

Стоматологическое обследование Основные методы

Данное руководство ВОЗ «Стоматологическое обследование - основные методы» дает возможность странам проводить стоматологическое обследование населения по стандартизированной методике, а также получать достоверные данные

принципы
деления
медицинской помощи.

ими из наиболее
областей, а также
общей

обследования имеют
в процессе
проводимых
исследований может
получить информацию
о состоянии полости рта
и о состоянии его здоровья.

Постоянный контроль и мониторинг стоматологического здоровья населения позволяет ответственным лицам и руководителям здравоохранения получать полезную информацию о целесообразности и эффективности программ общественного здравоохранения.



Всемирная организация
здравоохранения



ГБОУ ВПО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Стоматологическое обследование Основные методы

Стоматологическое обследование Основные методы

Пятое издание



Всемирная организация
здравоохранения



ГБОУ ВПО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Стоматологическое обследование

Основные методы

Пятое издание



Всемирная организация
здравоохранения



ГБОУ ВПО МГМСУ
им. А.И. Евдокимова

Опубликовано Всемирной организацией здравоохранения в 2013 году

под названием **Oral health surveys: basic methods – 5th ed**

©Всемирная организация здравоохранения, 2013

Всемирная организация здравоохранения предоставляет права на перевод и публикацию издания на русском языке Московскому государственному медико-стоматологическому университету им.А.И.Евдокимова, который несет полную ответственность за качество и достоверность русской версии. В случае несоответствия перевода, оригинальная английская версия является обязательной и подлинной.

Стоматологическое обследование: основные методы – 5 издание

©Всемирная организация здравоохранения 2016

1.
Стоматологическое обследование.
2.
Стоматологическое здоровье.
3.
Сбор данных.
4.
Наблюдение за стоматологическим здоровьем.

Подготовка пособия и перевод на русский язык осуществлены на кафедре профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ им А.И. Евдокимова.

Ответственный за перевод проф. Кузьмина Эдит Минасовна.
Разрешение на перевод, авторские права и публикацию одобрены Всемирной Организацией Здравоохранения.

Просьбы с разрешением на воспроизведение и перевод публикаций ВОЗ - для продажи или некоммерческого распространения - должны быть направлены в «WHO Press» через интернет-сайт ВОЗ (permissions@who.int).

Содержание

Предисловие	7
Цели руководства	8
Признательность	9
Финансовая поддержка	10
Введение	11
Задачи руководства	15
Структура руководства	17
Раздел 1. Основные принципы клинического стоматологического обследования	19
1.1. Дизайн стоматологического обследования	20
1.1.1. Специальные характеристики стоматологических заболеваний	20
1.1.2. Индексные возрасты и возрастные группы	21
1.1.3. Формирование выборки	23
1.1.4. Вероятностные методы выборки	24
1.1.4.1. Систематическая выборка	24
1.1.4.2. Стратифицированная выборка	25
1.1.4.3. Многоэтапная кластерная выборка	25
1.1.4.4. Пропорциональная размеру вероятностная выборка	26
1.1.5. Поисковые обследования	26
1.1.5.1. Подгруппы	28
1.1.5.2. Количество участников	28

