишь эпизодическая тревога при обследовании и готовность участвовать и помогать в необходимых исследованиях и анкетировании.

Результаты анкетирования 574 представителей студенческой молодежи Самарканда продемонстрировали, что правильно чистили зубы дважды в день только $69,01 \pm 2,45\%$ учащихся, ежедневно - $29,01 \pm 2,12\%$, а периодически - $1,97 \pm 0,74\%$ исследуемых.

Знали о влиянии стоматологического здоровья на соматическое здоровье $87,89 \pm 1,7\%$ учащихся, сомневались - $5,63 \pm 1,22\%$, возражали - 9 ($2,54 \pm 0,83\%$) студентов. Основные факторы риска

считали плохую гигиену ротовой полости – $86,20 \pm 1,83\%$, табакокурение – $76,90 \pm 2,24\%$.

О возможности профилактики фторированием питьевой воды знали $65,92 \pm 2,52\%$, взаимосвязи с общими заболеваниями – $49,01 \pm 2,65\%$, наследственностью – $42,54 \pm 2,62\%$, алкоголем – $36,34 \pm 2,55\%$ респондентов.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что правильно осуществляли гигиену полости рта – $75,12 \pm 3,05\%$ студентов СамМУ и $61,04 \pm 3,93\%$ из СамГУ – в 1,2 раза ниже ($p < 0,05$). $23,38 \pm 2,96\%$ студентов СамМУ чистили зубы однократно, а в СамГУ – $36,36 \pm 3,88\%$ – в 1,6 раза больше ($p < 0,05$), студентов-медиков, чистивших зубы после завтрака, было $47,26 \pm 3,52\%$, до завтрака – $48,26 \pm 3,52\%$, среди учащихся СамГУ – $43,51 \pm 3,99\%$ и $56,49 \pm 3,99\%$ ($p > 0,05$). Из студентов-медиков чистили зубы перед сном $73,13 \pm 3,13\%$, после ужина – $9,95 \pm 2,11\%$, среди учащихся СамГУ чистили зубы перед сном $46,75 \pm 4,02\%$, после ужина – $11,69 \pm 2,59\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) было в 1,8 меньше и в 1,2 раза больше соответственно.

Основными факторами риска считали плохую гигиену ротовой полости $94,53 \pm 1,60\%$ студентов-медиков и $75,32 \pm 3,47\%$ учащихся СамГУ, особенности питания – $92,04 \pm 1,91\%$ представителей СамМУ и $63,64 \pm 3,88\%$ студентов СамГУ, что имело статистически достоверную ($p < 0,05$) разницу. О недостатке фтора в питьевой воде упомянули $84,58 \pm 2,55\%$ представителей СамМУ и о табакокурении – $68,83 \pm 3,73\%$ учащихся СамГУ. 60% студентов-медиков упомянули как фактор риска соматическую патологию и множественный кариес у родителей, $34,42 \pm 3,83\%$ учащихся СамГУ согласны с первым утверждением, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 1,8 раза реже, и $18,83 \pm 3,15\%$ учащихся СамГУ – со вторым, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 3,2 раза реже. Считают фактором риска употребление алкоголя $40,80 \pm 3,47\%$ представителей СамМУ и $30,52 \pm 3,71\%$ учащихся СамГУ ($p < 0,05$).

Интересовались состоянием своей ротовой полости рта чуть более 60% студенческой молодежи Самарканда, $30,35 \pm 3,24\%$ студентов-медиков и $26,62 \pm 3,56\%$ учащихся СамГУ переживали за кариес твердых частей зубов ($p > 0,05$), а патологией десен интересовались $19,90 \pm 2,82\%$ студентов-медиков и $10,39 \pm 2,46\%$

учащихся СамГУ, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2 раза меньше.

Следует отметить явную недостаточность теоретических знаний и практических навыков по гигиене ротовой полости и профилактике стоматологических заболеваний всей студенческой молодежи Самарканда, хотя в некоторых аспектах, ожидаемо, студенты-медики несколько более знающие, однако применимость этих знаний даже на самого себя оставляет желать лучшего, что показывает проведенное комплексное стоматологическое обследование, что подтверждается исследованиями Зариповой Н.Р. [35, 36-39]. Распространенность факторов риска стоматологических патологий у студенческой молодежи Самарканда согласуются данными других исследований студенческой молодежи [62, 18-20; 77, 25-27; 103, 20-24].

Всех исследуемых студентов разделили на 5 групп:

I группа – контрольная. Молодежь самостоятельно получала все возможные данные о необходимости ведения здорового образа жизни и максимальном поддержании здорового состояния полости рта из любых источников, включая лекции и семинары ВУЗа ;

Во II-V группах мы проводили лечебно-профилактические мероприятия:

II группа. В соответствии с планом профилактических мероприятий представители кафедры «Пропедевтическая стоматология» СамМУ вели санитарно-просветительскую деятельность, заключающуюся в 2 лекциях – «Анатомия и физиология зубочелюстной системы» и «Режим жизни, питания и гигиены полости рта» в СамМУ и СамГУ;

III группа:

1. Проводили санацию полости рта при возникновении потребности;

2. Проведена санитарно-просветительская работа (описание во II группе) наряду с рекомендациями по питанию и необходимой гигиене полости рта;

3. Профессиональный уход за полостью рта 2 раза в год;

4. По потребности герметизировались фиссуры зубов (чаще 2 и 3 моляры);

5. Назначали суспензию «Активный кальций А.А.С.» производства ООО «Active Asia Gold», Ташкент, Узбекистан.

