

Леус П. А.

СТОМАТОЛОГИЯ БЕЛАРУСИ: ВЧЕРА – СЕГОДНЯ – ЗАВТРА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Стоматологическое здоровье населения — важнейшая составляющая общего здоровья, а от качества стоматологической помощи зависит физическое, социальное и психологическое благополучие человека. К сожалению, практически все и в их числе основные болезни зубов и периодонта — кариес и хронические периодонтиты — за последние два-три века не только не предотвращены, но нарастают, захватывая даже группы населения, для которых такие заболевания ранее были неизвестны. Ряд ученых считают, что пандемия кариеса зубов — следствие цивилизации, особенно во взаимосвязи с фактором питания. Изменения консистенции, состава, степени переработки пищевых продуктов отрицательно влияют на функцию зубочелюстной системы. Появляются «благоприятные» условия для известных в кариесологии и периодонтологии патогенных механизмов. Что делать? Идеи возврата к первобытному существованию поддерживаются только единичными экстремалами и об изменении их стоматологического статуса информации недостаточно. Предотвратить кариес и болезни периодонта в современных, как в богатых цивилизованных, так и в бедных развивающихся странах пока невозможно. Выход один — максимально уменьшать интенсивность болезней и лечить доступными методами.

Лечебно-профилактическая стоматологическая помощь населению страны осуществляется в рамках определенной системы здравоохранения. В мире известны три варианта системы: общественная (государственная), частная и смешанная. Суть этих систем всем понятна. Намного труднее понять какая из них лучше для здоровья населения. Старшее поколение людей в нашей стране хорошо помнят государственную систему здравоохранения в советское время и многие считают ее лучше любой другой. Действительно, можно было без больших проблем постоять в поликлинике в очереди и получить «бесплатно» необходимую стоматологическую помощь. Явное преимущество, в сравнении, когда надо платить. И не только пожилые люди вспоминают «рай» в стоматологии в XX веке. В документах Всемирной организации здравоохранения государственная система стоматологической помощи населению также считалась оптимальной для профилактики и своевременного лечения возникших болезней. Но в то же время ВОЗ рекомендует оценивать не систему, а результат. С последним были и остаются проблемы.

В последние 20–25 лет в Беларуси, как и в других странах СНГ, государственная система стоматологической помощи населению постепенно меняется в сторону смешанной. На сегодняшний день в одних странах

СНГ почти все частное, в других, на примере Беларуси, сохраняется преимущественно государственная система. Тем не менее, в Беларуси в 2015 г. в стоматологии функционировали 587 юридических лиц негосударственной собственности и 225 индивидуальных предпринимателей [5]. Это уже существенная часть системы, однако результативность наблюдаемой трансформации не оценивалась. Можно только констатировать, что по конечным критериям стоматологического статуса взрослого населения за последние 20 лет улучшения не наблюдалось [1, 8]. Здесь уместно заметить, что согласно рекомендациям ВОЗ, при любой системе стоматологической помощи должна быть *профилактика, систематическая лечебно-профилактическая помощь детям, лечение взрослых по обращаемости, адекватное кадровое и финансовое обеспечение и мониторинг стоматологического здоровья*, используя общепринятые международно признанные критерии. Таким образом, в прошлом государственная система стоматологической помощи была идеальной, но не дала желаемых результатов улучшения стоматологического здоровья; в настоящем наблюдается постепенная трансформация системы, как во всем мире; в будущем частная система очевидно будет преобладать, но она еще не «настроена» на положительные конечные результаты.

Профилактика. Республика Беларусь — единственная страна, в которой на государственном уровне реализуется программа первичной профилактики основных стоматологических заболеваний. В других странах СНГ также есть программы профилактики, но они ограничены каким-то регионом, осуществляются в рамках научных программ университетов, проводятся в форме тестирования средств профилактики при поддержке производителей этих средств.