1.2. Организация обследования	30	1.5. Оценка стоматологического статуса	44
1.2.1. Подготовка протокола обследования	30	1.5.1. Стандартные карты	44
1.2.2. Получение разрешения административных органов	30	1.5.2. Стандартные коды	44
1.2.3. Определение бюджетного финансирования	31	1.5.3. Карта оценки стоматологического статуса	46
1.2.4. Составление графика работы	31	1.5.4. Разделы «Идентификация и общая информация»	47
1.2.5. Неотложная помощь и направление к специалистам	32	1.5.5. Клиническое обследование	51
1.2.6. Информирование местных органов власти	32	1.5.5.1. Состояние зубов	52
1.3. Точность и достоверность данных	33	1.5.5.2. Состояние тканей пародонта:	
1.3.1. Обучение и калибровка исследователей	33	Коммунальный пародонтальный индекс (CPI)	
1.3.2. Повторные осмотры	34	модифицированный	59
1.3.3. Определение воспроизводимости данных	35	1.5.5.3. Потеря прикрепления	61
1.4. Проведение обследования	37	1.5.5.4. Флюороз эмали	62
1.4.1. Общая подготовка	37	1.5.5.5. Эрозия зуба	63
1.4.1.1. Контакты с ответственными лицами	37	1.5.5.6. Травматические поражения зубов	64
1.4.1.2. Ведение журнала	37	1.5.5.7. Поражения слизистой оболочки полости рта	64
1.4.1.3. Предварительная тренировка		1.5.5.8. Наличие зубных протезов	66
или пилотное обучение	37	1.5.5.9. Потребность в неотложной помощи	66
1.4.1.4. Источники фторида	38	Раздел 2. Самооценка здоровья полости рта	69
1.4.2. Персонал и организация	39	2.1. Самооценка здоровья полости рта	
1.4.2.1. Регистратор	39	и влияющих на него факторов риска	70
1.4.2.2. Организатор	39	2.1.1. Стоматологическая информационная система	70
1.4.2.3. Ежедневный просмотр заполненных		2.1.2. Самооценка стоматологического здоровья с помощью	
регистрационных карт	39	использования опросников	71
1.4.3. Инструменты и другое оснащение	39	2.1.2.1. Обучение интервьюеров и наблюдение	72
1.4.4. Инфекционный контроль	40	2.1.3. Индикаторы риска стоматологических заболеваний в	
1.4.5. Место проведения осмотра	41	рамках STEPS	73
1.4.6. Положение при обследовании	42	2.2. От исследований к наблюдению	77
1.4.7. Освещение	42	Раздел 3. Содействие со стороны ВОЗ	81
1.4.8. Стол или подставка	42	3.1. Помощь до проведения обследования	82
1.4.9. Расположение регистратора	42	3.2. Помощь после проведения обследования	84
1.4.10. Обеспечение необходимыми средствами	43	3.3. Подготовка заключительных отчетов об обследовании	87
1.4.11. Недопущение толпы	43		
1.4.12. Избегание шума	43		

Литература	91
Приложение 1. Карта ВОЗ для оценки стоматологического статуса взрослых, 2013	93
Приложение 2. Карта ВОЗ для оценки стоматологического статуса детей, 2013	95
Приложение 3. Карта ВОЗ для оценки стоматологического статуса взрослых (по поверхностям зубов), 2013	97
Приложение 4. Карта ВОЗ для оценки стоматологического статуса детей (по поверхностям зубов), 2013	99
Приложение 5. Карта ВОЗ для регистрации проявлений ВИЧ/СПИД в полости рта, 2013	101
Приложение 6. Атлас основных стоматологических заболеваний и состояний	103
Приложение 7. Анкета ВОЗ о здоровье полости рта для взрослых, 2013	121
Приложение 8. Анкета ВОЗ о здоровье полости рта для детей, 2013	125
Приложение 9. Стандартные таблицы, составленные на основе данных клинического обследования	129
Приложение 10. Стандартные таблицы, составленные на основе STEPS данных анкетирования	132

Предисловие

Эпидемиологическое стоматологическое обследование представляет основу для оценки стоматологического статуса населения и его потребностей в стоматологической помощи. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) имеет давние традиции методологии проведения эпидемиологических обследований, включающей описание диагностических критериев, которые можно легко понять и применять в общественных программах здравоохранения по всему миру. Руководства разрабатывались в деталях для выделения практической и экономичной выборки, подходящей для регистрации данных о распространенности стоматологических заболеваний, необходимой для планирования стоматологических программ. Кроме того, ВОЗ излагает четкие принципы для суммирования данных и анализа результатов.

Руководство ВОЗ «Стоматологическое обследование – основные методы» позволяет проводить стандартизованные стоматологические обследования, результаты которых были бы сравнимы для разных стран. Глобальный стоматологический банк данных ВОЗ детально сопоставляет собранные посредством национальных обследований данные об основных стоматологических заболеваниях, показатели которых анализируются в соответствии со статистическими методами, рекомендуемыми ВОЗ для оценки ключевых возрастных групп взрослых и детей. Регулярное проведение стоматологических обследований во многих странах выявило важные тенденции изменений стоматологического статуса, особенно у детей. С одной стороны, в ряде стран с высоким уровнем дохода стоматологическое здоровье детей улучшилось после внедрения программ профилактики стоматологических заболеваний. С другой стороны, быстро возрастающий уровень стоматологических заболеваний наблюдается во многих странах с низкими и средними доходами параллельно с изменениями условий жизни и принятием привычек нездорового образа жизни. Помимо социальных детерминант, на стоматологическое здоровье влияет много факторов риска, связанных с привычками, такие как диета, богатая углеводами, использование табака, излишнее потребление алкоголя и неадекватные традиции гигиенического ухода за полостью рта. Недостаточная доступность стоматологических служб, отсутствие программ поддержания здоровья и эффективных профилактических программ также связаны с плохим стоматологическим здоровьем.