IV группа – терапевтическую стоматологическую помощь. теоретические знания и практические навыки по профилактике стоматологической патологии студенты обретали по ходу учебы на стоматологическом факультете СамМУ;

V группа – терапевтическую стоматологическую помощь, теоретические знания и практические навыки по профилактике стоматологической патологии студенты обретали по ходу учебы на лечебном факультете СамМУ и индивидуальном обращении к стоматологу.

Комплексное исследование полости рта и зубов всеми вышеперечисленными методами проводили дважды: в начале исследования и спустя 2 года, результаты в обязательном порядке вносили в «Карту для оценки стоматологического статуса».

Распространенность кариозного поражения зубов в I группе через 2 года возросла с $94,87 \pm 3,53\%$ до 100% ($p > 0,05$, таб. 4.1 и 4.2), среднее число кариозных зубов увеличилось в 1,8 раза, а интенсивность кариеса составила $7,87 \pm 0,30$ зубов ($p < 0,05$). КПУ(п) учащихся СамГУ возросло на $47,7\%$ за 2 года и составило $6,59 \pm 0,59$ зубов ($p < 0,05$).

КПУ(з) в I группе – количество зубов с кариесом и пломбированных через 2 курса статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в 2,3 и 1,5 раза. У 10% студентов I курса не хватало зуба, а на 3 курсе – уже 33% студентов были удалены зубы ($0,44 \pm 0,11$, $p < 0,05$), число кариозных и пломбированных поверхностей зубов за 2 года в I группе статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось на 50% и 36,4%. Индекс УСП остался удовлетворительным – $62,54 \pm 7,75\%$.

Следует отметить, в течение 2 лет из 120 студентов I группы посетили стоматолога только 28 (23,33%) учащихся.

У всех представителей I группы констатировали патологию пародонта, с распространением на $4,10 \pm 0,18$ сегмента в начале исследования и на $4,92 \pm 0,13$ через 2 года ($p < 0,05$)

Кровоточивость при зондировании зубодесневого соединения возросла двукратно – $41,03 \pm 7,88\%$ ($p < 0,05$) при интенсивности в I группе через 2 года – $3,26 \pm 0,23$, статистически достоверно ($p < 0,05$) больше на 29,1%. Распространенность зубного камня равнялась $71,79 \pm 7,21\%$ и к окончанию исследования стала $51,28 \pm 8,00\%$,

среднее число секстантов с камнем было $1,72 \pm 0,20$, а стало $1,59 \pm 0,24$ ($p > 0,05$). Изменений зубодесневых карманов не зафиксировано.

Средний индекс гигиены ротовой полости I группы к окончанию исследования достиг удовлетворительного – $2,29 \pm 0,11$, но возрос только на 7,9% от исходного ($p > 0,05$). Индекс налёта возрос на 10,5% ($p < 0,05$), а индекс камня почти не менялся ($0,58 \pm 0,08$).

$69,23 \pm 7,39\%$ учащихся СамГУ I группы достигли к концу исследования удовлетворительного уровня гигиены ротовой полости, а до исследования – $61,54 \pm 7,79\%$ ($p > 0,05$). Хорошо чистящих зубы студентов СамГУ к окончанию исследования было $12,82 \pm 5,35\%$, плохо чистящих – $17,95 \pm 6,15\%$. Учащиеся СамГУ с хорошей гигиеной ротовой полости уменьшились в 1,4 раза ($p < 0,05$), а с плохой гигиеной – уменьшились в 1,1 раза.

Распространенность кариозного поражения твердых тканей зубов у учащихся II группы в конце исследования достигла 100%, с увеличением на 5% относительно начала исследования ($p > 0,05$) (таб. 4.5 и 4.6). Средняя интенсивность кариеса увеличилась статистически достоверно ($p < 0,05$) на 2,5 зуба. К окончанию исследования число кариозных поверхностей у представителей II группы достигло $9,63 \pm 0,66$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) на 28,6% превзошло исходное ($p < 0,05$). В итоге исследования индексы КПУ(з) и КПУ(п) во II группе, параметр «К» статистически достоверно ($p < 0,05$) возрос на 25,4%, а число пораженных кариесом поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилось на 11,5% ($1,85 \pm 0,11$ и $1,93 \pm 0,11$ соответственно). Количество пломбированных зубов и поверхностей в итоге статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось в 1,6 и 1,4 раза соответственно. У 10% студенческой молодежи Самарканда II группы в начале констатировали отсутствие зуба, к окончанию исследования удаленный зуб констатировали у 33% ($p < 0,05$).

