

Л. А. КАЗЕКО, С. П. СУЛКОВСКАЯ, О. А. ТАРАСЕНКО

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕ-
ЛЕНИЯ И МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНДИКАТОРЫ
ДЛЯ МОНИТОРИНГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКО-
ГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. А. КАЗЕКО, С. П. СУЛКОВСКАЯ, О. А. ТАРАСЕНКО

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
И МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ
МОНИТОРИНГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616.31-084-047.36(075.8)

ББК 56.6я73

К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 21.04.2021 г., протокол № 4

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Н. А. Гресь; 2-я каф. терапевтической стоматологии

Казеко, Л. А.

К14 Стоматологическое здоровье населения и международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, С. П. Сулковская, О. А. Тарасенко. – Минск : БГМУ, 2021. – 36 с.

ISBN 978-985-21-0922-2.

Изложены международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения, основы здорового образа жизни, средства и методы просвещения и обеспечения здоровья населения.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся на русском языке.

УДК 616.31-084-047.36(075.8)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985- 21-0922-2

© Казеко Л. А., Сулковская С. П., Тарасенко О. А., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: «Стоматологическое здоровье населения и международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения».

Рабочей группой специалистов из 22 европейских стран под эгидой Европейской комиссии предложены наиболее существенные индикаторы (показатели, критерии) для мониторинга стоматологического здоровья на коммунальном уровне. Большинство индикаторов базируются на рекомендациях ВОЗ по использованию методов мониторинга качества системы стоматологической помощи населению.

Цель занятия: изучить международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения, а также факторы здорового образа жизни и пути достижения здоровья населения.

Задачи занятия:

1. Изучить критерии здоровья полости рта как индикаторов общего здоровья.
2. Показать студентам концепцию факторов риска как основу современных представлений о профилактике стоматологических заболеваний и болезней организма в целом.
3. Познакомится с принципами интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в Республике Беларусь.
4. Дать студентам знания о формах и средствах стоматологического просвещения для формирования здорового образа жизни.
5. Научить студентов выявить факторы риска при обследовании пациента.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Основные факторы риска развития кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.
2. Методы профилактики стоматологических заболеваний.
3. Состав и свойства зубного налета, ротовой жидкости.
4. Канцерогены в пище и воде как фактор риска.
5. Представление о современных подходах к решению стоматологических проблем с целью сохранения и укрепления здоровья человека.
6. Валеологические основы обучения и воспитания населения Республике Беларусь.
7. Критерии здоровья, факторы, его формирующие (медико-профилактический факультет БГМУ).

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения.
2. Отличия в системах отчетности по стоматологической помощи населению в странах СНГ от европейских индикаторов стоматологического здоровья.

3. Виды факторов нездорового образа жизни и их взаимосвязь в развитии стоматологических и общесоматических заболеваний.

4. Стоматологический компонент программы СИНДИ как основа профилактики заболеваний полости рта по отношению к факторам риска.

5. Компоненты вертикальных и интегрированных программ профилактики стоматологических заболеваний по оздоровлению населения.

6. Цели и задачи стоматологического просвещения и обеспечения здоровья населения.

7. Методы и средства мотивации пациента по факторам здорового образа жизни.

8. Основные этапы процесса приобретения здоровых привычек у населения.

9. Формы, методы и средства стоматологического просвещения и обеспечения здоровья населения.

10. Критерии эффективности оздоровительных программ для профилактики стоматологических заболеваний (оценка контрольных визитов и т. д.).

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Стоматологическое здоровье человека — одна из важнейших составляющих не только общего здоровья, но и качества жизни, поскольку какие-либо проблемы зубочелюстной системы существенно влияют на физическое, психологическое и социальное благополучие индивидуума.

В системе стоматологической помощи населению Беларуси с советских времен сохранились методы оценки результатов лечебно-профилактической работы. Учитывается количество посещений, установленных пломб, зубных протезов, выполненных операций и т. п. Реализация Национальной программы первичной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта в стране с 1998 г. потребовала проведения постоянного мониторинга заболеваемости детского населения кариесом. В отчетной системе появились данные о гигиене рта и КПУ «ключевых» возрастных групп детей 6 и 12 лет.

Национальная система стоматологической помощи населению, согласно Глобальным целям ВОЗ стоматологического здоровья к 2000 г., должна включать мониторинг стоматологического здоровья, который использует общепринятые на международном уровне критерии, что позволяет объективно оценивать качество лечебно-профилактической стоматологической помощи, обоснованно и своевременно вносить коррективы в программы профилактики стоматологических заболеваний, планировать материальное и кадровое обеспечение отрасли (ВОЗ, 2000 г.).

Европейской комиссией по здравоохранению предложены 40 индикаторов стоматологического здоровья, которые показали достаточно хорошую информативность в комплексной оценке стоматологического статуса и факторов риска возникновения основных стоматологических заболеваний у детей.

Предложенные индикаторы научно обоснованы, апробированы на практике (имеются научные публикации по каждому индикатору), международно признаны, легко воспроизводимые и не требуют дополнительных материальных затрат в системе стоматологической помощи страны. Индикаторы охватывают все возрастные группы детей и взрослых. Исследованию (оценке) подлежат 3 основные составляющие ВОЗовской модели системы стоматологической помощи населению (П. А. Леус, 2008 г.): **«структура», «процесс» и «результат»** (рис. 1).



Рис. 1. Организационная схема программы практической реализации системы стоматологической помощи (ВОЗ, 1980)

Очевидно, что «Структура» в системе стоматологической помощи играет детерминирующую (определяющую) роль, под которую «выстраиваются» соответствующие мероприятия (процесс действия) для получения определенного «Результата». В свою очередь, структура обусловлена детерминантами стоматологического здоровья, т. е. причинами или факторами риска возникновения стоматологических болезней. Таким образом, оценочная система стоматологической помощи адаптирована к ВОЗовской модели. **Детерминанты (Д):**

- неудовлетворительная гигиена рта;
- дефицит фтора;
- частое употребление углеводной пищи.

Процесс (П): профилактические осмотры, программы профилактики в ДДУ и школах, стоматологический персонал.

Результат (Р):

- сохраненные естественные зубы;
- кариес зубов;
- болезни периодонта;
- качество жизни.

Таким образом, алгоритм практического применения системы Европейских индикаторов стоматологического здоровья населения, можно представить следующей схемой: первичная (базовая) оценка результатов → выявление детерминантов → оценка эффективности процесса → проведение ситуационного анализа → разработка Программы профилактики → мониторинг эффективности системы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению, используя международно признанные Европейские индикаторы стоматологического здоровья.

Р-1. Кариес зубов в раннем детстве.

Распространенность и интенсивность кариеса временных зубов у детей раннего и дошкольного возраста: 1–3 года или 1–5 лет.

Р-2. Кариес первых постоянных моляров у детей.

Распространенность и интенсивность кариеса первых постоянных моляров у детей 12 лет.

Р-3. Флюороз зубов.

Распространенность и интенсивность флюороза зубов у детей 12 лет.

Р-4. Здоровые зубы (нет кариозных поражений).

Процент здорового населения без кариозных поражений постоянных зубов в возрастных группах от 5 до 74 лет.

Р-5. Интенсивность кариеса зубов.

Интенсивность кариеса временных и постоянных зубов среди населения в возрастных группах от 5 до 74 лет.

Р-6. Интенсивность болезней пародонта.

Интенсивность болезней пародонта по степени тяжести потери прикрепления в возрастных группах от 35 до 74 лет.

Р-7. Рак полости рта.

Количество случаев рака полости рта в течение одного года на 100 000 населения в возрасте от 35 до 64 лет.

Р-8. Количество сохранившихся естественных зубов.

Процент взрослых людей 18 лет и старше, сохранивших естественные зубы.

Р-9. Сохранившаяся функциональная окклюзия.

Пропорция взрослых людей в возрасте 18 лет и старше, сохранивших функциональную окклюзию.

Р-10. Распространенность адентии.

Пропорция населения в возрасте 35 лет и старше, утерявших все естественные зубы.

Р-11. Функциональные ограничения в полости рта.

Пропорция населения в возрасте от 8 до 65 лет и старше, у которых в течение последних 12 месяцев были функциональные ограничения зубочелюстной системы (нарушение «физического благополучия»).

Р-12. Зубная боль.

Пропорция людей в возрасте от 8 до 65 лет и старше, которые в течение последних 12 месяцев испытали боль или дискомфорт в полости рта.

Р-13. Психологический дискомфорт из-за стоматологического статуса.

Пропорция населения в возрасте от 8 до 65 лет и старше, которые за последних 12 месяцев испытали психологический дискомфорт (напряжение) из-за проблем в полости рта.