С момента публикации 4 издания, ВОЗ разработала новые схемы для проведения эпидемиологических стоматологических обследований. В

добавление к руководству для клинической оценки стоматологического статуса были разработаны материалы для наблюдения за самооценкой состояния полости рта и связанных с ним факторов риска. В связи с большим количеством факторов риска развития неинфекционных хронических и стоматологических заболеваний, разработанный ВОЗ STEPS-подход к наблюдению способствует включению стоматологического статуса в национальные системы наблюдения за неинфекционными хроническими заболеваниями.

Цели руководства

Данное руководство ставит своей целью поощрить руководителей, планирующих проведение национальных эпидемиологических стоматологических обследований, использовать стандартизованные показатели для оценки стоматологических заболеваний и состояний, что важно для планирования и оценки стоматологических программ, также как и для уверенности в сопоставимости данных, собранных в различных условиях окружающей среды. Это достигается применением глобального подхода Всемирной организации здравоохранения к наблюдению за хроническими неинфекционными заболеваниями, к модели интеграции стоматологического здоровья в системе наблюдения за хроническими заболеваниями. Использование этого подхода позволит:

- составлять систематические обзоры данных по стоматологической заболеваемости;
- быть уверенными, что полученные результаты достоверны и сравнимы внутри страны и между странами;
- способствовать сбору данных о самостоятельном определении стоматологического здоровья и факторов риска в рамках STEPS;
- предоставить возможность странам, особенно заинтересованным в сборе данных, касающихся основных состояний полости рта, связанных с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ, СПИД).

Руководство состоит из трех разделов. **Раздел 1** предоставляет лицам, планирующим обследование, основную информацию о методах и подходах к сбору клинических данных о стоматологическом статусе. **Раздел 2** посвящен самооценке стоматологического здоровья и факторам риска, полученным путем анкетирования. **Раздел 3** описывает деятельность при проведении обследования, анализе результатов и составлении заключительного отчета.

Признательность

Данное руководство было подготовлено д-ром P.E.Petersen (Всемирная организация здравоохранения) и д-ром R.J.Baez (Научный центр здоровья Университета Техаса в Сан-Антонио, США).

ВОЗ выражает благодарность д-ру C.Scully (Сотрудничающий Центр ВОЗ по исследованиям общего и стоматологического здоровья, Университет Бристоля, Великобритания) и д-ру M.Valderrama (Богота, Колумбия) за предоставление клинических фотографий, использованных в данном руководстве для идентификации стоматологических заболеваний.

Особая благодарность за технические советы выражается д-ру E.D.Beltrán-Aguilar (Отдел стоматологии, Центры контроля и профилактики заболеваний, Атланта, Джорджия, США), д-ру N.Jürgensen (Сотрудничающий Центр ВОЗ по коммунальным стоматологическим программам и исследованиям, Университет Копенгагена, Дания), д-ру H.Ogawa (Сотрудничающий Центр ВОЗ по преобразованиям в области стоматологических наук, Университет Ниигата, Япония), д-ра A.J.Rugg-Gun (Университет Ньюкасла, Великобритания), д-ру J.Stjernswärd (Сотрудничающий Центр ВОЗ по обучению и исследованиям, Университет Мальме, Швеция), д-ру D.M.O'Mullane и д-ру H.P.Whelton (Сотрудничающий Центр ВОЗ по исследованиям в области стоматологических служб, Университет Корка, Ирландия).