У каждого представителя II группы в итоге исследования констатировали патологию $4,25 \pm 0,18$ сегментов пародонта без достоверной разницы с началом исследования (таб. 4.3 и 4.4, рис. 4.1). Кровоточивость десен и зубной камень во II группе в итоге исследования достигла $45,00 \pm 7,87\%$ (разница с началом исследования достоверна ($p < 0,05$)). Интенсивность кровоточивости статистически достоверно ($p < 0,05$) возросла в 1,3 раза, а зубного

камня статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,7 раз. Распространенность и интенсивность зубодесневых карманов не менялась в этой группе.

Средний индекс гигиены ротовой полости в итоге исследования во II группе был удовлетворительным – $1,75 \pm 0,09$ и статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшился в 1,2 раза по сравнению с исходным (таб. 4.5 и 4.6). Исходно $62,50 \pm 7,65\%$ студенческой молодежи Самарканда II группы имели удовлетворительную гигиену ротовой полости, $32,50 \pm 7,41\%$ – хорошую и 5% – плохую. Эта картина сохранилась и в итоге исследования практически без изменений.

Распространенность кариозного поражения твердых тканей зубов в III группе студенческой молодежи Самарканда к окончанию исследования не поменялась (таб. 4.1 и 4.2). В среднем КПУ составило $5,71 \pm 0,30$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличилось на 1,2 зуба от исходного уровня. Число кариозных поверхностей за все исследование статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло на 12,6%, индексы К(з) ($0,56 \pm 0,09$) и К(п) ($0,73 \pm 0,11$) статистически достоверно ($p < 0,05$) снизились в 2,5 раза относительно исходного уровня этой группы, а количество пломбированных зубов статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло на 38,9% и составило $5,07 \pm 0,26$, а индекс П(п) статистически достоверно ($p < 0,05$) увеличился на 30,8% и достиг $6,98 \pm 0,47$.

Число удаленных зубов не изменилось в этой группе, за все исследование санированы 148 зубов, проведено 112 герметизаций фиссур, выполнена профессиональная чистка полости рта у 73 (65,77%) учащихся.

У всех представителей III группы в начале исследования констатирована патология $4,34 \pm 0,15$ секстантов пародонта (таб. 4.3 и 4.4 рис. 4.1). К окончанию исследования распространенность патологии пародонта уменьшилась до $56,10 \pm 7,75\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже в 1,8 раза, а интенсивность регрессировала до $1,90 \pm 0,26$ секстантов, что статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2,3 раза меньше. Среднее число здоровых секстантов возросло двукратно до 4-х секстантов. Интенсивность кровоточивости в итоге исследования составила $1,71 \pm 0,24$ секстанта и статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,6 раза. Распространенность зубного камня уменьшилась до $9,76 \pm 4,63\%$, в

среднем достигая $0,17 \pm 0,05$ секстантов, статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшившись в 8,5 и 8,8 раза. Зубодесневой карман к моменту окончания исследования констатировали у $2,44 \pm 2,41\%$, при средней интенсивности – $0,02 \pm 0,01$ секстанта, что статистически достоверно ($p < 0,05$) меньше в 3 и 3,5 раза соответственно.

Средний индекс гигиены ротовой полости рта у студенческой молодежи Самарканда III группы в начале исследования был удовлетворительным, а в итоге исследования достиг $1,08 \pm 0,06$, т.е. стал хорошим ($p < 0,05$). К моменту окончания исследования индекс налёта составил $0,98 \pm 0,04$ и статистически достоверно ($p < 0,05$) снизился на 31,5%, а индекс камня достиг $0,10 \pm 0,02$, т.е. статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшился на 78,7% (таб. 4.5 и 4.6).

$68,29 \pm 7,34\%$ студенческой молодежи Самарканда III группы в итоге исследования обладала хорошей гигиеной ротовой полости рта, $31,71 \pm 7,27\%$ – удовлетворительной, студентов с плохой гигиеной не было.

В итоге исследования 5 (4,39%) представителей IV группы не имели кариеса зубов, интенсивность кариеса составила $6,62 \pm 0,48$ зубов и $12,51 \pm 1,30$ поверхностей, т.е. статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась на 26% (таб. 4.5 и 4.6), статистически достоверно ($p < 0,05$) в 3,4 раза уменьшилось число кариозных зубов и в 2,4 раза поверхностей ($p < 0,05$), количество пломбированных зубов и поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло на 42,5% и на 59,5% соответственно. Количество удаленных зубов на протяжении исследования практически не изменилось.

Распространенность и интенсивность патологии пародонта в IV группе в итоге исследования статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась в 1,5 и 2,2 раза соответственно (таб. 4.3 и 4.4 рис. 4.1). Интенсивность кровоточивости статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,7 раза и уменьшилась до $1,30 \pm 0,19$ секстанта ($p < 0,05$). Зубной камень в итоге исследования зафиксировали у $18,92 \pm 6,44\%$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось в 4,2 раза, при уменьшении секстантов в 3,4 раза ($p < 0,05$). Распространенность и интенсивность зубодесневого кармана в IV группе студенческой молодежи Самарканда статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась на 27,9% и на 37,5% соответственно.