Р-14. Психологические ограничения из-за состояния зубов.

Пропорция населения в возрасте от 8 до 65 лет и старше, которые в течение последних 12 месяцев испытали морально-психологическую неполноценность из-за вида своих зубов или протезов (нарушение «психологического благополучия»).

Р-15. Социальные ограничения из-за состояния зубов.

1. Пропорция детей и подростков в возрасте от 8 до 17 лет, которые не смогли посещать школу из-за острых или хронических болезней любой степени тяжести за последние 12 месяцев.

2. Пропорция взрослых людей в возрасте от 18 до 65 лет, которые в течение последних 12 месяцев испытывали трудности в выполнении их нормальной ежедневной работы из-за острых или хронических болезней любой степени тяжести (нарушение «социального благополучия»).

Данные исследований стоматологического здоровья населения (результатов) и наиболее вероятные детерминанты (причины) (табл.1).

Таблица 1

Наиболее вероятные причины результатов

Результаты	Варианты уровней показателей	Возможные детерминанты
Р-1. Кариес у детей дошкольного возраста	Высокий	Неконтролируемые факторы риска
Р-2. Кариес первых постоянных моляров у детей	Средний	Отсутствие Программы первичной профилактики, ее неэффективность
	Низкий	Благоприятные природные факторы или реализация эффективной Программы первичной профилактики кариеса зубов
Р-3. Флюороз зубов	IF 2–5	Избыточное поступление фтора в организм
Р-6. Интенсивность болезней периодонта	От легкой до тяжелой степени	Неудовлетворительная гигиена рта. Отсутствие или программы чистки зубов детей в ДДУ и школах либо неэффективность этих программ. Неэффективная система стоматологической помощи населению
Р-7. Рак полости рта	Количество случаев	Неконтролируемые факторы риска
Р-9. Сохранившиеся функциональная окклюзия	> 20 зубов	Эффективная система лечебно-профилактической помощи населению
	< 20 зубов	Недостаточно эффективная система стоматологической помощи населению
Р-10. Распространенность адентии	Минимальный процент	Эффективная система лечебно-профилактической помощи населению.
	Максимальный процент	Недостаточно эффективная система стоматологической помощи населению.
Р-11–15. Ограничения из-за состояния зубов	Физические Психологические Социальные	Недостаточно эффективная система лечебно-профилактической помощи населению.

Неудовлетворительные показатели стоматологического статуса и их отрицательное влияние на качество жизни людей указывают на возможное наличие факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, отсутствие программы профилактики и определенные проблемы в системе стоматологической помощи населению или недостаточную ее эффективность. Для их объективизированного выявления и мониторинга предложены индикаторы оценки детерминантов (причинных факторов) и процесса (действия).

Д-1. Ежедневная чистка зубов фторсодержащей зубной пастой.

Процент детей, ежедневно чистящих зубы фторсодержащей зубной пастой в возрастных группах 3–6, 6–12 и 13–17 лет.

Д-2. Антенатальная профилактика.

Пропорция женщин 15–39 лет, посетивших врача-стоматолога во время последней беременности с целью профилактики болезней зубов у будущего ребенка.

Д-3. Знания матерей о фтористых зубных пастах для профилактики кариеса у детей.

Процент матерей детей дошкольного возраста, которые знают о пользе использования фторсодержащей зубной пасты 2 раза в день в профилактике кариеса зубов.

Д-4. Подверженность фторированию.

Процент детского населения в возрасте до 13 лет, ежедневно употребляющих фториды с питьевой водой, пищевой солью, фторированным молоком, зубными пастами.

Д-5. Ежедневное потребление пищи и напитков.

Процент населения в возрасте от 5 до 60 лет и старше, которые сообщили о частоте ежедневного потребления пищи и напитков.

Д-6. Распространенность использования табака.

Процент детей и подростков от 12 до 17 лет, а также взрослого населения в возрасте 18 лет и старше, использующих табак.

Д-7. Стоимость стоматологических услуг.

Суммарная стоимость стоматологических услуг, оказываемых населению в государственных и негосударственных ЛПУ за год.

Д-8. Затраты внутреннего валового продукта (ВВП — GNP) на стоматологические услуги населению.

Процент ВВП, затрачиваемого на лечебно-профилактическую помощь, осуществляемую стоматологическим персоналом.

Однако выявление детерминант еще недостаточно для окончательной оценки и/или мониторинга эффективности системы лечебно-профилактической стоматологической помощи. Так, программа профилактики может быть разработана, но она не реализуется на практике; не проводятся ежегодные стоматологические осмотры детей; затруднена доступность стоматологической помощи в сельских районах; в структуре посещаемости стоматологических ЛПУ превалирует неотложная помощь и др.

По результатам исследования детерминантов, по каждому из индикаторов можно выявить следующие факторы риска для стоматологического здоровья:

- недостаточный охват детей программой контролируемой чистки зубов, или отсутствие такой программы;
- отсутствие программы фторирования;

- нездоровые привычки;
- недостаточное финансирование лечебно-профилактической стоматологической помощи населению и др.

П-1. Программы профилактики в ДДУ.

Количество (или процент) ДДУ, в которых реализуется Программа первичной профилактики стоматологических заболеваний, включающая контролируемую (под наблюдением) чистку зубов с использованием фторсодержащей зубной пасты.

П-2. Школьная программа ежедневной чистки зубов фторсодержащими зубными пастами.

Количество (или процент) школ, в которых реализуется Программа первичной профилактики стоматологических заболеваний, включающая контролируемую (под наблюдением) ежедневную чистку зубов с использованием фторсодержащей зубной пастой.

П-3. Программа скрининга стоматологического статуса детей.

Соотношение (на 1000 человек) детей и подростков 3–16 лет, обследованных 1 раз в году с целью раннего выявления доклинических проявлений стоматологических заболеваний.

П-4. Защитные силанты.

Процент детей в возрасте 6–8 лет и подростков в возрасте 12–14 лет, которым наложены силанты на один или более постоянных моляров.

П-5. Ортодонтическое лечение.

Процент детей и подростков в возрасте 5–17 лет, у которых в момент опроса (исследования) имелись ортодонтические аппараты.

П-6. Доступность стоматологической помощи по расположению ЛПУ.

Процент населения в возрасте 18 лет и старше, которые в момент опроса сообщили, что они могут прийти на прием к стоматологу в ЛПУ, расположенному в пределах не более 30 минут от места работы или проживания.

П-7. Доступность первичной медико-санитарной стоматологической помощи.

Процент населения в возрасте 18 лет и старше. Они считают, что в случае необходимости имеют возможность (доступ) воспользоваться первичной медико-санитарной стоматологической помощью.

П-8. Посещение стоматолога (зубного врача, зубного гигиениста) в течение последних 12 месяцев.

Процент населения в возрасте от 2 лет, которое посетило стоматолога (или стоматологический кабинет) в течение последних 12 месяцев.

П-9. Причина последнего посещения стоматолога.

Процент детей в возрасте 5–11 лет, подростков в возрасте 12–17 лет и взрослых в возрасте 18 лет и старше, посетивших стоматолога (последний визит) с целью профилактического осмотра, обычного лечения, или неотложной стоматологической помощи.

П-10. Причина непосещения стоматолога за последние 2 года.

Причина, по которой дети 5–11 лет, подростки 12–17 лет и взрослые 18 лет и старше не посетили стоматолога в течение последних 2 лет.

П-11. Прекращение использования табака.

Процент стоматологов, которые советовали своим пациентам отказаться от использования табака.

П-12. Нелеченый кариес.

Процент детей и взрослых возрастных групп 2–4, 6–8, 12, 15, 35–44 года, у которых выявлен один, или более нелеченых зубов с кариесом дентина.

П-13. Состояние периодонта.

Процент населения возрастных групп 12, 15, 18, 35–44 и 65–74 года со здоровым периодонтом, гингивитом (без признаков периодонтита), периодонтальными карманами 4–6 мм, периодонтальными карманами 6 мм и глубже.

П-14. Съёмные протезы.

Процент населения 20–65 лет и старше, которые на момент исследования имели съёмные зубные протезы.

П-15. Стоматологи и другой персонал, обеспечивающий стоматологическое лечение.

Количество и соотношение (на 100 000 населения) работающих (активных) стоматологов, зубных врачей, зубных гигиенистов и зубных техников.

П-16. Удовлетворение качеством стоматологической помощи населению.

Количество стоматологов, которые при опросе сообщили об удовлетворении оказываемой пациентам качеством стоматологической помощи: общей, профилактики, лечения, ортодонтического лечения.