Профилактика кариеса началась в 1940-х гг. после открытия Н. Т. Dean (1938) пользы фтора для зубов. С небольшим опозданием в СССР в 1960-х гг. была запущена программа фторирования питьевой воды, благодаря которой в ряде местностей (Ленинград, отдельные районы Москвы) интенсивность кариеса у детей уменьшилась с высокого до среднего уровня. Беларуси эта программа не коснулась, и пока были дискуссии, фторирование питьевой воды в СССР было свернуто. Оказалось — дорого, хлопотно и не решает проблем кариеса в местностях, где нет централизованного водоснабжения. Вместо неудавшейся системной профилактики кариеса в СССР в 1988 г. совместным приказом Министерства здравоохранения и Комитета образования была провозглашена «Комплексная программа профилактики стоматологических заболеваний», которая базировалась на локальном применении фторидов и воспитании здоровых привычек. Схема этой программы разрабатывалась кафедрой профилактики стоматологических заболеваний ММСИ в 1986 г. и обсуждалась на разных совещаниях заинтересованных специалистов. Один из таких специалистов, проф.

Э. М. Мельниченко, опережая Минздрав СССР на 2 года, приказом Министерства здравоохранения Белорусской ССР в 1986 г. внедрил в практическую стоматологию государственную программу профилактики стоматологических заболеваний. За 5–6 лет действия программы интенсивность кариеса зубов у детей школьного возраста уменьшилась на 20–30 % [6]. В перестроечные годы заболеваемость кариесом вновь увеличилась, но обновленная государственная программа профилактики 1998 г. была более устойчивой и эффективной, позволившей до сегодняшнего дня поддерживать устойчивую тенденцию снижения интенсивности кариозной болезни среди детей школьного возраста до средневропейского уровня [4, 7].

В будущем задачи профилактики стоматологических заболеваний значительно усложнятся. Во-первых, существующая в стране программа уже показала ее неэффективность в улучшении стоматологического здоровья детей дошкольного возраста. Во-вторых, во многих случаях достижения в профилактике кариеса у детей школьного возраста держатся на энтузиазме исполнителей. Отсюда большая разница уровней интенсивности кариеса в разных местностях. В-третьих, пока ничего не сделано и, соответственно, нет опыта вторичной и третичной профилактики, особенно среди взрослого населения. В-четвертых, что касается болезней пародонта, даже система мониторинга не разработана должным образом. Следовательно, в обозримом будущем существенного снижения заболеваемости детей кариесом и гингивитами не будет, а тенденция ухудшения стоматологического статуса взрослого населения и пожилых людей сохранится.

Систематическая стоматологическая помощь детям. Она должна быть доступной, бесплатной и качественной, как рекомендует ВОЗ. В большинстве стран так и есть, причем не зависимо от системы здравоохранения, заботу о стоматологическом здоровье детей берет на себя государство. В прошлом, в СССР, так называемая плановая санация детей была одним из предметов гордости в области достижений здравоохранения в мире. О конечных результатах этой системы (стоматологическом статусе детей 17–18 лет) мало что было известно, но программа плановой санации строго выполнялась. В Беларуси плановая санация школьников сохранилась и в настоящее время. Система обеспечивает самые лучшие в СНГ показатели стоматологического статуса по таким критериям, как процент пломбированных зубов и количество удаленных постоянных зубов в формуле КПУ 15-летних подростков [3, 7]. Однако «санация» базируется на лечении и она, в принципе, не может остановить увеличивающееся количество новых кариозных полостей и утерянных пломб. На это тратятся огромные средства. Детский стоматолог, не разгибаясь, выполняет план пломбирования. В будущем существующая система санации бесперспективная. Она уже развалилась в большинстве стран СНГ. Есть ли альтернатива? Есть. Рекомендации ВОЗ и уже имеющийся опыт многих индустриа-

лизованных стран показывают, что система детской стоматологии должна базироваться главным образом на первичной профилактике, которую, по необходимости, дополняет раннее лечение. Это позволяет уменьшить осложнения кариеса до уровня единичных случаев, а удаление постоянных зубов у детей до 18 лет свести к нулю. Разумеется, существенно снижается стоимость системы, и она становится посильной государству. Вовсе не обязательно в каждой, даже большой школе, иметь стоматологический кабинет и зубного врача, который ежегодно «санирует» один и тот же зуб так тщательно, что каждый второй выпускник школы всё же его теряет.

В будущем необходимо открыть детские стоматологические центры с современным оборудованием на базе школы, или УЗ в каждом микрорайоне. Главной задачей такого центра будет не процент санации, а процент здоровых детей, включая дошколят. Случаи кариеса будут редкостью, а осложнения уйдут в прошлое. Врачебный персонал будет дополнен зубными гигиенистами. Нормативы и отчетность будет сведена к двум цифрам: количество обслуживаемых детей и количество здоровых.