Гигиена ротовой полости рта в IV группе в начале была удовлетворительной, а в итоге средний индекс достиг $1,01 \pm 0,09$ и статистически достоверно ($p < 0,05$) двукратно уменьшился и соотносился с хорошим уровнем. Индекс налёта статистически достоверно ($p < 0,05$) двукратно снизился, а индекса камня – в 2,2 раза ($p < 0,05$) (таб. 4.5 и 4.6). $67,57 \pm 7,70\%$ студенческой молодежи Самарканда IV группы в итоге исследования хорошо чистили зубы, а в начале исследования – $72,50 \pm 7,06\%$ чистили зубы удовлетворительно, плохо чистящих зубы в итоге исследования не отмечали.

Кариез зубов в V группе по завершению исследования констатирован $97,37 \pm 2,60\%$ ($p > 0,05$), при росте его интенсивности на 28% от исходного уровня ($p < 0,05$). Распространенность и интенсивность пародонтита снизились в 1,3 и 1,4 раза ($p < 0,05$), кровоточивость уменьшилась на 25,7% ($p < 0,05$), распространенность зубного камня статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилась в 1,9 раза, а количество секстантов с зубным камнем – в 1,4 раза ($p > 0,05$). Зубодесневой карман практически не поменялся и составил $5,26 \pm 0,22\%$, при интенсивности $0,05 \pm 0,02$ секстанта.

Индекс КПУ(з): количество пораженных кариесом зубов статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилось в 1,6 раза ($p > 0,05$), а количество пломбированных зубов достигло $5,63 \pm 0,37$ зуба и таким образом статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в 1,6 раза. Количество кариозных поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) снизилось в 1,9 раза, а пломбированных поверхностей статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в 1,8 раза. Число удаленных зубов не изменилось.

В итоге исследования гигиена ротовой полости была удовлетворительной, а индекс составил $1,71 \pm 0,13$ без каких-либо статистически значимых изменений (таб. 4.5 и 4.6). $63,16 \pm 7,83\%$ студенческой молодежи Самарканда V группы в итоге исследования имели удовлетворительный уровень гигиены ротовой полости ($p > 0,05$). $28,95 \pm 7,36\%$ в итоге чистили зубы хорошо, но $7,89 \pm 4,37\%$ – чистили плохо.

Сравнительный анализ полученных результатов констатировал, что среди студенческой молодежи Самарканда эффективно проведена лечебно-профилактическая работа, причем

она не подразумевала каких-либо сверхмер, это обычные возможные без больших экономических затрат мероприятия по организации лечебной помощи учащимся ВУЗов г. Самарканда с колоссальными положительными результатами – улучшением ряда параметров стоматологического здоровья и увеличением мотивации к посещению врача-стоматолога.

Однако, исходный уровень стоматологического здоровья и показатели контрольной группы ярко демонстрируют необходимость включения в учебный план с первого курса лекций и семинаров по основам здорового образа жизни, гигиене ротовой полости, практических навыков по гигиене ротовой полости, проводимых преподавателями ВУЗов и студентами-медиками старших курсов.

ВЫВОДЫ:

1. Распространенность кариозного поражения твердых тканей зубов среди студенческой молодежи Самарканда достигает $91,87 \pm 1,30\%$, а интенсивность кариозного процесса составила $5,31 \pm 0,14$ зуба при $8,34 \pm 0,26$ поверхности. Некариозные поражения зубов констатированы у $56,44 \pm 2,36\%$ на фоне удовлетворительного уровня стоматологической помощи студентам.
2. У $97,49 \pm 0,78\%$ студентов ВУЗов г. Самарканда выявлены признаки заболеваний тканей пародонта с интенсивностью $3,88 \pm 0,06$ сектанта, у $30,70 \pm 2,19\%$ констатировали СОПР. Гигиена ротовой полости студенческой молодежи Самарканда признана удовлетворительной уровне, а хорошая гигиена у студентов СамМУ встречается в 1,6 раза чаще относительно студентов СамГУ.
3. У $53,05 \pm 2,37\%$ студентов ВУЗов Самарканда мы зафиксировали зубочелюстные аномалии и деформации, а артикуляционные дисфункции ВНЧС выявлены у $22,80 \pm 1,99\%$ студенческой молодежи.
4. Доказано наличие прямой корреляционной взаимосвязи распространенности и интенсивности стоматологической патологии с факторами риска: неудовлетворительная гигиена ротовой полости, курение, потребление алкоголя. Уровень теоретических знаний и практических навыков гигиены ротовой полости студентов СамМУ статистически значимо превосходит таковые у студентов СамГУ.
5. Предлагаемая схема профилактических мер обладает высокой эффективностью и экономически более выгодна, так редукция кариозного поражения твердых тканей зубов в течение двух лет достигла $34,2\%$.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Планирование лечебных и лечебно-профилактических мероприятий среди молодежи в обязательном порядке требует понимания того, что студенческая молодежь – группа риска возникновения стоматологической патологии и нуждаются в мониторинге стоматологического здоровья.

2. В гигиеническом стоматологическом обучении необходимо включение в учебный план с первого курса лекций и семинаров по основам здорового образа жизни, гигиене ротовой полости, практических навыков по гигиене ротовой полости, проводимых преподавателями ВУЗов и студентами-медиками старших курсов.

3. Врачу-стоматологу, принимая пациента-студента, следует всегда акцентировать внимание и рекомендовать нормы питания и гигиены ротовой полости рта, активировать у пациента осознание необходимости избавления от никотиновой и алкогольной зависимостей, как факторов риска стоматологического здоровья.