Показатели для обследования были протестированы в нескольких странах мира. ВОЗ особенно благодарит д-ра U.Nyandindi (Министерство здравоохранения, Национальная школьная программа здоровья, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания), д-ра F.Kahabuka (Сотрудничающий Центр ВОЗ по первичной стоматологической помощи, планированию и исследованиям, Университет здравоохранения и смежных наук Мухимбили, Дар-эс-Салам, Объединенная Республика Танзания), д-ра N.Razanamihaja (Университет Маджунга, Республика Мадагаскар), д-ра L.Rajab (Университет Иордании, Амман, Королевство Иордания), д-ра A.Naseeb (Министерство здравоохранения, Королевство Бахрейн), д-ра L.Zhu (Сотрудничающий Центр ВОЗ по исследованиям и обучению в области профилактической стоматологии, Пекинский Университет, Китайская Народная Республика), д-ра M.H.Khoshnevisan (Министерство здравоохранения, Тегеран, Исламская Республика Иран).

ВОЗ ценит поддержку Международной Академии стоматологии в подготовке сводных таблиц результатов обследования.

Финансовая поддержка

Публикация данного руководства получила поддержку фонда Philip Deag, Европейского отделения Международного стоматологического колледжа. ВОЗ выражает особую благодарность за такой значительный вклад. Руководство облегчит обучение внутри общественных стоматологических служб, а легкий доступ к интернет-версии руководства окажет большую помощь для проведения обследований в развивающихся странах.

Цель руководства - предоставить практические и надежные средства для планирования и наблюдения за стоматологическими вмешательствами; кроме того, стандартизированный подход делает данные осмотров полезными для научных исследований. ВОЗ благодарит фонды, которые сделали возможным публикацию этого руководства Сотрудничавшим Центром ВОЗ по преобразованию в области стоматологических наук (Университет Ниигата, Япония).

On-line версия

Интернет-версия ВОЗ «*Oral health surveys – basic methods*» доступна на сайте www.who.int/oral_health.

Введение

Проблемы общественного здравоохранения, связанные со стоматологическими заболеваниями, представляют собой озабоченность для стран во всем мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) имеет многолетнюю традицию методологии проведения эпидемиологических обследований и наблюдения за стоматологическим здоровьем. С 1971 г., когда было опубликовано первое издание ВОЗ «*Стоматологическое обследование - основные методы*» [1], во многих странах мира использовали описанные в руководстве методы, чтобы получить информацию об уровнях имеющихся заболеваний и их тенденциях, а также изменениях в распространенности и тяжести заболеваний, обусловленных внедрением коммунальных программ профилактики стоматологических заболеваний [1-4]. ВОЗ регулярно оценивает тяжесть стоматологической заболеваемости по предоставляемым странами результатам, которые хранятся в Глобальном банке данных стоматологической заболеваемости ВОЗ (доступно на www.who.int/oral_health), при этом признается общественная важность социальных детерминант и поведенческих факторов риска [5-7].

Чтобы провести международные сравнения, ВОЗ рекомендует странам-членам предоставлять информацию об уровне заболеваемости, полученную с помощью стандартизированных методов. Прежние издания этого руководства [1-4] предоставляли широкий диапазон основных параметров и регистрационных форм для использования при сборе клинических данных: были рекомендованы стандартные критерии для регистрации клинических состояний с фокусированием на повреждениях слизистой полости рта и предраках/раках, состоянии зубного ряда, флюорозе эмали, кариесе зубов и нуждаемости в лечении, аномалиях развития зубов, заболеваниях пародонта и потребности в их лечении, состоянии протезов и нуждаемости в протезировании. Были изложены специальные рекомендации, позволяющие получать данные высокого качества посредством четко определенных процедур осмотра, обучения и калибровки специалистов, проводящих обследование, для оценки внутри- и межисследовательской достоверности воспроизводимости результатов. Доказано, что основные стоматологические обследования ВОЗ оказались в высшей степени полезными для оценки стоматологического статуса в популяции, для разработки или регулирования систем здравоохранения, а также оценки эффективности популяционных программ.

Стоматологические обследования, выполненные в последнее десятилетие с использованием четвертого издания «ВОЗ [4], подтверждают,

что данные о стоматологическом статусе важны для оценки тенденций заболеваемости. Помимо эпидемиологической информации, лицам, планирующим стоматологическую помощь и принимающим решения, могут потребоваться сведения о факторах риска и качестве жизни, связанных со стоматологическим здоровьем. Доступности стоматологической помощи, административных мероприятий, качестве стоматологической помощи и проводимых вмешательствах /8/.