П-17. Удовлетворение зарплатой.

Количество стоматологов, которые отметили удовлетворение их общим доходом (зарплатой), доходами от профилактики и стоматологического лечения.

Использование унифицированных индикаторов (показателей), признанных международным сообществом, позволяет сравнить уровень стоматологического здоровья населения Беларуси с таковым в других странах. Точно так же во многих сферах экономики, образования, технологического прогресса можно провести сравнение.

С учетом многофакторности этиологии основных стоматологических заболеваний определение значимости комплекса поведенческих и природных факторов, влияющих на стоматологический статус индивидуума, позволяет выявить степень риска возникновения заболеваний и принять соответствующие меры для их уменьшения или устранения.

Первичная профилактика кариеса зубов и болезней периодонта пока базируется на программах минимизации факторов риска. Выявленные в аналитической эпидемиологии индикаторы риска достаточно четко указывают, какие меры должны быть приняты для повышения эффективности профилактических мероприятий.

Рекомендации ВОЗ по оценке качества стоматологической помощи до сих пор не реализуются на практике в полной мере. Ряд таких индикаторов, как количество кариозных нелеченых и удаленных зубов, распространенность кровоточивости десен и утери прикрепления периодонта, а также использование населением стоматологической помощи и обращаемость с целью профилактики могли бы коренным образом переориентировать систему от лечебной к профилактической, что соответствует высокому качеству стоматологической помощи населению.

В Республике Беларусь, единственной из стран СНГ, более 20 лет реализуется Национальная программа первичной профилактики кариеса зубов и болезней периодонта среди населения. В результате интенсивность кариеса зубов «ключевой» возрастной группы детей 12 лет уменьшилась на 40 %. Важнейший индикатор (средний КПУ постоянных зубов) сыграл большую роль в объективном мониторинге заболеваемости. В течение начального периода реализации программы по профилактике стоматологических заболеваний в Беларуси профилактики осуществлялась весомая научная поддержка.

ВИДЫ ФАКТОРОВ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наиболее интересным является тот факт, что улучшение общего состояния здоровья наблюдается в тех странах, где снижается уровень болезней полости рта. «Образ жизни — понятие, характеризующее особенности повседневной жизни людей. Охватывает труд, быт, формы использования свободного времени, удовлетворение материальных и духовных потребностей, нормы и правила поведения», — Советский Энциклопедический словарь, 1979 г. Здоровый образ жизни способствует предупреждению болезней и сохранению здоровья человека. При нездоровом образе жизни на организм человека могут оказывать патогенное воздействие множество факторов (табл. 2).

Таблица 2

Факторы нездорового образа жизни и стоматологические болезни

Стоматологические болезни	Отсутствие или недостаточная чистка зубов	Много сахара в пище	Частое употребление сладостей	Курение	Частое употребление кислых продуктов	Чрезмерная чистка зубов жесткой щеткой и зубным порошком	Частое употребление крепкого алкоголя	Дефицит фтора в питьевой воде	Нерегулярное посещение зубного врача	Негигиеничное содержание зубных протезов
Кариес зубов	+	++	+++					+++		
Пульпит, апикальный периодонтит									+++	
Болезни периодонта										
Гингивит	+++	+	++						+	
Периодонтит	++		+				+		++	
Некариозные дефекты эмали зубов					++	+++				

Стоматологические болезни	Отсутствие или недостаточная чистка зубов	Много сахара в пище	Частое употребление сладостей	Курение	Частое употребление кислых продуктов	Чрезмерная чистка зубов жесткой щеткой и зубным порошком	Частое употребление крепкого алкоголя	Дефицит фтора в питьевой воде	Нерегулярное посещение зубного врача	Негигиеничное содержание зубных протезов
Изменение цвета эмали зубов	++			++						
Болезни слизистой оболочки полости рта	++			+			++		+	+++
Злокачественные опухоли полости рта				+++			+		+	+

+ — риск заболевания

++ — высокий риск

+++ — очень высокий риск

Исходя из очевидных взаимосвязей факторов риска и болезней зубов, можно построить программы профилактики, основанные на уменьшении действия факторов риска или их устранении. Стоматологам известны, например, программа чистки зубов среди студентов Минского медицинского института (работы С. В. Агиевцевой, Л. Г. Борисенко, Л. А. Казеко, С. С. Лобко, О. Н. Пронорович, 1992–1996 гг.). Доцент С. В. Латышева осуществляла программу борьбы с курением. Профессор Т. Н. Терехова внедрила фторирование пищевой соли, чтобы уменьшить фактор риска в виде дефицита фтора в питьевой воде в РБ.

Перечисленные примеры коммунальной профилактики относятся к так называемым **вертикальным программам**, направленным на устранение или уменьшение какого-либо одного фактора риска. В итоге программа обеспечивает профилактику одного заболевания, например, в случае фторирования пищевой соли — снижение интенсивности кариеса зубов. Однако население будет страдать от других заболеваний (болезни периодонта и другие), так как в рамках вертикальной программы не устранены факторы риска возникновения этих болезней.

Согласно заявлению ВОЗ, стоматологическое здоровье (oral health) является значимой и обязательной составляющей социальной медицины и организации здравоохранения. В 1988 г. ВОЗ были предложены Европейские цели достижения стоматологического здоровья как ориентир для разработки и внедрения мероприятий, направленных на профилактику наиболее распространенных заболеваний полости рта. Эти цели касались населения всех возрастных групп населения. Во многих странах Европы системами здравоохранения были предприняты существенные усилия, направленные на реализацию этих целей ВОЗ, которые привели к значительному улучшению стоматологического здоровья широких масс населения, в основном, за счет снижения распространенности кариеса.

Такие позитивные результаты дали основание ВОЗ разработать Глобальные цели стоматологического здоровья до 2020 г. (Заявление FDI — ВОЗ — IADR, 2003; WHO Global Oral Health Programme — Continuous improvement of oral health in the 21st century), которые призывали органы здравоохранения всех стран мира и стоматологическую общественность:

- способствовать стоматологическому здоровью и минимализировать влияние заболеваний стоматологического и челюстно-лицевого происхождения на общее здоровье и психосоциальное развитие;
- минимализировать влияние стоматологических и челюстно-лицевых проявлений общесоматических заболеваний у отдельных людей и общества в целом, использовать эти проявления для ранней диагностики, профилактики и эффективного лечения системных заболеваний.

Эти Глобальные цели прямо указывают на то, какое большое значение ВОЗ придает стоматологическому здоровью и какую тесную взаимосвязь оно имеет с общим здоровьем человека.

Под влиянием курения и излишнего употребления алкоголя (факторов нездорового образа жизни) возникает рак слизистой оболочки рта, имеющий непосредственное отношение к стоматологии. Устранение максимального количества факторов риска заболеваний возможно при **здоровом образе жизни** (рис. 2). При этом достигается не только приемлемый уровень стоматологического здоровья (т. е. низкая интенсивность кариеса и болезней пародонта, минимальный риск злокачественных новообразований и др.), но также обеспечивается хорошее общее здоровье и снижается заболеваемость и смертность от патологии сердечно-сосудистой системы и других болезней. Такие программы профилактики называются **интегрированными**, или комплексными. Наиболее результативная интегрированная программа была разработана ВОЗ в 1981–1985 гг. под названием **СИНДИ** (CINDI, WHO/Europe, 1994 г.). **СИНДИ** — интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (включая стоматологические).



Рис. 2. Составляющие звенья при формировании здорового образа жизни

В Европе и Северной Америке неинфекционные заболевания представляют собой значительную проблему и, следовательно, являются той областью, за счет которой может быть достигнуто существенное улучшение здоровья. Три смерти из четырех происходят вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований или других внешних причин, таких как травма, полученная при несчастных случаях, убийство и самоубийство. Многие заболевания, или приводящие к ним состояния, возникают из-за *нездорового образа жизни* либо неблагоприятной природной и социальной среды и, таким образом, предотвратимы или доступны раннему выявлению и лечению.

Интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ), в которой в 1996 г. участвовали 22 страны, в т. ч. и Беларусь, является одним из главных проводников политики ВОЗ — «Здоровье для всех» (Зборовский Э. И., 1999 г.).

Национальные программы во многих странах продемонстрировали эффективность интегрированных подходов в борьбе с курением, достижение более здоровых привычек питания и образа жизни и снижение посредством этого преждевременной смертности, связанной с основными хроническими болезнями и состояниями.

