

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

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

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2022

УДК 616.31-084(075.8)
ББК 56.6я73
К14

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 18.05.2022 г., протокол № 5

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Н. А. Гресь; каф. эндодонтии

Казеко, Л. А.

К14 Основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне : учебно-методическое пособие / Л. А. Казеко, С. П. Сулковская, О. А. Тарасенко. – Минск : БГМУ, 2022. – 36 с.

ISBN 978-985-21-1165-2.

Изложены основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся на русском языке по специальности «Стоматология».

УДК 616.31-084(075.8)
ББК 56.6я73

ISBN 978-985-21-1165-2

© Казеко Л. А., Сулковская С. П., Тарасенко О. А., 2022
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2022

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

При планировании стоматологической помощи на коммунальном уровне учитываются особенности оказания помощи разным группам населения. Стоматологу необходимо ориентироваться в том, как наиболее рационально и оптимально организовать помощь детям, подросткам и молодым людям, взрослому населению, пожилым. Важным моментом является выбор той или иной схемы оказания стоматологической помощи во взаимосвязи с принципами существующей системы помощи, возможностью финансирования, наличием персонала и др. Профилактика стоматологических заболеваний должна иметь первостепенное значение, так как без нее система стоматологической помощи не может быть достаточно эффективной.

Цель занятия: изучить составные части планирования стоматологической помощи различным группам населения. Освоить принципы планирования стоматологического персонала.

Задачи занятия:

1. Знать особенности оказания стоматологической помощи детям.
2. Знать особенности оказания стоматологической помощи взрослому населению.
3. Уметь планировать оказание стоматологической помощи различным группам населения.
4. Изучить этапы планирования персонала.
5. Освоить общие принципы определения количества и видов персонала.
6. Изучить модель стоматологического персонала по ВОЗ.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Основные факторы риска развития кариеса зубов и заболеваний пародонта.
2. Методы профилактики стоматологических заболеваний.
3. Основы организации оказания стоматологической помощи населению.
4. Виды стоматологического персонала.
5. Основные лечебные процедуры на приеме стоматологического больного.
6. Значение первичной профилактики для стоматологического здоровья населения.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Основные компоненты организации системы стоматологической помощи согласно рекомендациям ВОЗ.
2. Основные принципы планирования стоматологической помощи детям.
3. Типы программ систематической помощи детям.
4. Стоматологическая помощь взрослому населению по обращаемости. Этапы планирования.

5. Методики оценки работы системы стоматологической помощи для разных возрастных групп.
6. Основной и вспомогательный персонал здравоохранения.
7. Функции стоматолога на современном этапе развития стоматологической службы (стоматолог широкого профиля).
8. Роль вспомогательного зубоврачебного персонала.
9. Формула для расчета общего количества персонала.

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Рациональное планирование стоматологической помощи позволяет:

1. Обеспечить стоматологическое здоровье населения;
2. Хороший заработок для врачей-стоматологов.

Согласно рекомендациям ВОЗ, любая система стоматологической помощи должна включать:

1. Первичную профилактику;
2. Систематическую стоматологическую помощь детям;
3. Стоматологическую помощь взрослому населению по обращаемости;
4. Подготовку персонала в адекватном количестве, качестве для осуществления выше названных частей системы;
5. Материальное и финансовое обеспечение компонентов системы;
6. Оценку и мониторинг (информационную систему).

Очевидно, что самый эффективный метод вмешательства — это профилактика. На втором месте стоит раннее лечение. Лечить болезни зубов на поздних стадиях мало эффективно, а протезирование является методом реабилитации.

Этапы планирования стоматологического обслуживания населения:

1. Ситуационный анализ (эпидемиология стоматологических заболеваний).
2. Определение измеримых задач стоматологического здоровья и обслуживания с учетом:
 - данных ситуационного анализа;
 - имеющихся ресурсов (государственные, населения);
 - персонала;
 - оборудования.
3. Расчеты потребности персонала (виды и количество) для выполнения 1 и 2.
4. Создание оценочной программы (для своевременной коррекции плана).
5. Адекватное финансирование плана.

Измеримые задачи могут относиться как к измерению болезни, так и к охвату населения. Две типичные ошибки, часто совершаемые на этапах планирования — это неопределенность (ведет к замешательству) и чрезмерный оптимизм (невыполнимость). Измеримые задачи обеспечивают два преимущества: возможность оценивать ход выполнения плана и возможность коррекции плана и постановки новых задач.

СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

На рис. 1 схематично показано увеличение КПУ с возрастом и обозначены возможные варианты вмешательства.



Рис. 1. Варианты вмешательства врача стоматолога при кариозной болезни:

Код вмешательства:

- 1 — предупреждение возникновения болезни; 2 — лечение на ранних стадиях; 3 — лечение на поздних стадиях; 4 — реабилитация путем протезирования

Очевидно, что самый эффективный метод вмешательства — это **профилактика**, благодаря которой такое заболевание как кариес зубов можно полностью предотвратить. На втором месте по важности и медицинской эффективности стоит раннее лечение, которое возможно и нужно проводить в детском возрасте. Лечить болезни зубов на поздних стадиях дорого и недостаточно эффективно для сохранения полноценного стоматологического здоровья населения. Протезирование является методом реабилитации. Большая нуждаемость населения в зубных протезах характеризует систему стоматологической помощи как неэффективную и дорогостоящую. Таким образом, лечебно-профилактическую стоматологическую помощь детям необходимо планировать с раннего возраста.

Плановая стоматологическая помощь детям может осуществляться по одному из двух известных вариантов: «плановая санация» и «систематическая стоматологическая помощь» (рис. 2).

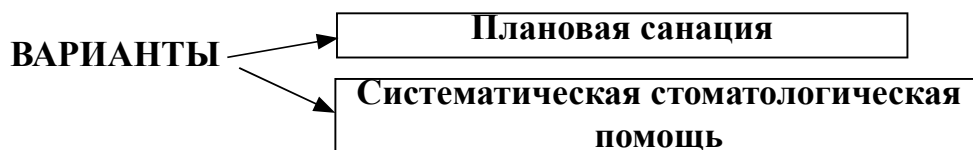


Рис. 2. Варианты плановой стоматологической помощи детям

Плановая санация — оздоровление детей (населения, избранных групп населения и др.) по намеченному плану (например, 1 раз в год):

- осмотр, выявление нуждающихся;
- пломбирование зубов;
- удаление зубов.

Недостатки:

- требуется стоматологическое оборудование в школах;
- требуется специальный персонал (стоматолог детский);
- ориентация на лечение болезней, а не на профилактику.

Отрицательный опыт организации плановой санации:

- отсутствие обязательных мер первичной профилактики;
- отсутствие научно обоснованной оценки уровня стоматологического здоровья детского населения (процент санаций все время увеличивается, а стоматологическое здоровье детей ухудшается (увеличивается КПУ зубов, количество удаленных зубов и т. д.);
- нерациональное расходование рабочего времени;
- большие материальные затраты при малой эффективности мероприятий (лечение временных зубов и осложнений кариеса, а в это время начальный кариес постоянных зубов превращается в пульпит и периодонтит);
- нерациональное использование персонала (отсутствие привлечения к работе нестоматологического персонала, отсутствие мер мотивации для персонала).

Отрицательный опыт организации лечебно-профилактической помощи детям был характерен для большинства стран Восточной и Центральной Европы, положивших в основу системы плановое лечение (так называемую санацию) или лечение по обращаемости без обязательных мероприятий первичной профилактики и оценки уровня стоматологического здоровья детского населения. При анализе эффективности оздоровления школьников, участвовавших в таких программах, оказалось, что процент санаций все время увеличивался, а стоматологическое здоровье ухудшилось или не менялось в лучшую сторону по показателям ВОЗ, таким как процент здоровых детей,

средний КПУ зубов, количество удаленных зубов, количество здоровых секстантов и др.

Преимущества систематической стоматологической помощи детям (ВОЗ, 1980):

- включает меры первичной профилактики.
- адаптирована к любым материально-техническим условиям.
- может осуществляться средним медицинским персоналом (*гигиенист, зубной врач*).

ВОЗ рекомендует профилактику и раннее лечение кариеса зубов и болезней периодонта по системе систематического лечения.

Международный опыт. Согласно исследованиям, проведенным Международной Федерацией Стоматологов, наиболее показательным опытом эффективной организации стоматологической помощи детям является Датская система [FDI, 1982]. Основные ее особенности следующие:

– программой лечебно-профилактической помощи охвачены все дети школьного возраста от 7 до 15 лет, родители которых согласились участвовать в коммунальной программе;

– лечебно-профилактические мероприятия детям проводятся бесплатно.