Стоматологическая помощь по обращаемости. Этот вид услуги обычно предоставляется взрослому населению. В отличие от систематической стоматологической помощи детям, лечение по обращаемости предполагает визит пациента к стоматологу по собственному желанию для профилактического осмотра или в случаях зубной боли и иных проблем в челюстно-лицевой области. При этом стоматологическое УЗ должно быть не слишком далеко от места жительства пациента, в нем должны быть соответствующие специалисты, материалы и оборудование, лечение должно быть самых высоких стандартов на основе доказательной стоматологии в текущее время. Указанные параметры частично характеризуют доступность стоматологической помощи населению. В прошлом, в СССР, доступное и бесплатное лечение зубных болезней было предметом гордости системы в сравнении с другими странами, где стоматология для взрослых была в основном платной и из-за этого далеко не всем доступна. Сегодня в Беларуси у пациента есть альтернатива бесплатному лечению — получение платных услуг в государственных и частных стоматологических УЗ. Предпочтение последним отдают около 7,2 % пациентов [5]. Десять лет тому назад, в 2007 г., на платный прием обратились всего 3972 пациента, или 0,03 % от общего числа посещений. Таким образом, динамика выбора медленно, но устойчиво склоняется в сторону прямой оплаты за услугу. Четкого научно-обоснованного объяснения данной трансформации пока у нас нет. Но можно предполагать, что советская оценка доступности стоматологической помощи населению, концентрируясь на бесплатном лечении, не учитывала двух из трех важнейших составляющих доступности. Речь идет об использовании и качестве. Использование — это процент населения от общего числа жителей, проживающих в районе обслужива-

ния, обратившихся к стоматологу первично в текущем году. В системе отчетности УЗ есть такая статистика, но она не привязана к количеству населения, и ежегодно вычисляемый процент первичных от всех посещений не указывает на реальное использование стоматологической помощи населением. Согласно рекомендациям ВОЗ, данный показатель должен быть на уровне 60 % и более. Для детского населения систематическая стоматологическая помощь (плановая санация) должна охватывать 100 % детей. В свете сказанного пациент, однажды посетивший частного врача, возможно получит устное или даже письменное приглашение явиться на прием в следующем году. Раньше такое сотрудничество с пациентами называли диспансеризацией, но она касалась только больных, что никак не сохраняло здоровье здоровых людей.

Другая забытая составляющая доступности — **качество** — более сложная, многокомпонентная и нередко дискуссионная тема. На коммунальном уровне критерии качества стоматологической помощи достаточно хорошо разработаны на основе рекомендаций ВОЗ. Для конкретного индивидуума важно, чтобы процедура была безболезненной, без осложнений, пломба была прочной, красивой, долговечной и т. п. Все это зависит от профессионализма врача, адекватного оборудования, времени, отведенного на прием, готовности пациента оплатить нередко дорогостоящие стоматологические материалы. Многие пациенты верят, что платная услуга будет более качественной в сравнении с бесплатной. Это один из факторов трансформации выбора. Но есть очень важный индикатор качества стоматологической помощи (по ВОЗ), который должен работать более эффективно в общественной, чем частной системе. Это причина обращения к стоматологу и структура диагнозов первичных пациентов. При функционировании системы высокого качества примерно 50 % обращений в стоматологическое УЗ должны быть по поводу профилактического осмотра и для получения рекомендаций по профилактике стоматологических болезней. В Беларуси в 2016 г. таких обращений было 18,7 % [5]. Это очень хороший показатель, если сравнить его с данными в прошлом веке. В частных УЗ такой статистики нет, но по отдельным публикациям можно наблюдать уважительное отношение к профилактике: 26 % пациентам от общего числа обратившихся на прием были проведены профилактические процедуры [2].

Пока не ясно, улучшит ли развивающаяся система платной стоматологии главный показатель качества — предотвращение и раннее лечение болезней, так как особенно частная практика озабочена выживанием в условиях контролируемой стоимости предоставляемых услуг. Наверное, завтра государственный сектор отрасли будет более целенаправленно совершенствовать доступность стоматологической помощи (структура, использование, качество), а УЗ негосударственной собственности более широко смогут предоставить желающим пациентам услуги лучших мировых стандартов.