СИНДИ является одной из наиболее активно реализуемых программ ВОЗ, оказывающих влияние на работников здравоохранения в принятии последними принципов политики «Здоровье для всех» и мобилизующих их подталкивающих к осуществлению конкретных действий. Эта программа обеспечивает научную поддержку концепции «Здоровье для всех» благодаря применению комплексного протокола, включающего информационную систему используемую в качестве встроенного механизма оценки, которая может быть применена в любой стране на любом уровне. СИНДИ внесла свой вклад в развитие политики здравоохранения во многих странах: Канаде, Израиле, Литве, Финляндии, Ирландии, Соединенном Королевстве, а также создала сеть стран, совместно решающих общие задачи и увеличивающих результаты усилия друг друга.

В разработанную программу вовлекаются не только службы здравоохранения, но и все **другие секторы**, создающие благоприятную для здоровья социальную, экономическую, природную и культурную среду. Именно такая среда может способствовать выбору людьми здорового образа жизни.

Указанный принцип межсекторальных взаимодействий служит основой нового интегрированного, мультидисциплинарного, направленного на сообщество подхода к контролю и снижению распространения неинфекционных заболеваний. Выбранный метод делает акцент на укреплении здоровья и предотвращении болезней посредством благодаря функционирующим системам здравоохранения, а также активному участию как сообществ, так и индивидуумов. Следовательно, такой подход более широкий, чем традиционная работа одних лишь служб здравоохранения. Он способствует ответственному отношению к здоровью у личностей и сообщества в целом.

СИНДИ должна играть главную роль в создании коалиции или оказывать поддержку тем отделам здравоохранения, которые отвечают за координацию на национальном уровне. В зависимости от конкретной ситуации комплексные межсекторальные профилактические мероприятия могут охватывать сельское хозяйство, образование, финансы, транспорт, окружающую среду, трудовую деятельность, жилье, потребление, а также средства массовой информации, профсоюзы и неправительственные организации, такие как Красный Крест, религиозные общины и спортивные общества. В качестве примера можно привести сферу питания. Без сотрудничества между правительством, добровольными обществами, сельскохозяйственным сектором и пищевой промышленностью не может быть осуществлена комплексная политика, включающая общее и профессиональное обучение, обеспечение доступности оздоровительных диет.

Многие страны установили тесные связи между своими программами СИНДИ и другими программами ВОЗ, такими как проект «Здоровые города». Создавая союзы с профессиональными ассоциациями и добровольными обществами (например, со связанными с онкологическими, кардиологическими заболеваниями и диабетом), программы СИНДИ могут расширять свою сеть, увеличивать свои ресурсы и получать пользу от партнерства на коммунальном, национальном и международном уровнях.

Интегрированный подход отражает признание общности ряда факторов риска, связанных с различными хроническими болезнями. Одновременное снижение нескольких общих факторов риска приведет к уменьшению распространенности основных неинфекционных заболеваний.

При определении факторов риска нужно учитывать следующие критерии:

- факторы риска должны быть связаны с несколькими, главным образом, самыми распространенными неинфекционными заболеваниями;
- они должны иметь доказательную базу;
- должны существовать методики вмешательства и оценки изменений.

Список неинфекционных заболеваний, подлежащих включению в программу, не следует ограничивать, однако приоритетнее должны быть заболевания с такими факторами риска:

- хронические болезни органов дыхания;
- сахарный диабет;
- кариес зубов.

Концепция интеграции — центральная для СИНДИ. Идея в том, что ряд факторов риска (в основном, связанных с образом жизни) являются общими для широко распространенных неинфекционных заболеваний. СИНДИ способствует объединению усилий, направленных на контроль факторов риска, что служит эффективным средством для снижения числа новых случаев заболеваний.

С практической точки зрения, интеграция означает использование существующих инфраструктур и ресурсов здравоохранения с полным охватом оздоровительных, профилактических и лечебных учреждений (рис. 3). СИНДИ помогает выявить недостатки в профилактических мероприятиях как

на местном, так и на национальном уровнях, и является центром координации этих мероприятий. Интеграция также предполагает внедрение на местах различных модулей профилактического вмешательства, направленных на основные факторы риска в соответствующих группах населения. Эти модули должны включать определенные стратегии и иметь поддержку соответствующих организаций. Руководству СИНДИ следует стремиться к обеспечению взаимодействия модулей, устанавливая механизмы планирования и координации.



Рис. 3. Концепция интеграции в рамках программы СИНДИ

ЗАДАЧИ, СВЯЗАННЫЕ С ФАКТОРАМИ РИСКА

Данные о факторах риска, представленные странами-участницами в Центр по обработке данных СИНДИ, показывают, что среди лиц в возрасте от 25 до 65 лет распространенность отдельных факторов риска колеблется в следующих пределах (табл. 3):

Таблица 3

Распространенность факторов риска

Факторы риска	Распространенность
Регулярное курение	29–56 %
Высокое артериальное давление (> 140/90 мм рт. ст.)	15–60 %
Нарушения липидов крови (общий холестерин > 5,2 ммоль/л или 200 мг/дл)	45–80 %
Избыточная масса тела (индекс массы тела > 30)	11–38 %

Было установлено, что в большинстве стран-участниц СИНДИ более $\frac{2}{3}$ взрослого населения имеют один или несколько основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. К тому же у лиц с несколькими факторами риска даже при их умеренной выраженности риск сердечно-сосудистых заболеваний значительно повышается. Последние исследования указывают на прямые взаимосвязи кариеса зубов, осложнений кариеса и болезней пародонта с общими заболеваниями (Н. А. Юдина, 2004 г.). Следовательно, неудовлетворительный стоматологический статус является одним из факторов риска для здоровья людей. С другой стороны, практически все общие болезни проявляются в полости рта, нередко в виде тяжелых форм хронических периодонтитов, очень трудно поддающихся лечению.

Курение не только способствует возникновению рака, но и служит основным фактором развития почти каждого третьего случая сердечно-сосудистых заболеваний. В промышленно развитых и многих развивающихся странах искоренение курения считается в настоящее время единственным наиболее эффективным средством оздоровления населения. Многие страны развернули комплексную кампанию по борьбе с курением, что привело к заметному сокращению числа курящих. В тех странах, где правительство и органы здравоохранения не придают данной проблеме первоочередного значения, систематического подхода к искоренению курения нет. Программы СИНДИ могут способствовать развитию комплексных кампаний по борьбе с курением посредством межсекторального подхода. На лечебно-профилактических учреждениях лежит особая ответственность за то, чтобы персонал подавал пример для окружающих быть свободным от вредной привычки.

Роль стоматолога в борьбе с курением очень велика. В США разработана специальная стоматологическая программа борьбы с курением, которая показала высокие результаты. Ее возглавляет бывший Главный стоматолог США Роберт Мекленбург. В Беларуси число курящих молодых людей в течение последних лет увеличивается. По данным анонимного анкетирования студентов-медиков число постоянно курящих сигареты составило более 30 % (Mecklenburg R., et al., 1992 г.).

Фундаментальное значение для профилактики и контроля некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонии, диабета, гиперхолестеринемии, избыточной массы тела) придается правильному питанию с поддержанием адекватного энергетического баланса и нормальной массы тела (FDI, IDJ, 1994 г.). Кроме того, имеются данные, что увеличение употребления в пищу овощей и клетчатки и снижение потребления жиров могут способствовать профилактике некоторых видов рака. В ряде стран в рамках программы СИНДИ разработаны научно обоснованные рекомендации по питанию. Однако следует отметить, что в большинстве стран в мире отсутствуют достоверные данные о потреблении пищевых продуктов.

Вопросы, связанные с питанием, очень разнообразны, и их лучше решать с использованием межсекторального подхода. Например, потребители должны иметь возможность покупать здоровую пищу по доступным ценам и при этом получать нужную информацию о продуктах питания. Наиболее эффективным будет тот подход, который разрабатывается совместно со всеми институтами, имеющими отношение к питанию населения как в общественном, так и в частном секторах.

Республика Беларусь официально принята Европейским региональным Бюро ВОЗ в качестве полноправного члена СИНДИ на Совете директоров в г. Любляна 12 мая 1994 г. СИНДИ опирается на факторную концепцию профилактики и строится в виде конкретных демонстрационных проектов, начинаемых, как правило, энтузиастами-профессионалами с постепенным расширением сферы действия через реализацию этих проектов. В 90-х гг. в рамках программы действовало 5 демонстрационных проектов («Профилактика

тика инвалидности», «Кардиология», «Сахарный диабет», «Стоматология», «Обучение населения здоровому образу жизни»).