Наиболее важными компонентами программы являются:

- ежегодный осмотр и лечение;
- систематические профилактические мероприятия;
- ежегодная оценка стоматологического статуса каждого ребенка и компьютерный анализ тенденций заболеваемости ключевых возрастных групп, каждого района проживания детей, школ и т. д.;

– адекватное обеспечение всех компонентов программы персоналом из расчета 1 ставка стоматолога и 1,6 ставки помощников на 500 детей;

– организация специальных стоматологических центров для осуществления лечебной помощи детям: 785 центров, оборудованных 2039 стоматологическими установками, на 689 тысяч детей;

– участие учителей школ и родителей школьников в программе воспитания здорового образа жизни, включая регулярную чистку зубов, а также обеспечение необходимыми средствами профилактики кариеса зубов, в том числе препаратами фтора.

Как известно, в Дании в 60-х гг. XX в. заболеваемость кариесом была одна из самых высоких в мире. За период с 1971 по 1987 г., благодаря внедрению программы профилактики, примерно в два раза улучшились основные показатели стоматологического статуса, такие как, средний КПУ зубов, процент пломбированных зубов, процент детей свободных от кариозной болезни. По данным глобального банка стоматологического здоровья ВОЗ Дания достигла самого низкого уровня интенсивности кариеса среди всех возрастных групп детей. В 2005 г. средний КПУ зубов 12-летних детей в Дании был < 0,8.

ВОЗ предлагает варианты оказания систематической помощи детям с учетом возможных различий экономической ситуации в разных странах.

Типы программы систематической стоматологической помощи школьникам (ВОЗ, 1980):

Тип 1. *Минимальный.*

1.1 С первого по пятый класс лечение постоянных зубов по обращаемости и оказание неотложной помощи при болезнях временных зубов (удаление).

1.2 В седьмом классе вызов и лечение постоянных зубов всем нуждающимся.

Тип 2. *Лимитированный.*

2.1. Первый класс: лечение постоянных зубов всем нуждающимся и оказание неотложной помощи при болезнях временных зубов.

2.2. Со второго по пятый класс лечение постоянных зубов по обращаемости и неотложная помощь при болезнях временных зубов.

2.3. Седьмой класс: вызов и лечение постоянных зубов у всех нуждающихся.

Тип 3. *Вызов один раз в два года.*

3.1. Первый класс: лечение всех нуждающихся.

3.2. Третий, пятый, седьмой класс: вызов и лечение всех нуждающихся.

Тип 4. *Вызов один раз в год.*

4.1. Первый класс: лечение всех нуждающихся.

Все последующие классы: вызов один раз в год и лечение всех нуждающихся.

Тип 5. *Вызов два раза в год.*

5.1. Первый класс: лечение всех нуждающихся.

5.2. Все последующие классы: вызов каждые 6 месяцев.

Для РБ наиболее благоприятным типом оказания стоматологической помощи детям считается четвертый, с вызовом 1 раз в год (с учетом средней интенсивности кариеса зубов среди детей школьного возраста в РБ), при котором за 10 лет можно добиться 80–90 % здоровых детей, или детей с запломбированными зубами. Начинать оказывать систематическую помощь нужно с первоклассников. Первый класс: лечение всех нуждающихся; на следующий год лечат всех нуждающихся первоклассников и проверяют все пломбы у второклассников, все последующие классы: вызов один раз в год и лечение всех нуждающихся. Расчеты показывают, что при качественном пломбировании зубов у первоклассников нуждаемость в лечении будет сравнительно небольшой. Необходимо выявлять и вылечить в первую очередь кариозные зубы постоянного прикуса. В отличие от плановой санации систематическое профилактическое лечение охватывает вначале первоклассников, ограничено только постоянными зубами и обязательно включает мероприятия первичной

профилактики. Максимальный уровень оздоровления (санации) может быть достигнут не ранее чем через 10 лет и он выражается не в процентах охвата санацией, а в проценте здоровых детей (свободных от кариеса) и проценте запломбированных зубов (не менее 80–85 %) в формуле КПУ.

Чтобы грамотно организовать стоматологическую помощь детям, необходимо соблюдать все этапы планирования стоматологической помощи.

Этапы планирования стоматологической помощи детям:

1. Сбор данных ситуационного анализа (количество детского населения, отдельно дошкольников и школьников, детей до 6 лет, от 6 до 14–15 лет, сельского и городского; детских садов, школ; врачей стоматологов, ортодонтот, гигиенистов, медицинских сестер; общие данные о количестве фтора, употреблении сахара на душу населения; данные о стоматологическом статусе: наиболее важные компонент «К», процент детей нуждающихся в удалении зубов, профессиональной гигиене, процент детей с зубочелюстными аномалиями и др.).

2. Постановка измеримых задач (увеличить процент детей без кариеса (все зубы здоровы или запломбированы) до 80–90 %).

3. Планирование и подготовка персонала в адекватном количестве и необходимых видов (детские врачи стоматологи, ортодонты, гигиенисты, медицинские сестры и др.).

4. Мониторинг системы (оценивается по выполнению измеримых задач достижения стоматологического здоровья).

Отличительными чертами планирования стоматологической помощи детям от планирования первичной профилактики являются:

– интерпретация данных ситуационного анализа (распределение персонала по видам, данные стоматологического статуса (не просто КПУ, а разложение его на компоненты «К»).

– в задачи входит не снизить КПУ или добиться редукции прироста кариеса, а еще перевести компонент «К» в компонент «П».

– включение в задачи подготовку персонала в необходимых видах.

– в мониторинге учитывается не только предупрежденный кариес, а также насколько компонент «К» переведен в компонент «П».

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛЫМ

Следует отметить, что взрослым стоматологическая помощь оказывается по обращаемости, это ее основная отличительная черта от систематической стоматологической помощи детям. Обращаемость можно рассчитывать с помощью анкетирования населения или по статистическим отчетам поликлиник. Менее точные, но более доступные статистические отчеты врачей

или учреждений: сколько было посещений в год. Однако ВОЗ рекомендует использовать метод опроса населения для ориентировочного определения процента людей, обратившихся за стоматологической помощью.

Планирование стоматологической помощи взрослому населению складывается из следующих этапов:

1. Ситуационного анализа.
2. Постановки измеримых целей и задач.
3. Подготовка персонала.
4. Мониторинг.
5. Финансирование.

В ситуационном анализе учитываются данные о количестве взрослого населения, сельского и городского, количество трудоспособного населения, количество пенсионеров, группы риска. Кроме этого анализируются имеющиеся в наличии персонала: количество стоматологов, распределение их по видам: ортопеды, терапевты, хирурги, периодонтологи, другой персонал: гигиенисты и медицинские сестры. Наличие поликлиник и отделений, а также оборудование (наличие и качество стоматологических установок, виды стоматологических материалов).

Основной целью оказания стоматологической помощи взрослому населению является влияние на обращаемость в зависимости от исходного её уровня. Оптимальным уровнем является 50–60 %. Поэтому, если обращаемость очень высокая (90–100 %), то это свидетельствует о высокой заболеваемости и низком качестве оказываемой помощи. В такой ситуации обращаемость нужно уменьшать. Если обращаемость низкая (5–10 %), то это свидетельствует о низкой грамотности населения, отсутствии мотивации, недоступности стоматологической помощи. Тогда обращаемость нужно повышать. Однако, следует рационально взвешивать кадровые и финансовые возможности системы. Увеличивать обращаемость более 50–60 %, по опыту многих стран, нецелесообразно и вероятно нет необходимости. Надо улучшать структуру и/или виды помощи, а также качество стоматологического лечения. Теоретические расчеты показывают, что при постановке долговечных пломб и среднем уровне интенсивности кариозной болезни, число обращений к стоматологу по поводу зубной боли может быть в 2–3 раза меньше, однако каждому индивидууму необходимо посетить врача для профилактического осмотра/мероприятий не реже 1 раза в год.

В большинстве стран СНГ, по данным публикаций и отчетов, обращаемость населения за стоматологической помощью на 10–15 % выше средних значений, чем в зарубежных индустриализованных странах, а в больших городах, таких, как Москва, Санкт-Петербург и др., достигает 70–80%. В Минске в 2004 г. обратились за стоматологической помощью более 70 % взрослого населения.

В задачи также может входить: перевести компонент «К» в компонент «П», увеличить количество секстантов здорового периодонта, уменьшить количество секстантов с глубокими периодонтальными карманами и др.