Для эффективного наблюдения ВОЗ предлагает, чтобы эпидемиологическое стоматологическое обследование осуществлялось регулярно, через 5-6 лет, в тех же районах или населенных пунктах. Результаты обследования служат основой для деятельности общественного здравоохранения, при этом с учетом полученных данных строятся политика и программы в области здравоохранения. Другими словами, стоматологическое обследование обеспечивает возможность непрерывного (про-должающегося или периодического) сбора, анализа и интерпретации популяционных данных, а также представления этих данных руководителям здравоохранения и лицам, планирующим программы общественного здравоохранения. Благодаря правильно осуществляемым программам стоматологического обследования, страны получают информацию, необходимую для немедленных действий, направленных на контроль заболеваний либо разработку стратегий для их предупреждения и уменьшения проявлений в будущем. Таким образом, цель эпидемиологического обследования населения является помочь правительству, органам здравоохранения и специалистам в разработке политики и программ в области профилактики заболеваний, в приложении эффективных усилий для контроля распространенных заболеваний и восстановления качества жизни.

Информация об основных факторах риска развития хронических заболеваний представляет ключевой момент для руководителей здравоохранения, позволяет планировать мероприятия по улучшению здоровья и программы первичной профилактики. Основываясь на стандартизированных критериях и согласованных индикаторах, определенных и методах обследования, а также способах формирования выборки, ВОЗ разработала новые важные способы оценки хронических заболеваний и факторов риска, которые также могут быть тесно связаны со здоровьем полости рта. Эти критерии могут быть использованы для сбора необходимых данных, касающихся самооценки стоматологического здоровья; поведенческих особенностей; использования доступных стоматологических услуг; связанного со стоматологическим здоровьем качества жизни; а также факторов социальной и окружающей среды, представляющих риск для здоровья полости рта. Критерии ВОЗ разработаны для современных систем обследования населения, которые могут быть адаптированы к местным ресурсам и потребностям.

Пятое издание руководства ВОЗ «Стоматологическое обследование – основные методы» дает следующие рекомендации для проведения эпидемиологического стоматологического обследования.

- Состояние зубов необходимо регистрировать в соответствии с рекомендациями, данными в предыдущих изданиях руководства. Таким образом, распространенность и интенсивность кариеса зубов оценивают, используя достоверные критерии, общепринятые в общественном здравоохранении. Следует отметить, что подробная классификация кариеса зубов предложена для применения в клинической практике, где специализированное оборудование позволяет оценить степень вовлечения твердых тканей зуба в патологический процесс. Регистрация специфических потребностей в лечении отдельных зубов более не рекомендуется.
- Регистрация пародонтального статуса по секстантам или индексным зубам модифицирована и включает оценку кровоточивости десен, а также глубины карманов в области всех зубов полости рта. Основанием для таких рекомендаций является то, что состояние твердых тканей определяют для каждого зуба, поэтому у тех же зубов следует проводить оценку состояния тканей пародонта. Зубной камень не регистрируют, т.к. это не является заболеванием.
- Рекомендация не зондировать глубину пародонтального кармана у детей моложе 15 лет остается неизменной. Потерю приречеления регистрируют, используя индексные зубы, при этом исследование также не проводят у детей моложе 15 лет.
- Рекомендуется осуществлять регистрацию флюороза эмали зубов. Подобные результаты помогают странам получать базовые данные до или в процессе мониторинга коммунальных профилактических программ, включающих применение фторида для профилактики кариеса зубов. Следует рассылать коммунальный индекс флюороза (CFI), позволяющий определить, является ли это поражение проблемой общественного здравоохранения. CFI позволяет идентифицировать флюороз в обследуемых группах населения. Клинические данные по флюорозу должны быть дополнены результатами исследований, касающихся применения соединений фтора.
- Исходя из последних данных о высокой интенсивности эрозии зубов, связанной с частым потреблением кислых напитков, расщавливанием или жеванием кислых сладостей и жевательных резинок со вкусом фруктов, а также с кудыгурными традициями и особенностями питания, в карту для сбора данных был включен специальный раздел для регистрации потери твердых тканей зуба вследствие эрозии, а также количества вовлеченных зубов.