Обычно демонстрационные проекты СИНДИ имеют следующие компоненты:

- применение существующих знаний о профилактике как на индивидуальном, так и на коммунальном уровнях;
- информационные системы для обеспечения планирования, мониторинга и оценки вмешательства;
- оценка процесса и результата для определения ценности вмешательства и сравнения его с другими подходами, используемыми в программах СИНДИ;
- организационные структуры, такие как коалиции и координационные комитеты, созданные оказания поддержки согласованным профилактическим мероприятиям на национальном, региональном и коммунальном уровнях;
- связь с соответствующими национальными программами здравоохранения (законодательство или практические руководства по профилактической медицине).

Дальнейшему развитию данной программы послужил приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 159 от 20 ноября 1995 г. «О разработке программ интегрированной профилактики и совершенствовании метода диспансеризации населения», который определил 19 новых демонстрационных проектов, охватывающих основные направления развития профилактики в условиях реформирования здравоохранения. В настоящее время в рамках ГНТП «Реабилитация» решается один из ключевых вопросов — формирование единого банка данных в рамках реализации отдельных демонстрационных проектов программы СИНДИ в Беларуси и разработка системы оценки и мониторинга процесса профилактических вмешательств на уровне программных средств с учетом требований «Протокола и практического руководства по программе СИНДИ».

В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июня 1997 № 159 «О выполнении программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в Республике Беларусь» детально оговорены мероприятия, предусмотренные данной программой.

Система охраны здоровья населения с момента ее организации должна предоставлять возможности для здорового образа жизни людей. На практике в повседневной жизни конкретный индивидуум может не использовать известные профилактические мероприятия, такие как употребление здоровой пищи, физическая активность и др. Во-первых, это может быть связано с неинформированностью населения. Во-вторых, система здравоохранения наряду с предоставлением информации должна осуществляет медико-социальные мероприятия по обеспечению здоровья. Стоматолог как специалист может оценить медицинскую эффективность просвещения путем определения уровня стоматологического здоровья людей.

Для осуществления долгосрочной профилактической программы существенное значение имеет политическая и коалиционная поддержка. Поэтому одной из важнейших задач является поиск путей, обеспечивающих данную поддержку на национальном и местном уровнях. Для того чтобы политики, принимающие соответствующие решения, заинтересовались концепцией СИНДИ, важно выделить следующие положения:

- профилактика неинфекционных заболеваний может привести к существенному улучшению здоровья населения;
- первичная профилактика является ресурсосберегающим направлением;
- незначительное дополнительное финансирование может обеспечить значительные достижения.

Все, кто участвуют в программе СИНДИ, должны помочь ученым и работникам здравоохранения осознать свою роль в деле информирования лиц, принимающих решения в государственном и частном секторах на международном, национальном и местном уровнях, о тех возможностях, которые уже сейчас могут принести улучшение здоровья и качества жизни населения.

Опыт программы СИНДИ свидетельствует, что формальный подход «сверху вниз» к выработке политики зачастую должен уступить место неформальному коалиционному подходу. Это дает целый ряд преимуществ:

- способствует обмену информацией;
- обеспечивает децентрализованное принятие решений;
- концентрирует усилия главным образом на получении результата, а не на процессе как таковом;
- делает возможным гибкое руководство в зависимости от требований конкретной ситуации.

Поскольку различные группы населения по-разному реагируют на одну и ту же информацию, касающуюся здоровья, необходимо улучшить понимание того, каковы их представления о здоровье и как лучше воздействовать на них. В таких областях, как курение и питание, результаты будут лучше, если вмешательство будет разработано и ориентировано на четко определенные группы населения. Также представляется важным не только сообщать информацию о здоровье, но и обучать навыкам по изменению образа жизни, обеспечивать социальную поддержку, способствовать изменениям в окружающей среде, наконец, ставить на повестку дня вопросы профилактики и укрепления здоровья.

В рамках программы СИНДИ санитарное просвещение осуществляется путем индивидуальных бесед, занятий в небольших группах, а также благодаря воздействию на широкие слои населения. Информация о профилактике неинфекционных заболеваний, например, кампания СМИ по борьбе с курением, готовится совместно с правительством, общественными организациями и предпринимателями. Некоторые страны-участницы СИНДИ, например, Соединенное Королевство (Северная Ирландия) и Канада (Новая Шотландия), используют методы социального маркетинга, способствующие профилактике сердечно-сосудистых заболеваний посредством изменения образа жизни. Этим инструментом маркетинга можно добиться положительной

мотивации у людей, а также помочь с созданием поддерживающего социального окружения в соответствии с намеченными изменениями.

Проведение и оценка мероприятий по санитарному просвещению включает в себя работу со СМИ, а также в школах и на рабочих местах. Для поддержки инициатив в области образования населения программа СИНДИ могла бы использовать совместные семинары для обмена опытом по социальному маркетингу, оценке существующих потребностей, привлечению общественности и обучению лиц, работающих в коммунальной сфере.

Работники здравоохранения нуждаются в обучении, которое поможет им общаться с людьми и давать рекомендации, следить за динамикой в группах, создавать мотивацию у пациентов к изменению своего образа жизни, работать в команде. Ориентация на интегрированные подходы предполагает, что обучение должно в большей степени концентрировать внимание на проблемах сообщества и работе команд медиков с разной специализацией. В ряде стран-участниц СИНДИ значительную роль в укреплении здоровья и профилактике неинфекционных заболеваний готовы играть медицинские сестры.

Существуют 3 основных направления для усиления профилактической деятельности работников здравоохранения:

- преддипломная подготовка;
- постдипломная подготовка;
- непрерывное обучение.

Страны СИНДИ располагают большими возможностями сотрудничества в сфере профессионального образования. Они могут совместно разрабатывать ресурсы и материалы, организовывать семинары «обучения обучающихся» по профилактике.

К функциям мониторинга и оценки относятся:

- определение степени достижения поставленных целей;
- анализ процесса разработки и выполнения программы.

Таким образом, программа СИНДИ основывается на научных методах оценки процесса и результата и использует для выполнения этих функций соответствующие имеющиеся источники информации, а также специальные базы данных СИНДИ.

Главной целью *оценки* в программе СИНДИ является сравнение тенденций в различных странах-участницах и демонстрационных зонах, отличающихся друг от друга исходными ситуациями и использующих различные модели вмешательства. Для обеспечения сопоставимости областей, где выполняется программа, и сравнения тенденций необходимо, чтобы методы оценки были основаны на стандартизированных критериях.

Мониторимые показатели относятся к оценке как процесса, так и результата и группируются следующим образом:

- *основные*, или обязательные для участия в программе;
- *рекомендуемые*, или имеющие особую важность для программы (страны, которые не могут предоставлять информацию по данным показателям, должны иметь на это особые причины).

Основные показатели составляют минимальную базу данных для международного анализа в рамках программы СИНДИ.

Для определения основных показателей необходимы точные измерения и процедура стандартизации. Качество рекомендуемых показателей должно быть на столь же высоком уровне, как и у основных с использованием стандартизации. Сбор информации о показателях должен проводиться с помощью официальных и других публикуемых статистических материалов, а также специальных популяционных исследований.

Международная программа СИНДИ имеет следующие органы политики и управления (рис. 4):

- Европейское региональное бюро ВОЗ;
- страны-участницы с сотрудничающими центрами;
- Совет директоров программ;
- Комитет по управлению программой;
- Центр по обработке данных;
- рабочие группы СИНДИ;
- центры по ресурсам СИНДИ.