С учетом указанных факторов, а также демографических особенностей и уровня заболеваемости целесообразно поставить различные цели для разных групп населения, например, для городского и сельского населения, для людей среднего и пожилого возраста и т.д. Со временем, при изменении условий, цели могут быть пересмотрены.

ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА

1. Проведение ситуационного анализа.
2. Определение измеримых целей стоматологического здоровья.
3. Определение общего количества персонала, необходимого для достижения поставленных целей здоровья.

Производится по формуле:

$$\text{Общее количество персонала} = \frac{\sum [\text{ЛП (ч)} \times n \text{ пациентов}]}{1750 \text{ ч}}$$

Учитывается время, затраченное (табл. 1).

Таблица 1

Нормативы времени на выполнение лечебных процедур

Лечебные процедуры	Время, мин	Персонал
Пломбирование	30	Стоматолог или зубной врач
Эндодонтия	45 · 2	Стоматолог или эндодонтист
Удаление зуба	15	Стоматолог
Ортопедическое лечение	60 · 2	Стоматолог
Удаление зубного камня	40	Гигиенист

4. Распределение персонала по типам: стоматолог, гигиенист, зубной техник и др.

5. Определение видов и объема работы, которую можно выполнить уже существующим персоналом в системе здравоохранения, а также с учетом текущей подготовки персонала.

6. Пересмотр и адаптация целей стоматологического здоровья в связи с имеющимся персоналом и реальной перспективной подготовки.

7. Пересмотр первоначальных расчетов общей потребности персонала в связи с новыми целями стоматологического здоровья.

Указанные этапы планирования могут повторяться несколько раз, пока не будет достигнуто полное согласование целей стоматологического здоровья населения с экономическими возможностями и кадровым обеспечением.

В документе ВОЗ этот непрерывный процесс называется «образовательная спираль» (WHO 851688)

Подготовка персонала — это интегральная часть системы здравоохранения (рис. 3).



Рис. 3. Подготовка персонала в системе здравоохранения (схема)

Если говорить о рекомендациях ВОЗ по оказанию стоматологической помощи населению, ВОЗ предлагает следующую модель, состоящую из 3-х уровней: 1 — уровень первичной медико-санитарной помощи, 2-й уровень — 1-й уровень лечебно-консультативной помощи, 3-й уровень — 2-й уровень лечебно-консультативной помощи (рис. 4). Как мы видим, большая часть приходится на уровень первичной медико-санитарной помощи, где основную нагрузку несет нестоматологический и стоматологический вспомогательный персонал.

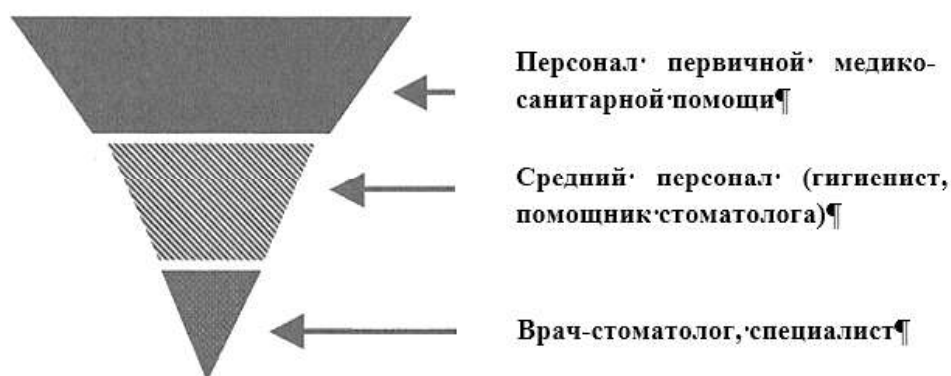


Рис. 4. Модель стоматологического персонала по ВОЗ, 1983

Нормативы обеспечения персоналом рекомендованные ВОЗ следующие:

1 стоматолог : 2 медсестры (гигиенист и ассистент) + 2 зубных техника.

Показатели ВОЗ оценки кадров стоматологической помощи:

– соотношение между численностью населения и числом работников стоматологической помощи различных видов с учетом географического распределения;

– соотношение между различными видами работников (врачами, сестрами, гигиенистами, зубными техниками);

– соотношение между всеми работниками стоматологической помощи и остальными сотрудниками системы здравоохранения;

– согласование учебных программ подготовки персонала с долгосрочными целями стоматологического здоровья населения.

УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ

Учебные программы для стоматологического персонала должны отвечать задачам здравоохранения и постоянно совершенствоваться. В самих учебных программах должны быть **конечные цели обучения** или так называемая «квалификационная характеристика». Учебный план и программа в БГМУ для студентов стоматологов, в отличие от др. стран СНГ, с 1993 г. по основным параметрам полностью соответствует среднеевропейским стандартам.

В мире существует множество разных схем постдипломного обучения стоматологического персонала. ВОЗ рекомендует **непрерывное усовершенствование профессии**. Оно может быть в форме краткосрочных тематических лекционных и/или практических курсов, чтения специальной литературы, участие в научных конференциях и др. Постдипломное обучение включает также 2–5 годичную специализацию по ортодонтии, ортопедической и хирургической стоматологии.

Возрастание роли вспомогательного зубоврачебного персонала. Судя по результатам исследований, проведенных к настоящему времени, вспомогательный зубоврачебный персонал, видимо, должен играть все более значительную роль в оказании помощи стоматологам в лечении отдельных больных и, что особенно важно, в работе по обеспечению удовлетворительного состояния зубов и полости рта у населения в целом. Однако, исключительно важно, чтобы использование вспомогательного персонала шло в правильном направлении и под контролем врачей-стоматологов. Благодаря этому стоматологи в будущем могли бы, в основном, заниматься диагностикой, поручая выполнение многих процедур (как клинических, так и технических) вспомо-

гательному персоналу, но сохраняя при этом полный контроль и ответственность за лечение. У стоматологов тогда останется время для таких процедур, которые требуют специальной подготовки и опыта.

Вспомогательный зубоврачебный персонал можно определить как контингент лиц, связанных в большей или меньшей степени с самыми различными аспектами практической стоматологии, но не имеющих диплома о стоматологическом образовании. Следует проводить четкое различие между вспомогательными работниками, которым разрешено проводить оперативные и лечебные процедуры (оперативный вспомогательный персонал), и теми работниками, функции которых ограничены оказанием помощи другим в выполнении таких процедур (неоперативный вспомогательный персонал).

В ряде европейских стран к оперативному вспомогательному персоналу относятся дантисты-гигиенисты, в небольшом числе стран в эту категорию входит вспомогательный персонал с расширенными функциями.

Для обозначения вспомогательного персонала, оказывающего врачу помощь в зубоврачебном кабинете при приеме больных, чаще всего применяют термин «медсестра зубоврачебного кабинета» (chairside assistant), хотя нередко употребляют также термины «ассистент стоматолога», «стоматологическая медсестра», а в Северной Америке — «помощник стоматолога» или просто «помощник».

Принятая классификация вспомогательного зубоврачебного персонала отражает ныне используемую терминологию, и основные категории, приводимые ниже, признаны ВОЗ. Персонал некоторых или всех категорий имеется в большинстве европейских стран.

Неоперативный вспомогательный персонал:

Тип I. *Зубной техник*: выполняет технические процедуры обычно в зубоврачебной лаборатории.

Тип II. *Медсестра зубоврачебного кабинета*: работает в клиническом учреждении, в котором оказывается стоматологическая помощь; самостоятельно не выполняет ни одной процедуры, а помогает оператору (зубному врачу и другим).

Тип III. *Инструктор по профилактике болезней зубов*: в основном, инструктирует больных по гигиене ротовой полости и/или наблюдает за самостоятельным выполнением профилактических мер.

Оперативный вспомогательный персонал:

Тип IV. *Дантист-гигиенист*: имеет официальное разрешение работать с больными, но его функции ограничены гигиеническими и профилактическими аспектами стоматологической помощи.

Тип V. *Зубной врач*: имеет официальное право работать с больными, но его функции ограничены пломбированием зубов и несложными удалениями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗУБОВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА

Тип I: Зубной техник. Стоматологи очень давно пользуются услугами лабораторных техников для изготовления протезов. В результате усложнения методов протезирования и предъявления к ним все более строгих требований, функции стоматологов и зубных техников стали сильно взаимозависимыми. В прошлом стоматологи по традиции использовали в качестве помощников необученных лиц, которые в течение длительного времени на практике овладевали ремеслом зубопротезирования. Однако, в дальнейшем, и, особенно, за последние 30 лет требования к зубным техникам повысились до такой степени, что в рамках этой профессии, также, как и в клинической стоматологии, появились отдельные специальности.