- Челюстно-лицевая травма включает повреждение полости рта, в том числе зубов, губ, десен, языка и челюстей. Наиболее часто встречающейся травмой зуба является его перелом или утрата. Результатом челюстно-лицевой травмы могут быть нарушения формы или функции, значительно снижающие качество жизни. В связи с этим, в регистрационную карту был добавлен раздел для занесения данных о травме зубов и количестве зубов с этим дефектом.
- Регистрация наличия несъемных или съемных протезов в полости рта включена в регистрационную карту для взрослых в качестве индикатора доступности служб здравоохранения. Качество и функцию протезов не оценивают.
- Обследование включает осмотр слизистой оболочки полости рта, регистрацию внеротовых поражений и их локализацию с помощью стандартизированных кодов. В дополнение к основным картам была разработана специальная карта для регистрации наиболее общих поражений слизистой полости рта, выявляемых при инфекциях, вызванных вирусом иммунодефицита человека (HIV), и синдроме приобретенного иммунодефицита (AIDS).
- Раздел о неотложных вмешательствах уточняет рекомендованный уровень лечения в ответ на острые проблемы в полости рта и потребность в немедленном обращении за специализированной помощью. Он может также включать необходимость в профилактической или стоматологической помощи, требующей лечения больших кардиозных поражений и осложнений карисса зубов. Неотложное вмешательство может быть также необходимо при выраженной боли или явных признаках тяжелой инфекции, например, обусловленной одонтогенным или пародонтальным абсцессом.

Особенно для взрослых и детей были разработаны основные анкеты, которые можно использовать для сбора информации о самоощущении стоматологического статуса, привычках, связанных со стоматологическим здоровьем, поведенческих рисках, качестве жизни и социальном статусе. Анализ факторов риска является основным в разработке или коррекции программ поддержания стоматологического здоровья. Влияние факторов риска на стоматологическое здоровье можно оценить при объединении клинических и социально-поведенческих данных.

Задачи руководства

В данном руководстве представлена необходимая информация по организации и планированию стоматологических обследований,

проводимых для оценки стоматологического статуса населения, и по сбору данных о самоощущении стоматологического статуса и социально-поведенческих факторов риска.

Задачи руководства

1. Обеспечение информацией по планированию эпидемиологического стоматологического обследования, что включает:

- дизайн основных стоматологических обследований;
- рекомендации по практическому осуществлению выборки групп населения, необходимых для оценки стоматологических заболеваний;
- принципы организации стоматологического обследования;
- осуществление стоматологического обследования;
- регистрационные карты и описание диагностических кодов и критериев;
- рекомендации по обеспечению воспроизводимости результатов;
- руководство к действиям после обследования, включая необходимые данные, которые должны быть в отчете, а также требования к формату отчета;
- предоставление плана для регистрации и рекомендаций ВОЗ при проведении эпидемиологических исследований стоматологических заболеваний, связанных с ВИЧ/СПИД.

2. Предоставление информации, необходимой для планирования исследования самооценки стоматологического здоровья и факторов риска.

STEPS-подход ВОЗ к эпидемиологическому обследованию - это последовательный процесс (рис.1) [9]: он начинается со сбора ключевой информации о факторах риска и самостоятельно оцененном здоровье с помощью анкетирования, после этого выполняются простые физические измерения, а затем - более сложные измерения для биохимического анализа. Эти этапы могут включать базовые, расширенные и альтернативные данные. STEPS-подход подтверждает положение о том, что меньшее количество данных, но хорошего качества, более ценно, чем большее количество некачественных данных. Используя одни и те же стандартные вопросы и протоколы, можно использовать информацию, полученную с помощью STEPS-подхода, как для оценки тенденций внутри страны, так и для сравнения показателей в разных странах. Данный подход поощряет регулярный и постоянно продолжающийся сбор небольшого количества полезной информации.