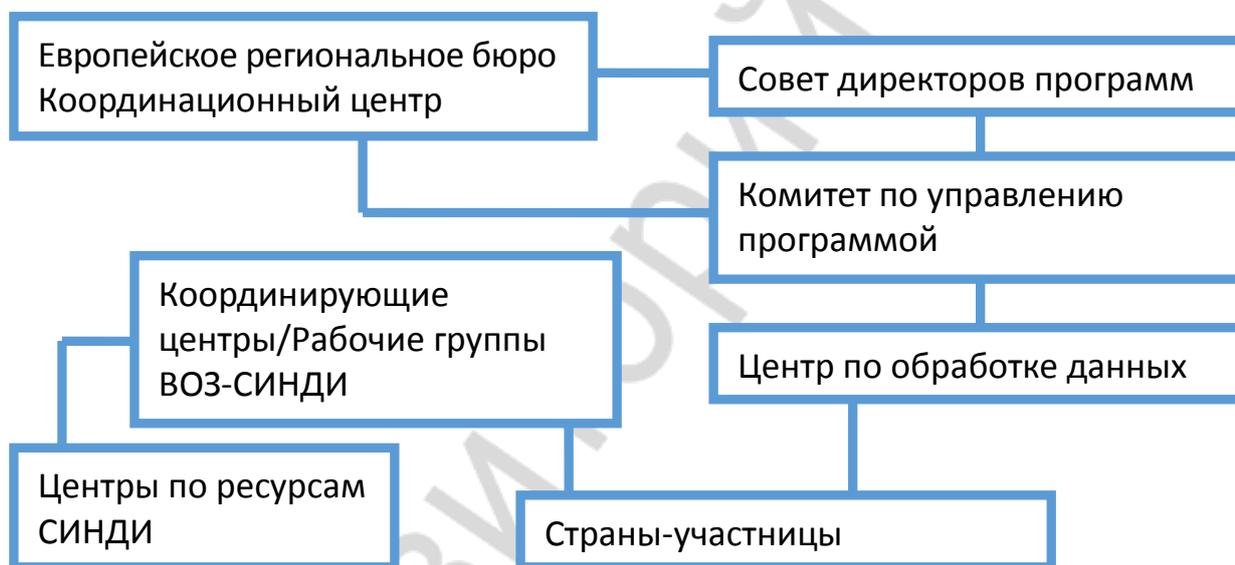


Рис. 4. Организационная схема CINDI

Страны-участницы и сотрудничающие с ними центры должны следовать протоколу и практическому руководству программы СИНДИ. Сотрудничающим центрам ВОЗ следует предоставлять информацию Европейскому региональному бюро ВОЗ и Центру по обработке данных в требуемом формате и в соответствии с утвержденным графиком. Ежегодные отчеты о ходе программы они должны представлять на рассмотрение регионального бюро ранее совещания Совета директоров программ. Периодически им необходимо принимать группы экспертов, направляемые региональным бюро для знакомства с их данными и процедурами. Сотрудничающие центры имеют доступ к центральной базе данных СИНДИ.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРАХ И НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Деятельность Министерства здравоохранения заключается в следующем:

1. Выработка Национального плана в соответствии с целями и задачами программы.
2. Рассмотрение имеющейся информации при мониторинговании и оценке программы; получение необходимых сведений от всех групп работников здравоохранения, проведение с ними совещаний и обсуждений.
3. Обеспечение пересмотра учебных программ для работников здравоохранения, особенно врачей и медицинских сестер, а также проведение курсов постдипломного обучения.
4. Новое рассмотрение системы первичной медико-санитарной помощи с точки зрения внедрения мероприятий программы в повседневную практику медицинского персонала.
5. Публикация сообщений для прессы и использование возможностей СМИ, включая телевидение.
6. Созыв общенациональных конференций, а также проведение совещаний в области здравоохранения с привлечением всех возможных групп, участвующих в программе.
7. Издание указаний лечебным учреждениям по поводу того, в чем им следует показывать пример здорового образа жизни (например, рациональное питание, некурение).

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

Министерство сельского хозяйства должно обеспечить выполнение следующей деятельности:

1. Необходима постоянная работа по стимулированию производства и потребления полезных для здоровья продуктов питания.
2. Принятие мер по обеспечению продуктов питания этикетками с информацией об их составе, а также по сбору статистики о потреблении сельскохозяйственных продуктов.

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ

От Министерства образования требуется:

1. Информация о здоровье должна входить в учебные планы всех детских садов и школ.
2. Принятие мер по изменению учебных планов подготовки работников здравоохранения и социальных служб с ориентацией их на профилактику.

3. Уделение должного внимания детям всех возрастов.
4. Организация специальных курсов по вопросам образа жизни влияющих на их здоровье и потребностей школьников для родителей.

МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ

Министерство финансов должно решать:

1. Основной задачей является пересмотр финансовой политики, касающейся здоровья в самом широком смысле, включая установление:
 - налогов на товары, вредные для здоровья: табак и алкоголь;
 - дотаций на полезные для здоровья продукты питания.

МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА

В обязанности Министерства транспорта должна входить деятельность:

1. Придание большого значения образованию с акцентом на профилактику несчастных случаев.
2. Установление в законодательном порядке правил, влияющие на сохранение здоровья людей, например, передвижение по дорожной разметке и использованию ремней безопасности.

ДРУГИЕ МИНИСТЕРСТВА

В эту категорию включаются те министерства, которые имеют отношение к окружающей среде, занятости, жилью, социальному обеспечению, потреблению и т. д. От них требуется выполнение задач:

1. Обеспечение безопасности на рабочем месте.
2. Принятие в большинстве стран законодательства по охране чистоты воздуха.
3. Уделение внимания вопросам безопасности в помещениях, на игровых площадках, в домашних условиях, при занятиях спортом и во время другого досуга.

ДРУГИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

В задачи иных организаций входят:

1. Установление тесных и продолжительных контактов со СМИ, особенно о телевидением и радио, что позволит донести до населения сведения о программе, в частности, о ее ходе и достижениях.
2. Роль профсоюза в качестве связующего звена между населением и правительством, очень важно использовать эту связь с выгодой для программы путем:
 - влияния на поведение работающих;

- убеждения правительства в необходимости принятия законодательства в область безопасности на рабочих местах;
- влияния на политику правительства, отражающуюся на здоровье работающих и их семей;
- влияния на работодателей и управляющих для обеспечения всех необходимых профилактических мер в рабочее время.

3. Секретариат может счесть целесообразным привлечение к работе других групп (Красный Крест, церковь и спортивные клубы); подобный подход расширит границы действия программы.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Стоматологическое просвещение — это предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень здоровья.

Обеспечение здоровья — это создание человеку условий жизнедеятельности, исключающих вредные для здоровья факторы, а также предоставление необходимой медицинской помощи для поддержания приемлемого уровня здоровья.

Стоматологическое просвещение и обеспечение здоровья — две неразрывные части системы профилактических мероприятий на коммунальном уровне (ВОЗ, СТД 690, 1983 г.).

При отрыве стоматологического просвещения от обеспечения здоровья его проведение среди населения является бесполезным и неоправданным. Вместо профилактической значимости такое стоматологическое просвещение может приобрести даже негативный эффект — способствовать выработке у населения неверия в профилактику.

Очень важно осуществление стоматологического просвещения на профессиональном уровне. Все положения представленной населению информации, советов и т. п. должны быть научно обоснованными и проверенными на практике. Нет необходимости убеждать просветителя в негативном или вредном влиянии необоснованных рекомендаций населению.

Цели и задачи

Общей целью стоматологического просвещения и обеспечения здоровья является выработка стойких здоровых привычек и поддержание здоровья населения на приемлемом уровне.

Основные задачи стоматологического просвещения и обеспечения здоровья сводятся к следующим:

- информирование населения об известных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и доступных методах их предупреждения;
- убеждение населения в необходимости отказа от вредных привычек, ведении здорового образа жизни и рационального использования стоматологической помощи;

- путем взаимодействия с властями, местными органами здравоохранения обеспечение населения здоровой пищей, безвредными условиями труда, здоровым бытом и адекватной медицинской помощью. Воспитание здоровых привычек является одним из самых действенных методов профилактики стоматологических заболеваний, однако оно в полной мере возможно только при условии тесного сотрудничества медицинского персонала, педагогов, родителей и институтов здоровья (рис. 5).



Рис. 5. Схема взаимодействия ресурсов санитарного (стоматологического) просвещения населения

Специфические задачи стоматологического просвещения и обеспечения здоровья могут относиться к тому или иному фактору риска или заболеванию, касаться определенной возрастной группы населения, местности проживания, места работы.

Стоматологическое просвещение в целом касается всего населения, однако ввиду возрастной специфичности стоматологических заболеваний с целью наиболее раннего предупреждения болезней на практике этот метод профилактики должен быть адресован определенному контингенту населения.

Известно, что кариес временных зубов возникает у детей уже в 1–2 года. Пораженность кариесом довольно быстро нарастает, так что к 5–6 годам у ребенка до 50 % из имеющихся зубов могут быть кариозными. Отсюда

вытекает, что мероприятия по предупреждению кариеса временных зубов должны проводиться как можно раньше, фактически, с рождения ребенка.