4. Предложенная нами лечебно-профилактическая схема состоящая из санитарно-просветительских мероприятий, оптимизации и баланса питания, улучшения и поддержания на должном уровне гигиены ротовой полости, своевременность санации и профессиональных гигиенических манипуляций, герметизации фиссур зубов и применение суспензии «Активный кальций А.А.С.» (по показаниям) наиболее эффективный метод поддержания и укрепления стоматологического и соматического здоровья учащейся молодежи.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ВУЗ – высшее учебное заведение

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ЗЧА – зубочелюстные аномалии

ИГ – индекс гигиены

КГТУ(з) – кариозные, пломбированные, удалённые зубы

КПУ(п) – кариозные, пломбированные, удалённые поверхности зубов

СОПР – слизистая оболочка полости рта

СРІ – комплексный периодонта :

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авраамова О.Г., Западаева СВ., Степанова И.А. Возможности и пути реализации профилактики в современной российской стоматологии // Материалы Международного конгресса стоматологов стран Балтийского региона. Дентальная палитра/. — Санкт-Петербург, 2009. - С. 36-39.;
2. Агеев С.А. Совершенствование организации и анализ стоматологической помощи населению агропромышленного региона. Автореф. дис.... канд. мед. наук, Москва., 2007. - 19 с.;
3. Адилова Ш.Т. Пораженность городского населения Узбекистана кариесом зубов (по материалам обследования населения четырех городов) // Российский стоматологический журнал. - 2009. - № 3. - С. 54-56.;
4. Акатьева Г.Г., Мухаметова Е.Ш., Аверьянов СВ., Егорова Е.Г. Стоматологический статус у детей Стерлитамакского района Республики Башкортостан // Материалы Всерос. симпозиума по проблеме «Новые технологии в стоматологии» - Уфа: РИК УГТУ, 2003. С. 208-209.;
5. Алимский А.В., Макарова А.А., Садовский В.В. Роль метода объективной визуализации в выявляемых кариозных поражениях зубов и повышении уровня мотивации пациентов к санации // Институт стоматологии. - Санкт-Петербург, 2009. - № 3. - С. 24-25.
6. Алямовский В.В., Модестов А.А., Дубинина Л.М. Гигиеническое воспитание и показатели интенсивности кариеса зубов у различных групп населения Красноярского края // Сибирское медицинское обозрение. - 2007. - № 4. - С. 58-61.;
7. Антоненко А.А. Эффективность профилактики кариеса зубов фторированием водопроводной воды. Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний // Материалы 7 съезда стоматологов - Киев, 2001.-С. 272
8. Антонов А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворенности стоматологической помощью в современных условиях: Автореф. дис канд. мед. наук. - Москва, 2008. - 23 с.
9. Багдасарова О.И. Выбор рациональной системы профилактики кариеса у детей школьного возраста: Автореф. дис...канд. мед. наук. - Москва, 2009. - 23 с.;

10. Бахмудов Б.Р., Бахмудов М.Б., Алиева З.Б. Современные реалии состояния качества оказываемой стоматологической помощи по поводу кариеса зубов в г. Дербенте // Российский стоматологический журн. - 2013. - № 2. - С. 47-49.

11. Богомолова И.А. Клинико-статистический анализ и обоснование необходимости ранней герметизации фиссур постоянных зубов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - СПб., 2006. - с. 23.

12. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг: Дисс докт. мед. наук. - Нижний Новгород, 2006. - 369 с.

13. Борисова Л.В., Чернявский Т.А., Скоробогатова О.Б. Оценка размеров зубных дуг у пациентов в процессе ортодонтического лечения // Материалы X Всерос. науч.- практ. конф. - М.: НГМА, 2003.- С. 270-272.;

14. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология // Медицинское информационное агентство. - Москва, 2006. - 797 с.

15. Боровский Е.В., Суворов К.А. Профилактическая направленность при лечении пациентов с кариесом зубов // Стоматология. - 2011. - № 3. - С. 23-25.;

16. Бреусов Р.А., Коновалов О.Е., Родина Т.С. Состояние стоматологического здоровья лиц трудоспособного возраста, проживающего в различных регионах Центрального Федерального округа // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2009. - № 2. - С. 138-153.

17. Булкина Н.В., Магдеев Л.Д. Анализ распространенности и интенсивности кариеса зубов среди ключевых возрастных групп взрослого населения г. Саратова // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 6. - С. 37-38.

18. Бутова В.Г. Предпринимательская деятельность стоматологических организаций // Медицинская книга. Изд-во Стоматология. - Москва, 2007. - 92 с.;

19. Бутова В.Г., Ковальский В.Л., Ананьева Н.Г. Система организации стоматологической помощи населению России // Медицинская книга /. - Москва, 2005. - 166 с.;

20. Вусатая Е.В. Медико-социальные аспекты стоматологической заболеваемости взрослого городского населения

и пути ее профилактики в современных условиях: Дис.... канд. мед. наук. - Воронеж, 2007. - 215 с.