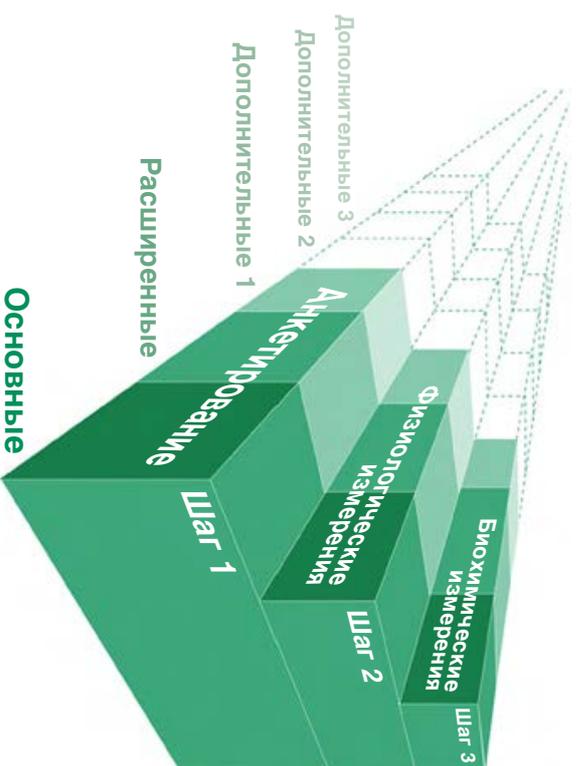


Рис.1. Схема STERS-подхода ВОЗ для обследования лиц с хроническими заболеваниями [9]

Применение STERS-подхода в стоматологии предусматривает три шага:

- Шаг 1: получение информации по самооценке состояния полости рта, поддержанию здоровья полости рта, оценке привычек питания, использования табака, потребления алкоголя, качества жизни, социальной позиции. Все исследуемые параметры основываются на стандартных определениях ВОЗ. Могут быть включены данные о состоянии общего здоровья, влияющего на стоматологический статус: например, о росте, весе, объеме талии как индикатора характера питания, недостаточном или избыточном весе, присутствии диабета и маркеров ВИЧ/СПИД инфекции.
- Шаг 2: клинические данные, собранные при выполнении «Шага 2» добавляются к тем, что получены в «Шаге 1». Внедрение «Шагов 1 и 2» имеет место у большинства стран.

- Шаг 3: включает информацию, полученную при биохимических анализах, например, сбор слюны для определения буферной емкости или оценки микрофлоры (*инфлюйер, Streptococcus mitis*). ВОЗ не рекомендует расширенные исследования стоматологического здоровья странам с ограниченными ресурсами.

Наблюдение за стоматологическим здоровьем становится возможным, когда данные о стоматологическом статусе и факторах риска собирают систематически и регулярно. Для планирования и оценки результатов стоматологических вмешательств страны могут осуществлять сбор данных в соответствии с «Шагом 1» или «Шагом 2» или их сочетанием.

Структура руководства

В разделе 1 представлены принципы клинического стоматологического обследования в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Они включают руководство для проведения обследования, отбора пациентов, применения диагностических критериев, гарантии воспроизводимости данных. Рекомендованные ВОЗ карты для регистрации клинических данных оценки стоматологического статуса размещены в приложении к руководству. Эти карты дают необходимые элементы для подготовки отчета об обследовании, также в виде отдельных приложений представлены примеры таблиц, которые должны быть составлены для статистического анализа полученных результатов. В разделе 2 описывается подход ВОЗ к разработке интегрированных информационный систем в области стоматологии. В дальнейшем в этом разделе детализируется модель факторов риска, которая создает концептуальную схему для включения данных о самооценке стоматологического здоровья и факторах риска внутри STERS. Могут быть включены дополнительные измерения, такие как тестирование диабета, определение веса и роста для расчета индекса массы тела (ИМТ). В разделе 3 представлена информация по анализу данных и выполнению отчета о результатах обследования, также содержится информация о помощи, которую можно получить от ВОЗ.

**Раздел 1. Основные
принципы клинического
стоматологического
обследования населения**

1.1. Дизайн стоматологического обследования

Проведение популяционных обследований для определения стоматологического статуса населения и потребности в стоматологических вмешательствах – необходимая часть обязанностей главных стоматологов и других организаторов, отвечающих за стоматологические программы. Там, где нет национальных или региональных организаторов подобной деятельности, регулярные эпидемиологические обследования населения могут выполнять члены стоматологической ассоциации или персонел учебных институтов.