Следовательно, стоматологическое просвещение должно быть адресовано родителям детей первого года жизни. Также имеются определенные особенности образа жизни учащихся средних учебных заведений и студентов вузов, рабочих предприятий, тружеников сельского хозяйства, людей старших возрастных групп и пожилых. Существует ошибочное мнение, что приобретение здоровых привычек пожилыми людьми невозможно, и, следовательно, проведение санитарного просвещения среди них нецелесообразно. Опыт гигиенического воспитания среди населения в рамках ежегодных Месячников здоровой улыбки показал, что советы стоматолога по профилактике болезней зубов положительно воспринимаются во всех возрастных группах — от 6 лет до 65 лет и старше. Так, при повторном (через 1 год после беседы) анкетировании пациентов в возрасте 55–64 года было установлено увеличение процента населения, использующего фторсодержащие зубные пасты на 10 %; увеличение на 25 % пользователей межзубных нитей (флоссов); увеличение с 55,6 % до 80 % числа лиц, употребляющих фторированную соль для профилактики кариеса зубов, улучшение показателей индекса гигиены рта на 29 % (Андрушкевич Н. В. и соавт., 2003 г.). Профилактическая работа врачей стоматологов по пропаганде и обучению гигиене рта особенно важна в связи с тем, что большая часть населения не чистят зубы или чистят их неправильно (Л. Н. Полянская, 2001 г.), а пожилые люди в домах для престарелых редко используют или вообще не пользуются зубными щетками и пастами (Л. Г. Борисенко, 2004 г.).

Примеры определения специфических задач стоматологического просвещения и обеспечения здоровья (табл. 4).

Таблица 4

Определение специфических задач стоматологического просвещения и обеспечения здоровья

Проблема	Задачи
Имеются случаи рака слизистой рта у лиц пожилого возраста, курящих сигареты	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проинформировать все население о факторах риска возникновения рака слизистой рта, акцентируя внимание на курении. 2. Убедить детей школьного возраста в том, что курить вредно. 3. Обеспечить меры, исключающие продажу табачных изделий школьникам. 4. Убедить взрослых и пожилых людей отказаться от курения. 5. Обеспечить раннюю диагностику предрака и рака слизистой рта и лечение больных.

Руководствуясь общей целью стоматологического просвещения и обеспечения здоровья как стратегией профилактики и используя основные задачи как руководство к действию, можно определить конкретные специфические задачи в любой ситуации для практической реализации этого метода профи-

лактики. Задачи должны быть не только обоснованы конкретной ситуацией, но и реалистичными в смысле выполнения и измеримыми для оценки ответственности и эффективности стоматологического просвещения.

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА

Как любые профилактические мероприятия, стоматологическое просвещение и обеспечение здоровья располагают своими специфическими методами и средствами.

В Республике Беларусь, также как и в других странах бывшего СССР, несмотря на декларированную профилактическую направленность, стоматологическая помощь представлена в основном лечением (пломбирование, удаление зубов) и реабилитацией (зубопротезирование), а первичная профилактика в системе составляет лишь небольшую долю — 2–5 %. Государственная система охраны здоровья населения в Республике Беларусь открывает для человека возможности для здорового образа жизни. Однако отдельный человек и население в целом могут не использовать в полной мере предлагаемые виды профилактических мероприятий. Это может быть связано с неинформированностью, неубеденностью, нежеланием, дефицитом времени и другими факторами со стороны населения или декларацией здорового образа жизни без реального практического осуществления со стороны органов здравоохранения и властей. Таким образом, в работе всей воспитательной системы здорового образа жизни на первом месте по значимости должна быть информированность населения о возможностях современной доказательной стоматологической науки.

Из международной практики известно, что здоровый образ жизни возможен, если население информировано и желает предупредить болезни, а система здравоохранения, наряду с предоставлением информации, осуществляет медико-социальные мероприятия по обеспечению здоровья.

Основные мероприятия по обеспечению здоровья населения включают:

- обеспечение полноценного питания;
- обеспечение качественной питьевой воды;
- создание нормальных условий труда и отдыха;
- своевременную адекватную лечебную стоматологическую помощь;
- обеспечение необходимыми средствами индивидуальной гигиены рта.

Решение большинства из этих вопросов выходит за пределы прямых функциональных обязанностей врача-стоматолога, однако только стоматолог как специалист может определить задачи и содержание стоматологического просвещения, обеспечить лечебно-профилактическую помощь населению, а также координировать эффективность обеспечения здоровья полости рта.

Также важно выстроить обратную связь с населением. Население может воспринимать или не воспринимать информацию о профилактике, реализовать полученные знания в адекватные поведенческие реакции или не менять

нездоровые привычки, воспользоваться предлагаемыми услугами здравоохранения или проигнорировать их. Из этого следует, что стоматологическое просвещение должно быть построено так, чтобы оно было эффективным в получении результата — выработки здоровых привычек у населения (П. А. Леус, 2000 г.).

Общепринятыми в СНГ **способами** санитарного просвещения являются: *устный, печатный, наглядный (изобразительный), комбинированный* (массовой информации). Каждый из них имеет свои **методы** (лекция, беседа, игра, семинар, вечер вопросов и ответов (рис. 6)) и **средства**, при помощи которых эти методы реализуются (слайды, видео, телевидение, таблицы, муляжи и др. (рис. 7)).



Рис. 6. Методы стоматологического просвещения



Рис. 7. Средства стоматологического просвещения

Ряд методов стоматологического просвещения осуществляется при активном участии пациентов, например, метод «ответы на вопросы» предусматривает постановку вопросов слушателями, что указывает на их интерес к предмету. На уроках и семинарах просветительный работник может задавать вопросы слушателям, предоставить им возможность высказать свое мнение и т. п. В играх дети под руководством педагога или медработника формируют здоровые навыки. Формы, предполагающие заинтересованное участие населения, называются **активными**.

Некоторые формы санитарного просвещения не рассчитаны на активное участие населения. Например, распространение печатных материалов, развешивание плакатов, чтение лекций часто носит информационное начало или, в лучшем случае, содержит призывы.

Население может воспринимать эту информацию или «проходить мимо», «безучастно прослушать». При этом, как показывает опыт, поведение населения в плане приобретения здоровых привычек не изменяется или меняется несущественно. Эти формы стоматологического просвещения, не обеспечивающие активного участия населения, называются *пассивными*. Пассивные формы несравненно менее эффективны, чем активные, однако они менее дорогие и поэтому широко практикуются для информирования населения о возможностях профилактики.

ФОРМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Стоматологическое просвещение и обеспечение здоровья населения подразделяется на 3 организационные формы:

- индивидуальное;
- групповое;
- массовое.

Индивидуальное стоматологическое просвещение проводится, как правило, на приеме у стоматолога. Родители, покупая зубную пасту и рассказывая о необходимости чистить зубы своему ребенку, осуществляют таким образом просвещение и обеспечение здоровья (приобретение средств гигиены) и (воспитание здоровых привычек).

Примерами *группового* стоматологического просвещения и обеспечения здоровья могут быть уроки здоровья и плановая стоматологическая помощь в школе, занятия с беременными женщинами в школе молодой матери по вопросу правильного питания детей и обеспечения качественными продуктами детского питания раздаточных пунктов.

Массовое стоматологическое просвещение и обеспечение здоровья охватывает все или большие группы населения района, города, республики. К массовым формам можно отнести, например, передачи по телевидению по вопросам профилактического значения гигиены рта. При этом в продаже должны быть рекомендованные средства гигиены, доступные по стоимости для приобретения широкими слоями населения.

Методы обеспечения здоровья населения представлены на рис. 8, средства — рис. 9.

Наиболее эффективной организационной формой стоматологического просвещения является групповая. Она позволяет добиться максимальных результатов при минимальных затратах времени и средств.

Важный фактор стоматологического просвещения и обеспечения здоровья населения — экономические возможности общества (системы здравоохранения), поэтому, выбирая организационные формы, методы и средства, необходимо учитывать их стоимость. Массовое стоматологическое просвещение, осуществляемое по радио или в виде лекций, является самым дешевым по сравнению с групповыми и индивидуальными формами, особенно при исполь-

зовании видеотехники, красочной печатной продукции и др. Однако следует иметь в виду, что эффективность стоматологического просвещения чаще всего находится в прямой зависимости от его стоимости (рис. 10).