21. Гадаева М.В. Клинико-экспериментальное обоснование использования медикаментозных схем лечения флюороза зубов: Автореф.... дис. канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2015. - 25 с

22. Гайнутдинова, Б.Г. Проведение и эффективность санитарного стоматологического просвещения при внедрении стоматологической профилактической программы в крупном промышленном центре: Автореф. дис.... канд. мед. наук.- Воронеж, 2006. - 25 с

23. Голева Н.А. Оптимизация лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у студентов: Дис.... канд. мед. наук. - Смоленск, 2011. - 136 с.

24. Грудянов А.И. Средства и методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта - М: Изд-во МИА, 2012. - 56 с.

25. Гунгаасэд Т. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей 6 и 12 лет в г. Улан-Батор, Монголия // Dental Forum. - 2013. - № 3. - С. 38-39

26. Гундаров И.А., Полесский В.А. Управление индивидуальными резервами здоровья: новая стратегия профилактической медицины // Здравоохранение Российской Федерации. - 2014. - № 1. - С. 6-10.

27. Гунько М.В. Остеопороз и дентальная имплантация // Стоматология. - 2009. - № 6 - С. 73-78.

28. Димитрова М., Куклева М. Модель оценки риска появления кариеса в раннем детстве // Стоматология. - 2008. - № 4. - С. 30-33.;

29. Дмитриева А.М. Подросток и стресс. Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения на пути в 21 век // Материалы 6 международного конгресса. - С-Петербург, 2008. - С. 475-476.

30. Дмитриева Л.А., Мктрумян А.М., Атрушкевич В.Г. Минеральная плотность костной ткани и состояние минерального обмена у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом // Стоматология. — 2009. - №6. - С. 24-28

31. Еловикова Т.М., Липатов Г.Я., Молвинских В.С. Гигиеническая оценка рта сотрудников медеплавильного завода: стоматологическое здоровье и курение табака // Медицина,

фармация и общественное здоровье: материалы Евразийского конгресса с международным участием. - Екатеринбург: УГМА, 2013. - С. 11-12.

32. Еловикова Т.М., Молвинских В.С., Липатов Г.Я. Табакокурение и стоматологическое здоровье сотрудников СУМЗа // Проблемы стоматологии. - 2012. - № 5. - С. 4-10.;

33. Емелина Г.В., Гринин В.М., Иванов П.В. Сравнительный анализ стоматологической заболеваемости как основа спроса населения на стоматологические услуги // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. - № 2. - С. 449-451.;

34. Еслямгалиев Г.Т., Самагулов К.М., Жилкибаева Ж.Б. Результаты ежегодного массового стоматологического обследования студентов ВУЗов г. Караганды. // Медицинские и социально-гигиенические проблемы охраны здоровья студентов: Сб. науч. работ под ред. Т.З. Сейсембекова. - Караганда: АГМИ, 1988. - С. 22-24.;

35. Зарипова Н.Р. Распространенность курения среди студентов ВУЗов // Материалы Всерос. симпозиума по проблеме «Новые технологии в стоматологии» - Уфа: РИК УГТУ, 2003. - С. 36-39.;

36. Зюзькина С.А. Стоматологический статус и особенности гомеостаза в полости рта у школьников с различным уровнем здоровья: Автореф.... дис. канд. мед. наук. - Тверь, 2006. - 23 с

37. Иванченко О.Н., Зубов С.В., Александров М.Т. Мониторинг данных оказания стоматологической помощи в ведомственной поликлинике // Российский стоматологический журнал. - 2012. - № 5. - С. 43-45.

38. Кабаян О.С. Системно-интегративный подход к формированию здорового образа жизни учащейся молодежи // Материалы конференции. «Здоровье и образование в 21 веке. Медико-социальные причины ухудшения здоровья детей, подростков и молодежи» - Москва, 2002. - С. 27-28.

39. Калашников В.Н. Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг: Дисс.... канд. мед. наук. - Ростов на Дону, 2008. - 332 с.;

40. Камаев И.А., Поздеева Т.В., Дмитроченков А.В. Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи:

состояние, проблемы, пути решения // Нижний Новгород, 2015. - 312 с.;

41. Каплан З.М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи: Автореф. дис канд. мед. наук. Москва, 2007. - 21 с.;

42. Карцев А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь. - Москва, 2006. - 22 с

43. Кицул И.С, Попова И.Н. Организационно-методическое обеспечение обоснования объемов стоматологической помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи // Главный врач. - 2006. - № 4.- С. 23-27.

44. Колесников Л.Р. Медико-организационные подходы к совершенствованию стоматологической помощи ученикам детских домов и школ-интернатов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Хабаровск, 2004. - 23 с.

45. Комарова Е.Ю. Совершенствование организации работы ортодонтических отделений стоматологических поликлиник: Дис.... канд. мед. наук. - Москва, 2008. - 156 с.

46. Кривелевич Е.Б., Шведенко И.В. Характеристика стоматологического здоровья населения Владивостока (по результатам социологического исследования) // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2007. - № 4. -С. 88-91;

47. Круглякова И.П. Медико-социальные технологии управления здоровьем студенческой молодежи: Автореф. дис.... канд. мед. наук. -Москва, 2004. - 23 с.;

48. Кудрявцева Т.Д. Планирование и комплексное лечение больных с сочетанными зубочелюстными аномалиями: Автореф. дис...канд. мед. наук. - С. Петербург, 1997. - 21 с.