Еще недавно стоматологи считали, что, имея достаточно времени, они могут удовлетворительно выполнять все лабораторно-технические работы; сейчас же ясно, что такие работы включают некоторые процедуры, выходящие за пределы их возможностей. Возможно, за исключением ортодонтии, где методом выбора все чаще становится использование фиксируемых устройств, стоматологи становятся все более зависимыми от зубных техников. Однако, по мере усиления специализации зубопротезного дела, система, в которой врачи-стоматологи или даже группы стоматологов пользуются услугами собственных зубных техников, устарела, особенно в виду роста заработной платы зубных техников и капитальных расходов.

В связи с этим наблюдается растущая тенденция к использованию коммерческих лабораторий, которые представляют собой достаточно мощные организации, способные удовлетворить возросшие технические требования.

Тип II: Медсестра зубоврачебного кабинета. Врачи-стоматологи давно пользуются помощью медсестер зубоврачебных кабинетов. Зарегистрированная история этой категории вспомогательного персонала начинается около 1912 г., когда в редакционной статье журнала «Dental Cosmos» была высоко оценена роль этих специалистов в стоматологической практике. Описание работы медсестер зубоврачебных кабинетов мало отличалось от их сегодняшних функций: подготовка кабинета и инструментов; регистрация прибывших больных; оказание непосредственной помощи врачу (подача инструментов, смешивание материалов); забота об удобствах больных; очистка, протирание и стерилизация инструментов.

Обучение медсестер зубоврачебных кабинетов нередко проводится на рабочем месте врача-стоматолога, которые для этих целей иногда пользуются специальными учебными материалами.

Исследования, проведенные Klein, продемонстрировали эффективность использования вспомогательного персонала. Так, число больных у стома-

тологов, работавших в одном зубоврачебном кабинете с одной медсестрой, было на 33 % выше, чем у стоматологов, работавших в одиночку. Еще более резко (на 63 %) этот показатель возрастал у врачей, работавших в двух зубоврачебных кабинетах с одной медсестрой.

Это обследование оказалось полезным в том отношении, что оно дало представление о долгосрочном влиянии обучения студентов-стоматологов использовать помощь медсестер. Было установлено, что 97 % опрошенных выпускников стоматологических школ, получивших такую подготовку, пользовались в своей последующей практической работе помощью медсестры, тогда как процент стоматологов, не проходивших такую подготовку, но работающих с медсестрой, составлял лишь 68 %.

Тип III: Инструктор по профилактике болезней зубов. В Пуэрто-Рико молодых людей используют в качестве, так называемых, «технических работников профилактической стоматологии», задача которых состоит в обучении групп детей методам профилактики. Подобный вспомогательный персонал есть и в некоторых кантонах Швейцарии. В Сингапуре медсестер зубоврачебных кабинетов обучают методам наглядного инструктажа по профилактической стоматологии и организации мероприятий по санитарному просвещению населения; кроме того, они вместе с учителями школ следят за тем, чтобы школьники обязательно чистили зубы.

Тип IV: Дантист-гигиенист. Считается, что официально своему признанию дантисты-гигиенисты обязаны Fones, который в 1912 г. организовал в США первые курсы подготовки работников этой категории.

Одним из более интересных экспериментальных исследований, когда-либо проводившихся по проблеме использования вспомогательного зубоврачебного персонала (и одним из немногих в Европе), было исследование, выполненное Lindhe и Alexelsson (1973) в Карльстаде (Швеция). В это исследование были включены медсестры зубоврачебных кабинетов, выполняющие расширенные функции, включавшие также и функции, обычные для дантистов-гигиенистов — «профессиональную профилактику». Последняя включала такие процедуры, как окраска зубных отложений индикаторным препаратом, содержащим эритрозин, демонстрация чистки зубов, использование вращаемых бормашиной щеточных насадок и резиновых чашечек для очистки поверхностей зубов; чистка межзубных промежутков шелковыми зубными нитями и межзубными экскаваторами.

Среднее время, затраченное в Карльстадском учебном округе на лечение кариеса у одного ребенка, составило в 1971–1972 гг. 140 мин/год, тогда как в программе по гигиене полости рта, осуществлявшейся при участии вспомогательного персонала, на санацию зубов у одного ребенка затрачивалось приблизительно 160 мин/год. Хотя эти периоды (140 и 160 мин) вполне сопоставимы, *стоимость гигиенической программы оказалась на 40–50 % ниже, чем терапевтической.*

Тип V: Зубные врачи. С позиций проводимых в настоящее время научных исследований необходимо различать три типа зубных терапевтов, соответствующих приведенному выше определению вспомогательного зубоврачебного персонала. В данном случае имеются ввиду следующие специальности: *школьная стоматологическая медсестра в Новой Зеландии, вспомогательные зубоврачебные работники Британского Нового Креста и вспомогательные работники с расширенными функциями в США.*

Школьная стоматологическая медсестра в Новой Зеландии. Подготовка молодых женщин в качестве оперативных вспомогательных зубоврачебных работников, известных как «стоматологические медсестры», была начата в Новой Зеландии в 1921 г. Курс обучения длится 2 года и выпускает медсестер, способных осуществлять следующие виды зубоврачебного обслуживания школьников, а также детей дошкольного возраста старше 3 лет: инструктаж по гигиене зубов и полости рта, обследование ротовой полости, проведение несложных лечебных процедур, удаление зубов и проведение полной профилактической обработки. *Дипломированная стоматологическая медсестра обслуживает около 1000 детей под контролем врача-стоматолога, который проверяет ее зубоврачебный пункт не реже трех раз в год и определяет качество проводимой работы.*

Вспомогательные зубоврачебные работники. После окончания курса обучения и получения соответствующего удостоверения вспомогательный работник имеет право работать под руководством врача-стоматолога в учреждениях местных органов здравоохранения или в больницах. В отличие от новозеландских школьных медсестер *вспомогательные работники Британского Нового Креста не имеют права ставить диагноз заболевания или составлять план лечения;* им также ни в коем случае не разрешается работать независимо от врачей-стоматологов. В функции этих специалистов входят простейшие лечебные процедуры, в том числе: обработка полостей; удаление временных зубов под местной инфильтрационной анестезией; удаление зубных камней и профилактика болезней зубов; инструктаж по гигиене полости рта. После окончания периода экспериментальной проверки, эти вспомогательные работники были признаны в Соединенном Королевстве как официальная профессиональная группа.

Подобные системы были введены в Южной Австралии (1967 г.), в Западной Австралии (1870 г.) и на Новых Территориях Канады.

Вспомогательные зубоврачебные работники с расширенными функциями. Этот вид вспомогательного зубоврачебного персонала появился в США в конце 60-х гг. в связи с проведением экспериментальных исследований, показавших, что тщательно отобранные медсестры зубоврачебных кабинетов, дантисты-гигиенисты или выпускники средних школ могут быть обучены выполнению *некоторых ограниченных и четко определенных про-*

цедур столь же успешно, как это делают стоматологи-студенты старших курсов и врачи. К этим процедурам относятся установка раббердама и матрицы, постановка временных пломб, конденсирование, моделирование и окончательная шлифовка амальгамовых и цементных пломб в зубах, предварительно обработанных стоматологом.

Результаты одного исследования деятельности стоматологических бригад, включавших студентов-стоматологов старших курсов, медсестер зубоучебных кабинетов и вспомогательных работников с расширенными функциями описаны в статьях Rosenblum и Brearley (1972). В этом исследовании сравнивали два основных вида бригад в отношении объема и качества стоматологической помощи детям, причем оценку мнений специалистов о таких бригадах производили путем анкетирования.

Включение в бригаду вспомогательного работника с расширенными функциями повышало производительность ее работы на 33 % по сравнению с бригадой в составе студента-стоматолога и медсестры зубоучебного кабинета. Включение в бригаду второй медсестры указанного типа показало, что в этом случае производительность труда повышается на 18,5 %. В данном исследовании были также отмечены различия в скорости выполнения процедур персоналом разных категорий и в качестве их работы. Опытные, а также недавно закончившие курс обучения вспомогательные зубоучебные работники с расширенными функциями значительно быстрее ставили амальгамовые пломбы, чем студенты-стоматологи. Различия в качестве работы студентов-стоматологов и вспомогательных работников были, в общем, незначительными, но отмеченные различия были в пользу вспомогательного персонала. Было установлено, что свыше 91% студентов-стоматологов считают целесообразным использовать вспомогательный персонал с расширенными функциями.