Кадровое обеспечение и финансирование стоматологии. В прошлом и, в определенной мере, сейчас эти два сложных вопроса решались путем планирования сверху с учетом заявок УЗ и ГУО. Заявки базировались на данных предыдущего года и с какой-то перспективой увеличения кафедр, преподавателей, студентов, штатов УЗ и финансирования. Результаты централизованного планирования и обеспечения отрасли хорошо известны: неравномерное распределение врачей-стоматологов и хронический дефицит денег во всех государственных стоматологических УЗ. Это отрицательно сказывается на доступности для населения стоматологической помощи, особенно по критериям использования и качество.

Указанные проблемы существуют во всех странах, но они решаются путем альтернативных подходов, в том числе использованием рекомендаций ВОЗ. Эксперты ВОЗ рекомендуют начинать процесс планирования персонала и бюджета с ситуационного анализа, который включает оценку стоматологического статуса населения, наличие инфраструктуры, количества и видов персонала, экономических возможностей страны. На первичном уровне, например, в агрогородке, не Министерство здравоохранения, а местная власть должна решать, каким образом обеспечить отличное стоматологическое здоровье местным жителям, детям в первую очередь. Власть с одобрения общества рассматривает варианты «приобретения» зубного врача, стоматолога, к.м.н. и так далее для комфортной результативной работы в городке. Возможно, будет рассмотрена альтернатива — предоставление жителям поселка транспортного сообщения до ближайших стоматологических УЗ. Из госбюджета можно ожидать финансирование профилактики и лечения детей, остальное — местный бюджет и средства пациентов, которые должны быть мотивированы к ежегодным профилактическим осмотрам и раннему лечению болезней зубов (так значительно дешевле и лучше для здоровья).

Государственные программы в стоматологии должны обеспечить первичную профилактику основных стоматологических заболеваний, систематическое стоматологическое лечение детей до 14–18 лет и льготные условия лечения определенных социальных групп населения. При этом перечень услуг, соблюдая научно-обоснованные протоколы лечения, может быть ограничен в рамках отведенного финансирования. Для взрослого материально обеспеченного населения так называемое бесплатное стоматологическое лечение невозможно в связи с его высокой стоимостью. При платном лечении у пациентов срабатывают экономические рычаги к здоровому образу жизни (например, регулярной чистке зубов), профилактическим осмотрам у стоматолога. Эти рычаги активно поддерживаются страховыми компаниями во многих странах, например, бесплатный осмотр, полная компенсация стоимости планового лечения, но отказ оплаты лечения в случаях, если назначение врача было проигнорировано.

О страховой стоматологии. Попытки были, но еще ни в одной стране СНГ в полной мере эта система не принята. Энтузиасты системы элементарно не интересуются, сколько стоит пломбирование корневого канала зуба и сколько денег может внести обычный гражданин в страховую кассу. Население должно знать, что страхование стоматологического здоровья — это оплата услуг через посредника. Сегодня для нас таким посредником является государство, денег на «бесплатное» лечение не хватает. То же самое будет, если часть нашей зарплаты мы отдадим страховику. Автомобилисты знают, что страховка «КАСКО» очень надежная, но далеко не все могут ею воспользоваться. Также мы знаем, что в Германии и других странах похожего экономического уровня страховки оплачивают даже дорогостоящее зубопротезирование на имплантах. Но не надо думать, что это бесплатно. В обозримом будущем у нас всеобщей страховой стоматологии не предвидится, но уже есть и будут развиваться локальные схемы в богатых частных и государственных предприятиях, которые часть большой зарплаты своих служащих резервируют для полной или частичной оплаты определенных, согласованных с УЗ, лечебно-профилактических стоматологических мероприятий сотрудникам и членам их семей. Это очень прогрессивное направление, которое может способствовать профилактике, раннему лечению и практической реализации стандартов лечения высокого уровня.

Чтобы реализовать часть вышеупомянутого, нужны кадры высокой квалификации. Сегодня врач-стоматолог во многих случаях на практике выполняет функцию зубного врача со средним образованием. Немедленно нужно организовать рабочие места, где выпускники лучшего в СНГ стоматологического факультета БГМУ смогут работать в соответствии с их квалификационной характеристикой врача-стоматолога широкого профиля (общей практики). Что касается уровня профессиональной подготовки стоматологов, она должна соответствовать международным стандартам, и это вполне возможно, если слегка ускорить многолетний переход на так называемую болонскую систему. В ней нет ничего особенного, если не считать, что принцип «учиться» лучше, чем «учить».