49. Кузьмина Э.М. Повышенная чувствительность зубов: Пособие для врачей - стоматологов и студентов стомат. вузов. МГМСУ. - М., 2003. - 40. с

50. Кузьмичева Г.И. Медико-экономическая эффективность организационных технологий управления деятельностью ведомственных стоматологических учреждений: Дис канд. мед. наук. -Москва, 2008. 211с.;

51. Куликов В. А. Комплексная социально-гигиеническая характеристика состояния здоровья призывников и допризывников: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Оренбург, 2004. - 34 с.

52. Курбанов О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг: Автореф. дис. докт. мед. наук. - Москва, 2009. - 44 с.;

53. Кучеренко В.З., Пешков М.Н., Хетагурова А.К., Эккерт Н.В. Теоретические основы качества жизни, связанного со здоровьем населения // Проблемы управления здравоохранением. — 2008. - № 2. - С. 10-15

54. Лезников Р.Л. Факторы цитопротекции, цитоагрессии в патогенезе и исходе сочетанной патологии пародонта и желудка: Автореф. дис... докт. мед. наук. - Волгоград, 2000. - с. 18

55. Леонтьев В.К. Индивидуальные методы профилактики стоматологических заболеваний // Институт стоматологии, 2002. - № 4. - С. 36-38.

56. Леонтьев В.К. Модель организации стоматологической службы региона в условиях перехода к рынку // Вопросы организации и экономики в стоматологии. - 2006. - 134 с.

57. Леус Л.И. Стоматологическое здоровье и качество жизни молодых людей // Мониторинг качества педагогического образования. Теоретико-методологические основы и пути решения: материалы конф. - Барановичи, 2007. - С. 292-295

58. Лукьяненко В.Б., Цветкова Н.В., Давиденко А.Н. Формирование культуры здоровья нации // Российский стоматологический журнал. -2012. - № 3. - С. 54-55.

59. Луцкая И.К. Руководство по стоматологии // изд-во Феникс. - Ростов на Дону, 2000. - 256 с.

60. Макарова А.А. Изучение объективной визуализации как фактора мотивации пациента к комплексной санации полости рта: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Москва, 2009. - 26 с.

61. Максимова Е.М. Изучение заболеваемости и уровня оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи населению Ставропольского края: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 22 с.

62. Мамаева Е.В. Пародонтологический статус и состояние организма у подростков: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Казань, 2007. - 20 с.;

63. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: дис. ... канд. мед. наук. 1984. – 23 с.

64. Николаев А.Г. Социально-гигиенический анализ образа жизни подростков 15-17 лет // Здоровье и образование в XXI веке: науч. тр. V междунар. науч.-практ. конф. - М.: РУДН, 2004. - С. 273-274

65. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. МЕД пресс-информ. - Москва, 2007. - 928 с.

66. Одинаев И.С. Структурный анализ спроса и обоснование профилактики санации полости рта у потребителей стоматологических услуг: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Душанбе, 2005. - 23 с.;

67. Окушко В.Р. Профилактика кариеса: поиск путей повышения эффективности // Клиническая стоматология. - 2011. - № 4. - С. 4-6.;

68. Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (этиология, патогенез, диагностика и лечение): Автореф. Дис... докт. мед. наук. - Тверь, 2001. - 42 с.

69. Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Часть 1. Клинико-рентгенологические формы артикуляционных дисфункций височно-нижнечелюстного сустава // Институт стоматологии. - СПб., 2002. - № 4 (13). - С. 20-21.;

70. Перова Е.Г., Левенец А.А., Россиев Д.А. Сравнительный анализ показателя уровня стоматологического здоровья у детей и подростков с различным соматическим статусом // Ортодонтия. - 2011. - №1. - С.4-8.;

71. Перова Е.Г., Левенец А.А., Россиев Д.А. Факторы, влияющие на эффективность лечения зубочелюстных аномалий и деформаций // Ортодонтия. - 2011 - №2. - С.54-58.;

72. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Ольховская Е.Б. Распространенность осложнений кариеса зубов // Стоматология. - 2014. - Т. 93. - № 1. - С. 19-20

73. Положенцева А.И., Ширинский В.А. Влияние питания и загрязнения атмосферного воздуха на стоматологическую заболеваемость // Казанский медицинский журнал. - 2009. - № 4. - С. 502-505

74. Поляков В.М. Состояние и пути совершенствования стоматологической помощи юношам допризывного и призывного возрастов (на модели крупного мегаполиса): Дис.... канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 196 с.

75. Прокудин И.Н. Организация стоматологической помощи и потребность в ортопедическом лечении городского населения: Дис канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 265 с.

76. Проскокова С.В., Арсенина О.И. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий в экологически неблагоприятных районах Хабаровского края // Ортодонтия. - 2012. - №1. — С.4-5.

77. Проценко А.С. Состояние стоматологического здоровья студенческой молодежи Москвы и пути его улучшения: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Москва, 2010. - 27с.