Стоматолог широкого профиля. На первом уровне лечебно-консультативной помощи основную нагрузку в большинстве западных стран выполняют стоматологи широкого профиля. Статистические данные показывают, что около 71 % всех стоматологов занимались, главным образом, общей практикой; значительно меньший процент стоматологов работает в других системах — в больницах, в вооруженных силах, в университетах и административном аппарате.

Теоретически общепрактикующий стоматолог обеспечивает полное стоматологическое обслуживание.

Стоматолог общего профиля, однако, не может удовлетворить возрастающие потребности населения в различных видах специализированного стоматологического обслуживания. Эти службы обычно включают хирургию ротовой полости и ортодонтию, однако они не могут удовлетворить растущий спрос на некоторые другие виды обслуживания, такие, как детская стоматология и новые методы восстановительной стоматологии, периодонтологии и

ортопедической стоматологии. Для этих видов помощи должен существовать специальный штат стоматологов, специально подготовленные во всех этих областях, хотя общепрактикующий стоматолог, направляющий своих больных к узкому специалисту, может обеспечить значительную часть необходимой помощи. Нерационально, чтобы стоматолог, прошедший продолжительный и дорогостоящий курс обучения, значительную долю своего рабочего времени тратит на процедуры, не требующие высокой квалификации, и вскоре оказывается, что из-за нехватки времени и опыта он уже не в состоянии проводить лечение или давать консультации, нужные многим больным.

Изменение функций стоматолога. Численность практикующих стоматологов, потребность в более сложном стоматологическом лечении, ограниченные ресурсы, затрачиваемые странами на подготовку стоматологов, и высокая стоимость лечения — все эти факторы указывают на необходимость переоценки функций врача-стоматолога. В будущем эти функции могли бы сводиться к:

1) общему контролю, т. е. к диагностике и назначению лечения, проверке выполнения простых процедур, проведению только более сложных операций, требующих особой подготовки и опыта;

2) направление больных на высокоспециализированное и сложное лечение. В этом случае стоматолог сможет взять на себя ответственность за стоматологическую помощь целым группам населения.

Правильное использование вспомогательного персонала. Если этот персонал имеет должную подготовку, он может освободить терапевтов и хирургов от выполнения многих видов работ, требующих большой затраты времени, и, работая под контролем специалистов, дать им возможность обслуживать больше больных и выполнять сложные лечебные процедуры. Стоматологи должны следовать этому примеру: слишком много времени затрачивают они на простые и, в основном, стереотипные процедуры.

Образование, получаемое стоматологами, должно впоследствии дать им возможность полностью выполнять функции, связанные с предупреждением заболевания зубов и обеспечением удовлетворительного состояния зубочелюстной системы у населения. Это возможно только в том случае, если стоматологическое образование осуществляется таким образом, что общепрактикующие стоматологи могут выполнять свою работу на научно-практическом уровне и организовать эффективно действующие группы специалистов. Для этого необходима значительно более широкая подготовка стоматологов в будущем по сравнению с той, которая дается в настоящее время. Если стоматологи, закончившие полный курс обучения приобретут квалификацию обычного технического персонала, то такую ситуацию можно считать нерациональной затратой средств, предназначенных для подготовки специалистов. В этом случае стоматологи не смогут в дальнейшем создавать

такие программы, которые бы решили проблему обеспечения оптимальных условий для работы по оказанию стоматологической помощи населению.

Наблюдается стремление к расширенному использованию вспомогательного персонала, и стоматологи создают зубоврачебные бригады. Однако, лишь за последние 50 лет появился вспомогательный зубоврачебный персонал, непосредственно работающий с больными, и лишь совсем недавно заметно увеличились численность и количество видов этого персонала.

ФИНАНСИРОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В Республике Беларусь преобладает государственная система стоматологической помощи населению, что позволяет рационально распределять средства для достижения максимальной эффективности лечебно-профилактической стоматологической помощи на коммунальной уровне.

В большинстве стран мира программы профилактики стоматологических заболеваний финансируются из государственных средств. Программы систематического лечения детей школьного возраста являются составной частью профилактики и, соответственно, также финансируются государством. Возможно финансирование стоматологических программ из других источников, например, в виде спонсорской поддержки фирм, производящих средства профилактики. В процессе планирования важно точно определить, сколько стоит реализация разработанной программы и, если необходимо, адаптирование ее к бюджету.

Стоматологическая помощь населению по обращаемости во всех странах, за исключением некоторых стран СНГ и Кубы, оказывается за счет личных средств пациентов. Во многих странах существуют различные системы страхования населения, но возможности страховок лимитированы. Например, в Швейцарии сотрудникам штабквартиры ВОЗ из средств страхового фонда компенсируют затраты на ортопедическое лечение в размере 90 \$. в год, однако, зубопротезирование большой сложности может стоить до 10 \$ тыс.

На основании международных исследований эффективности систем стоматологической помощи населению в 20 странах, ВОЗ признает, что экономические рычаги (т. е. когда лечение оплачивается из личных средств пациента) способствуют переориентации системы здравоохранения от лечебной направленности к профилактической.

Чтобы способствовать улучшению стоматологического здоровья населения необходимо:

- 1) акцентировать внимание врача стоматолога на профилактическую работу;
- 2) убедить пациентов о возможности сохранения зубов здоровыми на всю жизнь.

МОНИТОРИНГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Примером мониторинга системы стоматологической помощи населению на глобальном уровне является Глобальный банк данных орального (стоматологического) здоровья (GODB) ВОЗ.

Основной задачей мониторинга стоматологических заболеваний на уровне страны является объективная оценка функционирования системы стоматологической помощи в достижении поставленных целей.

В большинстве стран СНГ в ежедневные отчеты врачей, в ежегодные отчеты поликлиник, главных специалистов и т.п. не включены международно признанные критерии, отражающие стоматологическое здоровье населения и качество стоматологической помощи.

Согласно рекомендациям ВОЗ, мониторинг должен включать данные о заболеваемости населения (процент детей без кариеса, КПУ, СРІТN, процент беззубых и т. д.)

Руководствуясь этими рекомендациями, с 2000 г. в Республике Беларусь разработана и внедрена информационная система в стоматологии, в которой использованы критерии здоровья, а не только статистические данные о болезнях и проделанной работе. Новая учетно-отчетная медицинская документация позволяет сравнивать качество стоматологической помощи населению с другими странами мира.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ

В системе здравоохранения, независимо от ее устройства (государственная, частная, смешанная), стоматологической помощи населению пожилого возраста уделяется особое внимание. Об этом свидетельствует международный опыт изучения динамики стоматологического здоровья населения, старших возрастных групп. В связи с увеличением пропорции пожилых людей в мире и прогнозируемым ростом потребности в стоматологической помощи, а также с учетом особенностей пациентов пожилого возраста, необходима разработка и реализация специальных программ на уровне страны.

Наиболее важными факторами, которые необходимо учитывать при разработке долгосрочных программ лечебно-профилактическом стоматологической помощи пожилому населению в национальной системе здравоохранения являются:

- особенности стоматологического здоровья пожилых людей;
- взаимосвязи стоматологического и общего здоровья;

- существующие программы стоматологической помощи пожилым людям в текущий период времени;
- возможности интеграции медицинской и стоматологической помощи;
- обоснованность долгосрочных целей стоматологического здоровья пожилых людей;
- применимость международных критериев оценки эффективности системы стоматологической помощи пожилым.

Проблеме стоматологического здоровья пожилых людей на глобальном уровне большое внимание уделяет ВОЗ. В документах ВОЗ определены следующие глобальные проблемы стоматологического здоровья пожилых людей (Р. Е. Petersen, ВОЗ, 2005):

- большая потеря зубов;
- кариес корней зубов;
- высокая распространенность болезней периодонта;
- сухость полости рта (ксеростомия);
- предрак и рак полости рта.

В практическом здравоохранении в настоящее время недооцениваются серьезные последствия утери зубов населением старших возрастных групп. Современными методами исследования на коммунальном уровне установлены ряд медико-социальных проблем, которым подвергаются пожилые люди вследствие удаления большого количества зубов. По существу, врачебную деятельность в этом отношении можно рассматривать условно ятрогенной. При большом количестве удаленных зубов нарушается жевательная функция и возможно уменьшение веса тела, появляется ограничение общения за счет плохого произношения слов (рис. 5).