Мониторинг. Если не оценивать работу системы, то конечный результат будет непредсказуемым. ВОЗ рекомендует, чтобы постоянный мониторинг работы системы стоматологической помощи населению являлся таким же важным компонентом, как и все другие (структура, кадры, финансирование и т. д.). В странах СНГ частично, в Беларуси почти полностью сохранилась учетно-отчетная система мониторинга стоматологии образца 1960-х годов. Система базируется на статистических данных о количестве стоматологических УЗ, количестве персонала, количестве посещений, пломб и т. п. Все это очень важно, однако на мировом уровне информационная система ВОЗ уже давно не спрашивает, сколько в стране

поликлиник и посещений. Стремление их увеличить уже не считается достижением. Главное — уровень стоматологического здоровья населения.

Беларусь первая в СНГ, в отчетную систему которой включены индикаторы стоматологического здоровья (% здоровых детей, КПУ зубов и др.). Однако еще не используется ряд важных показателей качества стоматологической помощи населению. Ожидается, что в ближайшие годы мониторинг стоматологического здоровья населения Беларуси, кроме упомянутых выше двух показателей, будет также включать: пропорцию нелеченого кариеса зубов у детей (оценивается качество плановой санации); количество удаленных постоянных зубов на 1000 детей до 18 лет (оценивается качество лечения кариеса зубов и его осложнений); количество сохраненных естественных функционирующих зубов у взрослых людей (оценивается качество всех видов лечебно-профилактической работы; процент населения с полной утратой зубов (оценивается, в целом, качество системы стоматологической помощи населению).

Заключение. Научный анализ существующей в Беларуси и других странах СНГ системы оценок качества и стандартов стоматологической помощи населению, введенных в 1920–1960-х гг., указывает на их недостаточную объективность в связи с использованием современных новых технологий и методов лечебно-профилактической стоматологической помощи. В настоящей работе рекомендуются шесть основных критериев качества, которые были предложены международной группой экспертов для оптимизации отчетной системы государственных стоматологических лечебных учреждениях. Практическая реализация новых показателей будет способствовать дальнейшему улучшению качества стоматологической помощи населению в соответствии с международными стандартами. Прогнозируется дальнейшее улучшение стоматологического здоровья населения страны при условии оптимизации профилактической работы и широкого внедрения в систему здравоохранения новых технологий и лучших мировых стандартов во всех сферах практической стоматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Борисенко, Л. Г.* Современная геронтостоматология / Л. Г. Борисенко. Минск : БГМУ, 2006. 162 с.
2. *Белогуров, А. Э.* Опыт работы врача-стоматолога общей практики / А. Э. Белогуров // Стоматологический журнал. 2016. Т. XVII, № 2. С. 140–144.
3. *Начальный этап реализации программы профилактики основных стоматологических заболеваний среди детского населения г. Минска / С. И. Гунько [и др.]* // Стоматологический журнал. 2017. Т. XVIII, № 4. С. 321–325.
4. *Леус, П. А.* Реализация национальной программы профилактики / П. А. Леус // Стоматологический журнал. 2000. № 1. С. 44–47.
5. *Матвеев, А. М.* Итоги деятельности стоматологической службы Республики Беларусь за 2016 г. / А. М. Матвеев, В. В. Близнюк // Стоматологический журнал. 2016. Т. XVIII, № 3. С. 171–178.

6. *Мельниченко, Э. М.* Эффективность программы профилактики в Республике Беларусь / Э. М. Мельниченко // *Здравоохранение*. 1995. № 10. С. 23–26.

7. *Терехова, Т. Н.* Динамика стоматологического статуса детского населения Республики Беларусь / Т. Н. Терехова, Е. И. Мельникова // *Современная стоматология*. 2016. № 2. С. 52–53.

8. *Результаты* эпидемиологического обследования населения Беларуси в 2010 г. / Н. А. Юдина [и др.] // *Стоматологический журнал*. 2011. № 1. С. 22–26.