78. Пузин М.Н., Кипарисова Е.С., Вагнер В.Д. Этиопатогенетические аспекты хронического генерализованного пародонта // Российский стоматологический журнал. - 2010. - № 1. - С. 28-33.

79. Рединова Т.А., Иванова Л.А., Мартюшева О.В., Чередникова Л.А. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта // Стоматология. - 2009. - № 6. - С. 12-18.

80. Ризаев Ж.А., Мусаев У.Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями // Врач-аспирант. - 2009. - № 10. - С. 885-889.;

81. Садова А.Г., Яблокова Н.А. Применение новой профилактической пенки «Профессор Персии» для улучшения гигиенического состояния полости рта // Ортодонтия. - 2012. - № 2. - С.39-41.

82. Сайфуллина Х.М. Индексная оценка кариеса зубов и заболеваний пародонта – Москва: «МЕДпресс», 2001. – 93 с.

83. Самодин В.И. Алексеева А.В. Стоматологическая служба в нормативных документах. - Москва, 2007. - 579 с.

84. Сараджев В.В. Стоматологическая заболеваемость и пути совершенствования стоматологической помощи работникам железнодорожного транспорта: Дисс канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 139 с.

85. Сельцовский А.П. Функциональные показатели, характеризующие состояние здоровья студентов // Материалы 3-й международной научно-практической конференции «Здоровье студенческой молодежи – достижения науки и практики на современном этапе». - Москва, 2007. - С. 36-38.
86. Силагадзе Е.М. Факторы риска и индивидуальное прогнозирование развития кариеса зубов взрослого населения Республики Татарстан: Автореф.... дис. канд. мед. наук. - Казань, 2016. - 24 с.
87. Симонова Н.И., Галикеева А.Ш., Степанов Е.Г. Анализ влияния образа жизни, производственной среды и психосоциального стресса на формирование хронического генерализованного пародонтита // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 5. - С. 49-51.
88. Соколов В.Н. Состояние здоровья студенческой молодежи и особенности его формирования в современных условиях // Материалы 2-й международной научно-практической конференции «Здоровье студенческой молодежи: достижения науки и практики на современном этапе». - Минск, 2006. - С. 73-74.;
89. Сорокоумов Г.Л. Особенности и эффективность диспансеризации пациентов внебюджетной стоматологической клиники: Дис... канд. мед. наук. - Москва, 2011. - 110 с.
90. Степанова И. А. Планирование региональных коммунальных программ с эндогенным применением фторида для профилактики кариеса зубов: Автореф. дис канд. мед. наук. - Москва, 2010. - 22 с.;
91. Сунцов В.Г., Волошина И.М. Ведущие факторы риска формирования кариеса у школьников // Российский педиатрический журнал. - 2010. - № 1. - С. 55-58
92. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В., Кленовская М.И. Профилактика кариеса в ямках и фиссурах зубов - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 88 с.
93. Трошкина Л.О. Распространенность основных стоматологических заболеваний и особенности их профилактики у населения Костромской области: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Тверь, 2006. - 23 с.;
94. Туликова Л.Н. Проблемы и возможности улучшения или сохранения стоматологического здоровья в условиях

реформирования здравоохранения: Дис.... канд. мед. наук. - Москва, 2002. - 136 с.

95. Ушакова С.Л., Зарипова Н.Р., Муртазина Р.Г Гигиена полости рта – основа профилактики стоматологических заболеваний //Материалы Всерос. Симпозиума по проблеме «Новые технологии в стоматологии» - Уфа: РИК УГТУ, 2003. -С. 69-72.

96. Федоткина О.В. Эпидемиология кариеса // Стоматолог. - 2012. - № 5. - С.37-40.;

97. Хавкина Е.Ю., Олесов Е.Е., Максюков А.А. Зависимость показателей стоматологического статуса работников промышленного предприятия от объема и качества предшествующего стоматологического лечения // Российский стоматологический журнал. - 2011. - № 2. - С. 43-45.;

98. Хамадеева А.М., Гусарова Г.И., Богатов А.И. Результаты и перспективы внедрения профилактических программ в области стоматологии в Самарском регионе // Стоматология. - 2008. - № 5. - С. 13-17;

99. Худякова Л.И. Влияние нарушения стоматологического здоровья на качество жизни студентов // Российский стоматологический журнал. - 2012. - № 1. - С. 54-56.

100. Чайковский В.Б. Научное обоснование путей совершенствования стоматологической помощи работникам железнодорожного транспорта: Дисс. ...канд. мед. наук. - Москва, 2008. - 156 с.

**Ризаев Жасур Алимжанович
Хасанова Лола Эмеловна
Хазратов Алишер Исамиддинович
Исматов Фаррух Аслидинович**

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ САМАРКАНДА

Монография

Номер лицензии издателя: 143413

*Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА
Корректор — Олим РАХИМОВ
Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ
Вёрстка — Дилшода АБДИАХАТОВА
Дизайнер — Даврон НУРУЛЛАЕВ*

Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA”

**Номер сертификата — 704756. 140100. г. Самарканд,
ул. Мирзо Улугбек, 3.**

Подписано в печат 31.08.2023 Протокол 1

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 6,05

Тираж: 200 экз. Заказ № 74/2023

Тел/факс: +998 94 822-22-87. e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