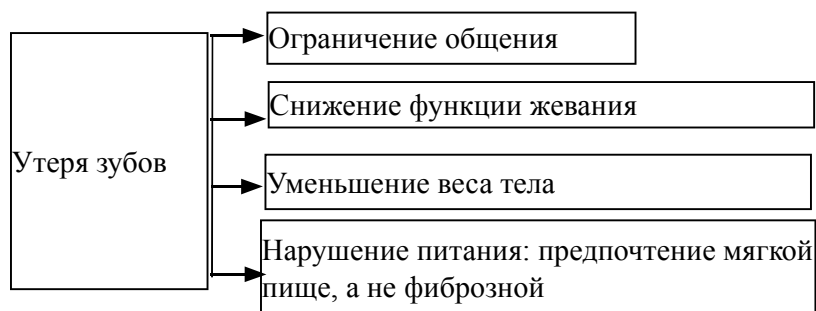


Рис. 5. Последствия утери зубов

В целом, не только утеря зубов, но и другие виды нарушений стоматологического здоровья увеличивают риск возникновения стоматологических болезней и т.о. могут ухудшить общее здоровье и повлиять на качество жизни пожилых людей. Взаимосвязи общего и стоматологического здоровья схематично показаны на рис. 6.

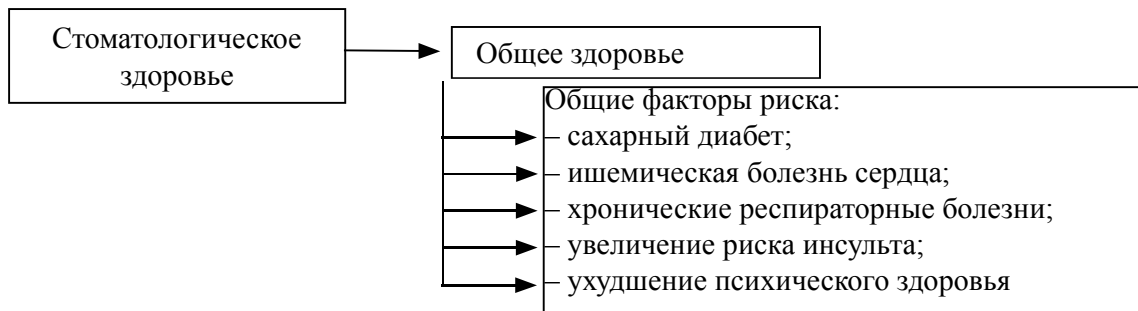


Рис. 6. Взаимосвязи общего и стоматологического здоровья

Таким образом, коммунальные программы лечебно-профилактической стоматологической помощи пожилому населению не могут быть изолированными от медицинской помощи, а должны быть ее интегральной частью.

В организации эффективной медико-стоматологической помощи пожилому населению следует учитывать ряд важнейших особенностей (проблем), характерных для этой возрастной группы людей:

- неудовлетворительный уровень использования стоматологической помощи, особенно среди людей с низким социально-экономическим уровнем;
- недостаточная доступность стоматологической помощи, особенно в сельской местности из-за неукомплектованности кадрами;
- ограниченная мобильность, особенно у инвалидов и лиц, страдающих общими заболеваниями;
- финансовые ограничения, особенно у пенсионеров для оплаты дорогостоящих методов лечения;
- недостаточная мотивация к посещениям стоматолога, особенно у людей, имеющих отрицательный опыт (страх перед болью и др.);
- отсутствие научной поддержки ранее предложенных коммунальных программ стоматологической помощи пожилому населению.

Система стоматологической помощи населению старших возрастных групп в СНГ унаследовала от СССР целый ряд признаков, которые и определяют ее качество в настоящее время:

- система стоматологической помощи пожилым людям не адаптирована к меняющимся демографическим условиям;
- стоматологический персонал не был подготовлен по геронтостоматологии, так как такого предмета не было в учебной программе стоматологических факультетов;
- врачебная ориентация направлена на лечение стоматологических болезней, а не на профилактику;
- отсутствуют программы стоматологической помощи для разных возрастных групп пожилого населения (например, для старых или очень старых людей);
- финансирование «бесплатных» программ для пенсионеров, инвалидов и др. недостаточное.

ВОЗ рекомендует ускорить внедрение Национальных программ стоматологического здоровья пожилых людей (Петерсон Р. Е., 2005), чтобы как можно быстрее заложить основу для улучшения стоматологического статуса и качества жизни увеличивающейся пропорции стареющего поколения. При этом в коммунальных программах стоматологической помощи населению должны быть сформулированы долгосрочные цели стоматологического здоровья для ключевой возрастной группы 65–74 года, что позволит обеспечить постоянный мониторинг эффективности программ и возможность сравнения результативности на международном уровне. В 2003 г. ВОЗ совместно с Международной Федерацией стоматологов (FDI) и Международной стоматологической научно-исследовательской ассоциацией (IADR) разработала глобальные цели стоматологического здоровья для пожилых людей на период 2020 г., которые представлены в табл. 2. С учетом Глобальных целей и на основании ситуационного анализа в Республике Беларусь были разработаны долгосрочные цели стоматологического здоровья также на период до 2020 г.

Таблица 2

Глобальные цели стоматологического здоровья пожилых людей на период до 2020 г. (ВОЗ, FDI, IADR, 2003)

Показатели стоматологического здоровья	Глобальные цели ВОЗ на период до 2020 г.
Кариес зубов у людей в возрасте 65–74 года	Уменьшить количество зубов удаленных по поводу кариеса на х%
Болезни периодонта у людей в возрасте 65–74 года	Уменьшить количество зубов удаленных по поводу болезней периодонта на х%
Утеря зубов у людей в возрасте 65–74 года	Уменьшить пропорцию беззубых людей на х% Увеличить количество сохраненных естественных зубов на х% Увеличить число индивидуумов с функционирующим прикусом (20 или более естественных зубов) на х%

Рекомендации ВОЗ по разработке и внедрению коммунальных программ стоматологического здоровья базируются на принципе «интеграции вмешательства», что означает тесное взаимодействие стоматологических и общемедицинских мероприятий, так как для возникновения общих болезней и наиболее распространенных (кариес зубов и болезни периодонта) и опасных (злокачественные опухоли) стоматологических болезней имеются общие факторы риска. В этой связи ВОЗ разработаны важнейшие документы, такие как «Глобальная стратегия по диете, физической активности и здоровью» и «Глобальная стратегия по профилактике хронических болезней», которые позволяют рационально, на основе международного опыта, использовать в национальных программах стоматологического здоровья рекомендации по

питанию, исключению факторов риска возникновения болезней и др. для эффективной лечебно-профилактической работы стоматологических ЛПУ. **Рекомендованные стратегии улучшения стоматологического здоровья пожилых людей** на коммунальном уровне:

- улучшение стоматологической помощи населению недостаточно ее использующих (особенно пожилых людей);
- сохранение государственной системы стоматологической помощи пожилым людям;
- подготовка кадров (стоматологов и др. персонала) владеющих методами стоматологической помощи пожилым людям;
- научная поддержка программы стоматологической помощи пожилым людям.

Конкретные программы стоматологической помощи пожилым людям в национальной системе здравоохранения строятся с учетом категорий населения, наиболее важными из которых являются следующие: «активные пожилые люди», которые ведут самостоятельным активный образ жизни; «пожилые люди с ограниченной физической подвижностью», находящиеся в домашних условиях или в домах для престарелых и больницах, а также прикованные к постели. Схематично, структура программы в зависимости от категорий пожилых людей и исполняющего персонала, представлены на рис. 7.

По результатам стоматологических исследований пожилого населения в мире и РБ (Борисенко Л. Г., 2004) установлено, что стоматологический статус обследованных, находящихся в домах для престарелых значительно хуже,



Рис. 7. Схема построения программы лечебно-профилактической стоматологической помощи для пожилых людей

чем у людей, проживающих дома. Рекомендованные методы и ожидаемые результаты реализации программ лечебно-профилактической стоматологической помощи в домах престарелых представлены в табл. 3.