Рис. 8. Методы обеспечения здоровья населения

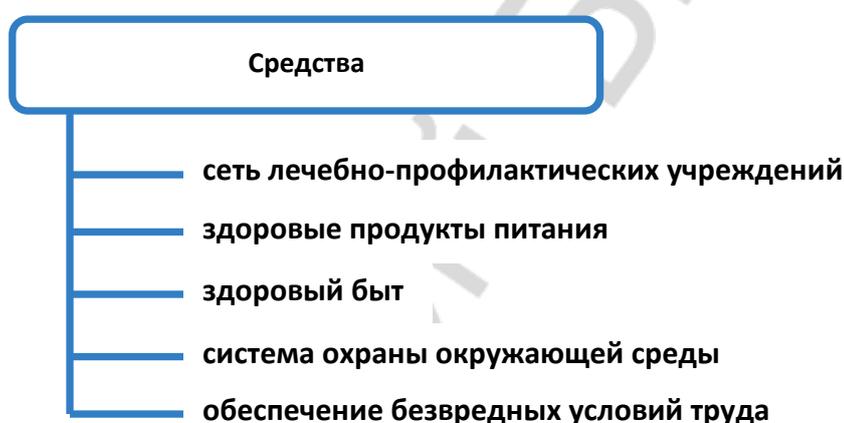


Рис. 9. Средства обеспечения здоровья населения

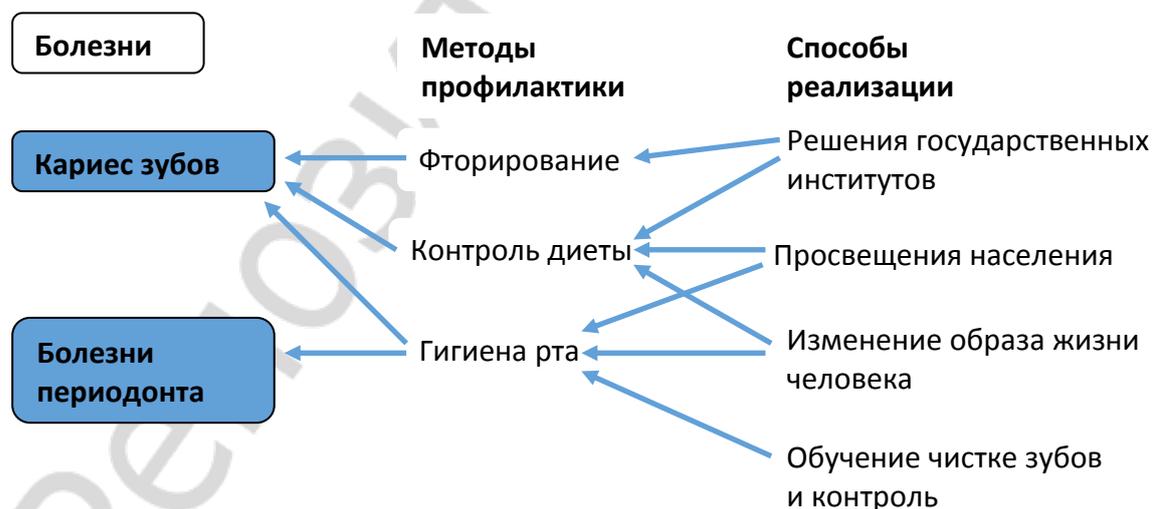


Рис. 10. Методы профилактики основных стоматологических заболеваний и способы их реализации среди населения

Очень важно обеспечение обратной связи с населением. Оно может воспринимать или не воспринимать информацию о профилактике, реализо-

вать полученные знания в адекватные поведенческие реакции или не менять нездоровых привычек, воспользоваться предлагаемыми услугами здравоохранения или проигнорировать их. Из этого следует, что стоматологическое просвещение должно быть построено так, чтобы оно было эффективным в получении конечного результата — выработки **здоровых привычек** у населения (рис. 11).



Рис. 11. Этапы выработки здоровых привычек

В связи с этим стоматолог, приступая к стоматологическому просвещению, должен планировать и осуществлять эту работу с учетом способности восприятия пациента. Приобретение знаний и превращение их в поведение определенной направленности является длительным поэтапным (рис. 11) процессом. Особенно трудно добиться положительных результатов у людей с уже выработанными стойкими привычками. От момента сообщения информации до времени получения положительного эффекта стоматологического просвещения могут проходить месяцы и годы.

Обратная связь стоматолога с населением по вопросам эффективности стоматологического просвещения состоит в контроле уровня достижения поставленной цели — выработки стойких здоровых привычек. Методом анкетирования, опроса и, если необходимо, стоматологического осмотра можно легко выявить на каком этапе познания и/или здорового образа жизни находится индивидуум или население. Данные обратной связи могут обосновывать те или иные коррективы в методологии стоматологического просвещения для повышения его эффективности.

Исходя из определения стоматологического просвещения, и обеспечения здоровья населения, и факторов, влияющих на практическую реализацию этого метода профилактики среди населения, предлагается следующая ориентировочная тактика стоматолога (рис. 12).



Рис. 12. Ориентировочная тактика стоматолога

Оценка медицинской эффективности санитарного просвещения осуществляется путем сопоставления поставленных задач стоматологического здоровья с полученными результатами, например, уменьшение индекса гигиены рта, редукция индекса КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб), увеличение количества здоровых секстантов. Эффективность мероприятий зависит от методов стоматологического просвещения (должны быть научно обоснованные), экономических возможностей, общего уровня культуры населения, системности (непрерывности), системы образования и стоматологической помощи (государственная, частная), сотрудничества медицины и образования. Примеры потенциальной результативности санитарного просвещения в сравнении с известными методами профилактики и лечения стоматологических болезней приведены в табл. 5.

**Потенциальная результативность санитарного просвещения в улучшении
стоматологического здоровья населения**

Примеры результативности	Методы профилактики и результативность (в %)		
	Санитарное просвещение	Использование фторидов	Лечение кариеса зубов
Снижение распространенности кариеса зубов у детей 5–6 лет (исходный уровень 90 % в 1995 г.)	25–30 %	50–60 %	–
	80–90 %		
Снижение интенсивности кариеса (КПУ) зубов у 12-летних детей (исходный уровень 3,8 в 1995 г.)	15–20 %	40–50 %	–
	55–70 %		
Уменьшение утери зубов (У = 18 зубов, 65 + л)	20–25 %	30–40 %	20–25 %
	50–60 %		
	70–90 %		

Таким образом, воспитание здорового образа жизни является важнейшим элементом в предотвращении стоматологических заболеваний, что, в свою очередь, снижает риск возникновения общих болезней у людей. Санитарное просвещение населения могут проводить не только стоматологи, но и все медицинские работники, т. к. большинство из нездоровых привычек одинаково значимы для развития многих общих болезней.

На практике реализация санитарного просвещения и профилактической работы в целом осуществляется недостаточно. Одной из очевидных причин такого положения является то, что врач-стоматолог, которому адресована программа профилактики, функционально владеет только небольшой частью комплекса профилактических методов. Роль стоматолога ограничена санитарным просвещением населения. Даже обучение и контроль гигиены рта, чем иногда занимается стоматолог, фактически не является врачебной функцией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВОЗ. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями 2012–2016. Дания : 2012. 28 с.
2. Леус, П. А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья / П. А. Леус // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2011. № 3. С. 47–53.
3. Леус, П. А. Критерии ВОЗ оценки качества системы стоматологической помощи / П. А. Леус // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2010. № 30. С. 56–64.
4. Леус, П. А. Анализ проблем и обоснование возможностей дальнейшего совершенствования стоматологической помощи населению Республики Беларусь / П. А. Леус // Стоматологический журнал. 2017. № 1. С. 51–55.
5. Леус, П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. Москва : Медицинская книга, 2008. 444 с.
6. Леус, П. А. Оценка специфичности и информативности субъективных индикаторов в определении стоматологического здоровья детей школьного возраста / П. А. Леус, Л. П. Кисельникова // Клиническая стоматология. 2014. № 1. С. 4–8.
7. Леус, П. А. Новый интерактивный показатель стоматологического статуса и его использование в научных исследованиях / П. А. Леус, Н. А. Юдина // Институт стоматологии. 2010. № 1. С. 86–87.
8. Леус, П. А. Международные индикаторы для мониторинга стоматологического здоровья населения // П. А. Леус // Стоматологический журнал. 2013. № 1. С. 6–11.
9. Свистунова Е. Г., Проценко А. С., Абишев Р. Э. Медико-социальное содержание стоматологического здоровья и его место в системе общественного здравоохранения // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XIV междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск : СибАК, 2013.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	4
Стоматологическое здоровье человека.....	5
Виды факторов нездорового образа жизни и их взаимосвязь в развитии стоматологических и общесоматических заболеваний	12
Задачи, связанные с факторами риска	17
Деятельность в различных секторах и на различных уровнях	23
Министерство здравоохранения.....	23
Министерство сельского хозяйства.....	23
Министерство образования.....	23
Министерство финансов.....	24
Министерство транспорта	24
Другие министерства	24
Другие организации	24
Стоматологическое просвещение и обеспечение здоровья.....	25
Цели и задачи.....	25
Методы и средства	28
Формы стоматологического просвещения и обеспечения здоровья населения.....	30
Список использованной литературы	35

Учебное издание

**Казеко Людмила Анатольевна
Сулковская Светлана Павловна
Тарасенко Ольга Александровна**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
И МЕЖДУНАРОДНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ
МОНИТОРИНГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Редактор И. А. Соловьёва
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 18.10.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,9. Тираж 40 экз. Заказ 523.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.