Таблица 3

Коммунальные программы профилактики и стоматологической помощи пожилым людям

В ДОМАХ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ	
Методы	Результаты
Стоматологический осмотр Лечение зубов Профессиональная гигиена Санитарное просвещение	Уменьшение количества нелеченных зубов Уменьшение потребности в периодическом лечении Уменьшение распространения протезного стоматита Улучшение гигиены рта
Чистка зубов нянями Лечение зубов стоматологами	Уменьшение случаев пневмонии Уменьшение продолжительности времени повышения температуры тела Уменьшение числа смертей от пневмонии Улучшение активности и функций

Практическое осуществление стоматологического лечения пациентов, находящихся в домах для престарелых является врачебной функцией, однако большинство профилактических мероприятий может и должно проводиться нестоматологическим и даже немедицинским персоналом этих домов. Однако, особенно велика роль стоматолога в обучении нестоматологического персонала методам профилактики, таким как гигиена рта с использованием фторсодержащих зубных паст, полосканий рта антимикробными растворами и др. Практика показывает, что основной причиной инертности или нежелания нестоматологического персонала в реализации профилактических стоматологических мероприятий является их незнание и неумение. Поэтому стоматологическая программа в домах для престарелых должна включать элемент обучения или санитарного просвещения персонала (рис. 8).



Рис. 8. Схема реализации учебного компонента стоматологической программы в домах для престарелых

Наш опыт оптимизации лечебно-профилактической работы среди населения старших возрастных групп показал высокую эффективность проводимых мероприятий, в первую очередь, методов профилактики стоматологических заболеваний. Использование методов профилактики кариеса зубов и болезней пародонта, а также результативности их применения суммированы в табл. 4.

Таблица 4

Рекомендованные методы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта и их результативность

Рекомендованные методы профилактики	Эффективность рекомендованных методов
Местная аппликация фторидов (полоскания)	Уменьшает распространенность кариеса корней
Фторосодержащие зубные пасты	Предупреждают кариес, в том числе, кариес корня
Фториды + хлоргексидин (полоскания)	Уменьшают заболеваемость зубов
Хлоргексидин	Уменьшает: воспаление десен глубину карманов случаи протезного стоматита
Жевательные резинки с хлоргексидином и ксилитом	Уменьшают случаи протезного стоматита и хейлитов Улучшают саливацию
Стоматологическое просвещение	Улучшает навыки гигиенического ухода Уменьшает тяжесть гингивитов

Результативность лечебно-профилактической работы в стоматологических программах для людей пожилого возраста, в целом, оценивается по ряду основных и дополнительных оценочных критериев, рекомендованных ВОЗ (табл. 5).

Таблица 5

Рекомендации ВОЗ по оценке эффективности программ для пожилых людей

Информация	Показатели здоровья и качество жизни
Основная	Число сохранившихся зубов Кариес зубов (КПУ) Болезни пародонта (СРITN) Распространенность рака полости рта Распространенность болезней слизистой оболочки полости рта Показатели качества жизни

Информация	Показатели здоровья и качество жизни
Дополнительная (факторы риска)	Употребление табака Избыточное и/или частое употребление алкоголя Гигиена рта Общее состояние здоровья Доступность стоматологической помощи Условия жизни

Как уже указывалось выше, одним из важнейших компонентов системы стоматологической помощи пожилым людям должна быть научная поддержка реализуемых программ. Следовательно, в национальной системе здравоохранения необходимо планировать научные исследования, нацеленные на получение фактов доказательной медицины, как наиболее эффективной в получении планируемых конечных результатов программ здоровья. Всемирной Организацией Здравоохранения сформулированы следующие научные стоматологические проблемы пожилых людей (Петерсен П. Е., Борисенко Л. Г., Леус П. А., 2005):

1. Взаимосвязи общего и стоматологического здоровья.
2. Механизмы развития стоматологических болезней у пожилых людей.
3. Эпидемиология стоматологического статуса у пожилых людей.
4. Социологические исследования о поведенческих аспектах пожилых людей и качеству жизни во взаимосвязи со стоматологическим статусом.
5. Выявление групп населения с повышенным риском возникновения стоматологических болезней.
6. Совершенствование методов обеспечения стоматологического здоровья пожилых людей на коммунальном уровне.
7. Демонстрационные проекты коммунальных программ и методов оценок их эффективности.

В Беларуси необходимые медико-социальные услуги, включая стоматологическое лечение, престарелым людям оказываются центрами социального обслуживания по месту жительства. Основной формой социального обслуживания одиноких пожилых и старых людей является работа на дому. Надомным обслуживанием охвачено 90 000 граждан старших возрастных групп Беларуси. В стационарных социальных учреждениях проживают 16 500 граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи. Расширяется медико-социальная помощь пожилым в лечебно-профилактических учреждениях. Так, наряду с созданием гериатрических отделений в стационарах, создаются медико-социальные отделения. Источниками финансирования таких отделений могут быть бюджетные средства здравоохранения, органов социальной защиты, общества Красного Креста, средства благотворительных фондов, платные услуги и т.д. (Сытый В. П., Смирнов О. П., 2001).

В 2003 г. была разработана «Долгосрочная целеориентированная комплексная программа лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп» (Борисенко Л. Г. , 2003). Практическая реализация программы осуществляется в рамках сохранившейся государственной системы медицинской помощи населению, за счет внедрения новых технологий и научно-обоснованных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний. Программа для пожилых людей является дополнением к проводимой в Беларуси программе профилактики стоматологических заболеваний, утвержденной Минздравом в 1997 г. В рамках реализации этой программы разработаны методические рекомендации для стоматологического персонала, обучающие наглядные пособия и памятка для пожилых людей. Для ознакомления нестоматологического персонала (врачи, медицинские сестры домов престарелых и т. д.) проводятся лекции, семинары и конференции в крупных поликлиниках. Оценка программы проводится ежегодно по отчетам стоматологов, путем сравнения стоматологического статуса пожилых людей с целями и задачами программы. В целом, оптимизация лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп осуществляется с учетом последних достижений доказательной медико-стоматологической науки и рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения. Схематично, рекомендуемые подходы представлены на рис. 9.

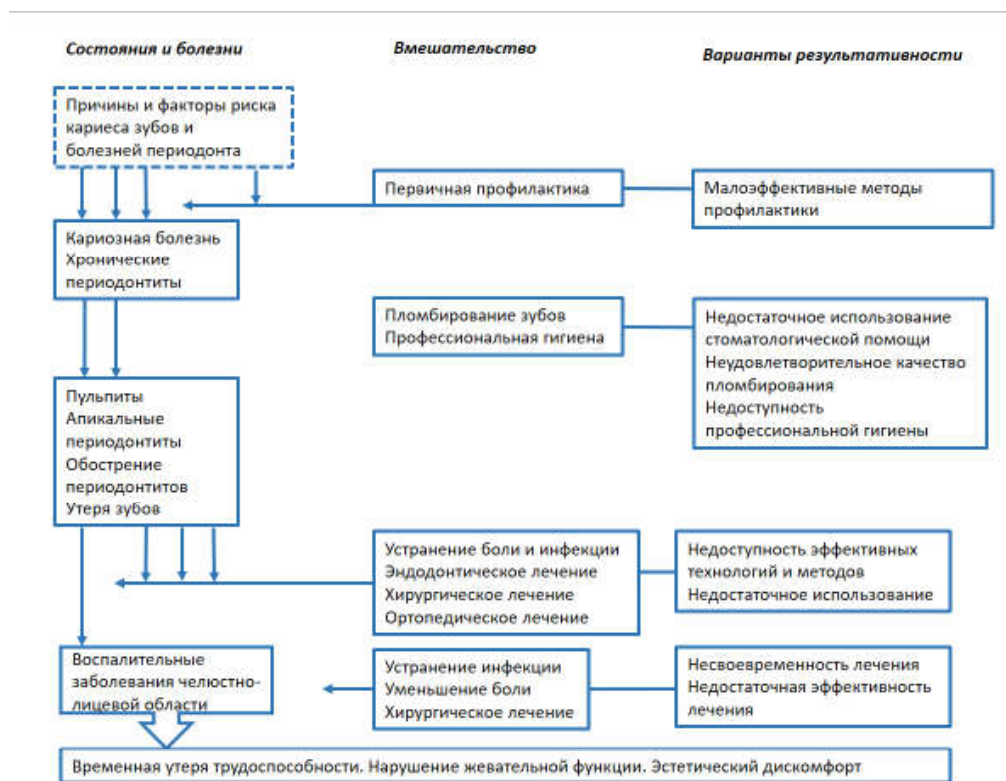


Рис. 9. Этапы развития стоматологических болезней, требуемое вмешательство и возможные препятствия высокоэффективной результативности в условиях Беларуси

Изучение международного опыта показывает, что в странах Европы также много внимания уделяется оптимизации лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп. Так, стоматологическая служба в Германии для пожилых людей успешно решает несколько важных проблем:

- а) укрепление сотрудничества с врачами-интернистами;
- б) обеспечение гигиены полости рта пожилым людям;
- в) улучшение положения недееспособных и больных старых людей в рамках государственной системы страхования.

В Германии очень хорошо развита система страхования. Застраховано 98 % населения в государственных и частных страховых институтах. В начале развития социальной системы страхования здоровья, стоматологическое лечение включало только удаление больных зубов и протезирование. Далее, объем лечения оплачиваемый страховкой был расширен, но в настоящее время объем лечения покрываемый страхованием все больше сокращается. В частности, застрахованный пациент не оплачивает удаление зуба, операцию резекции верхушки корня, реставрации из композита и амальгамы, эндодонтическое лечение и рентгенологическое исследование. Что касается ортопедической помощи, пациенты оплачивают примерно 35–50 % стоимости, в зависимости от регулярности посещений. За счет государственного страхования пациентам могут сделать искусственные коронки, мостовидные протезы, полные и частичные съемные протезы некоторых несложных конструкций. Профилактические мероприятия, ортодонтическое лечение для взрослых, имплантаты, вкладки, виниры и керамические коронки на моляры страховыми компаниями не оплачиваются. В этой ситуации практикующим врачам приходится сталкиваться с конфликтами, возникающими из-за не оправдавшихся надежд пациентов, особенно пожилого возраста.

В рамках государственной страховой системы здоровья в Германии постепенно решаются проблемы обеспечения адекватной стоматологической помощью больных и недееспособных пожилых людей. Однако, как и в ряде других стран, геронтологическая стоматология не привлекает пока большого внимания со стороны специалистов. В настоящее время геронтостоматология не является обязательной частью для преподавания в университетах, в виде лекций, практических или семинарских занятий для студентов. Постдипломное образование также не в полной мере ориентировано на проблемы пожилых людей. Однако, в 1989 г. в Германии была образована Ассоциация геронтологической стоматологии. Кроме того, в 1998 г. был создан Комитет геронтологической стоматологии при государственной стоматологической службе в задачу которого входит комплексное решение всех накопившихся проблем стоматологической помощи пожилым людям.

Развитие и дальнейшее улучшение стоматологической помощи пожилым людям является важным аспектом в будущем с учетом наблюдаемых демографических изменений.

Основные положения долгосрочной целеориентированной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи пожилому населению Беларуси (Борисенко Л. Г. , 2003).

Как уже было упомянуто, в 2003 г. в РБ была разработана специальная стоматологическая программа для пожилого населения. Для ее практического внедрения Минздрав РБ издал инструкцию № 71-0804 от 14.07.2005 г. (авторы Борисенко Л. Г., Наумович С. А.), которая является руководством для администрации стоматологической службы всех уровней и для стоматологического персонала отрасли.

Основной целью программы лечебно-профилактической помощи населению пожилого возраста является повышение эффективности стоматологической помощи за счет внедрения современных методов профилактики и лечения и достижение показателей стоматологического здоровья, рекомендованных ВОЗ.

Измеримыми (контролируемыми) задачами программы для ключевой возрастной группы 65–74 г. на период до 2020 г.» предложены:

- уменьшить количество зубов удаленных по поводу кариеса на 15 %;
- уменьшить количество зубов удаленных по поводу болезней пародонта на 10 %;
- уменьшить пропорцию беззубых людей на 5 %;
- увеличить количество сохраненных естественных зубов на 10 %
- увеличить число индивидуумов с функционирующим прикусом (20 или более естественных зубов) на 10 %;

Среднесрочными задачами на ближайшие 3–5 лет определены:

- увеличение на 10–15 % пожилых людей, практикующих ежедневную гигиену полости рта и улучшение группового индекса гигиены ОНІ-S на 20–30 %;
- увеличение на 50–60 % пожилых людей, знающих и употребляющих пищу, безвредную для зубов;
- уменьшение на 40–50 % нелеченного кариеса зубов;
- уменьшение на 50 % числа осложнений после лечения кариеса зубов, пульпитов и апикальных периодонтитов;
- уменьшение числа удаленных зубов в среднем на 1,0 на одного человека.

Восстановление жевательной функции всем нуждающимся путем рациональных методов зубопротезирования.

Лечебно-профилактическая стоматологическая помощь населению реализуется в существующей системе стоматологической помощи с уче-

том особенностей методов первичной, вторичной и третичной профилактики стоматологических заболеваний дня старших возрастных групп населения 55–64 г., 65–74 г., 75 и более лет.

Наиболее существенные организационные формы и дополнения к традиционным методам лечебно-профилактических мероприятий среди пожилых пациентов являются:

- организация регулярных (не реже одного раза в год) посещений стоматолога пациентам прикрепленного участка для профилактического осмотра своевременного лечения выявленных заболеваний;
- тщательное и полное заполнение амбулаторной карты стоматологического здоровья (Ф043 У-98) всеми специалистами;
- обязательное составление плана профилактики и лечения;
- ежегодный мониторинг результатов лечебно-профилактической работы по данным записей в амбулаторных картах;
- максимальное использование в лечебно-профилактической работе новых научно-обоснованных методов и современных технологий, включая:
 - методы первичной и вторичной профилактики;
 - определение жевательной функции зубов;
 - оценка динамики стоматологического статуса ежегодно при повторном посещении, в том числе индексы ОНI-S, КПУ, КПИ и УФЗ.

Методы первичной профилактики включают регулярную гигиену рта с использованием фторсодержащих зубных паст с концентрацией фтор-иона от 1000 до 1500 ppm (0,1–0,15 %), фторированную пищевую соль с концентрацией фтора не менее 250 мг/кг соли и рациональное питание, предусматривающее ограничение числа приемов углеводистой пищи, включая закуски и сладкие напитки до не более пяти раз в день.

Вторичная профилактика стоматологических заболеваний включает комплекс мероприятий: мотивацию пациента к регулярным посещениям стоматолога, устранение факторов риска стоматологических болезней, рациональное планирование лечения в зависимости от индивидуальных показаний и атравматичное лечение, рекомендованное ВОЗ.

Наиболее важной задачей третичной профилактики является устранение инфекции и реабилитацию жевательной функции.

Хронические очаги инфекции в полости рта могут быть устранены:

- удалением зубов, ранее леченных по поводу пульпита или апикального периодонтита и имеющих очаги хронического сепсиса;
- удалением корней разрушенных зубов;
- удалением зубов, имеющих патологическую подвижность III степени при атрофии альвеолярной кости челюсти на $\frac{2}{3}$ и более корня зуба;

– устранением глубоких периодонтальных карманов с гнойным экссудатом хирургическими методами с пред- и послеоперационной противовоспалительной терапией (профилактика очаговой септической инфекции).

Утерянная жевательная функция зубочелюстной системы может быть частично (до уровня 20 и более функционирующих зубов) или полностью восстановлена следующими лечебными мероприятиями:

– реставрацией разрушенных коронок зубов методом пломбирования, вкладками или искусственными коронками;

– мостовидными протезами (при условии полного исключения перегрузки спорно-удерживающего аппарата зубов);

– частично съемными протезами;

– полными съемными протезами.

Мониторинг результативности программы осуществляется методом стоматологических осмотров, по результатам которых оценивается выполнение поставленных среднесрочных и долгосрочных задач.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *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.
2. *Леус, П. А.* Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус // Москва : Медицинская книга, 2008. 444 с.
3. *Матвеев, А. М.* Итоги деятельности стоматологической службы Республики Беларусь за 2017 год / А. М. Матвеев, В. В. Близнюк // Стоматологический журнал. 2018. № 3. С. 15–23.
4. *Петерсен, П. Е.* Практическая реализация глобально стоматологической программы ВОЗ для пожилых людей в РБ / П. Е. Петерсен, Л. Г. Борисенко, П. А. Леус // Стоматологический журнал. 2005. № 2. С. 4–8.
5. *Борисенко, Л. Г.* Современная геронтостоматология : методы лечебно-профилактической помощи населению пожилого возраста : учеб.-метод. пособие. Минск : БГМУ, 2018. 51 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне.....	4
Систематическая помощь детям	5
Стоматологическая помощь взрослым	9
Учебные программы.....	13
Использование вспомогательного зубо­вра­че­б­но­го персонала	15
Финансирование стоматологической помощи	20
Мониторинг стоматологической помощи.....	21
Организация лечебно-профилактических мероприятий пожилым людям на коммунальном уровне	21
Список использованной литературы.....	34

Учебное издание

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

**ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО
ПЛАНИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 01.12.22. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,84. Тираж 40 экз. Заказ 528.

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.