Методы, описанные в данном руководстве, могут быть использованы для оценки:

- распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний и состояний;
- соответствия стоматологических программ потребностям различных групп населения в лечении, а также необходимости в коммунально-ориентированных программах профилактики и улучшения здоровья;
- характера и неоглажности требуемых стоматологических вмешательств.

Если обследование ставит расширенные задачи, то может быть также оценена роль таких социальных детерминант стоматологического здоровья и факторов риска, как качество индивидуальной гигиены, питание, потребление табака, излишнее потребление алкоголя, использование стоматологических услуг, а также связанное с этим качество жизни населения.

1.1.1. Специальные характеристики стоматологических заболеваний

Специфическая эпидемиология стоматологических заболеваний позволила разработать подход к выборке групп населения и планированию обследования для большинства распространенных стоматологических заболеваний. Основные стоматологические заболевания - кариес зубов и заболевания пародонта - имеют следующие особенности:

- в значительной степени зависят от возраста;

- присутствуют во всех группах населения, варьируя по показателям распространенности и интенсивности;
- кариес зубов является необратимым (на стадии образования полости), информация о стоматологическом статусе предоставляется только о текущем, но и о предыдущем, характере поражения;
- профили стоматологических заболеваний варьируют среди групп населения с различным социально-экономическим уровнем, последними характеристиками и условиями окружающей среды;
- при обследовании у каждого индивидуума выполняют несколько измерений: для оценки кариеса зубов - для каждого зуба, состояние пародонта - около каждого зуба, присутствующего во рту; исключение составляет лишь оценка потери прикрепления, которую проводят в 6 сегментах.

1.1.2. Индексные возрасты и возрастные группы

Клиническое стоматологическое обследование рекомендуются проводить среди следующих возрастных групп населения.

5 лет

Детей следует осматривать между пятым и шестым днями их рождения. Этот возраст позволяет определить распространенность и интенсивность кариеса временных зубов и может свидетельствовать об изменениях, происходящих за более короткий промежуток времени, чем в постоянных зубах в других индексных возрастных группах. В ряде стран 5 лет – это возраст, когда дети начинают посещать начальную школу. В странах, где дети идут в школу в возрасте между шестью и семью годами, данную возрастную группу также можно использовать для обследования. В этом случае указывают средний возраст, а отсутствующие временные резцы как удаленные не регистрируют в связи с трудностью в дифференциации между временными резцами, выпавшими в результате физиологической смены зубов и удаленными вследствие кариеса или травмы.

12 лет

Этот возраст особенно важен, т.к. в основном, именно в это время дети оканчивают начальную школу. Поэтому во многих странах это последний год, когда можно легко сформировать надежную группу детей для обследования, используя школьную систему. Кроме того, к этому возрасту прорезываются все постоянные зубы, кроме третьих моляров. По этим причинам возраст 12 лет был выбран как глобальная

индикаторная возрастная группа для наблюдений за тенденциями заболеваемости и сравнений в международных масштабах.

В некоторых странах, однако, многие дети школьного возраста не посещают школу. В этих обстоятельствах должна быть сделана попытка в разных местностях осмотреть от двух до трех групп детей, которые в школу не ходят, чтобы сравнить их стоматологический статус со статусом детей, посещающих школу.

15 лет

К 15 годам постоянные зубы в течение 3-9 лет подвергнутся воздействию местных факторов полости рта, поэтому оценка интенсивности кариеса зубов у подростков является важной. Кроме того, возрастная группа 15-19 лет важна для определения состояния пародонта у подростков. В странах, где трудно сделать достоверную выборку из данной возрастной группы, принято осматривать лиц только в 2-3 местностях: в столичном городе или другом большом городе и в одной сельской местности.

35-44 года (средний возраст = 40 лет)

Данная возрастная группа является стандартной для оценки стоматологического статуса взрослого населения. Использование данных обследований этой возрастной группы позволяет тем, кто планирует и принимает решения, разносторонне оценить кариез зубов, уровень тяжести заболеваний пародонта и общее представление о предоставляемой стоматологической помощи. Формирование данной группы часто бывает затруднено, и это можно сделать в организованных коллективах, например, из работников офиса или фабрики. Могут быть использованы готовые доступные группы, например, на рынке, чтобы получить приемлемую репрезентативную группу в ситуациях невозможности формирования по-настоящему репрезентативной группы. Надо быть осторожными, чтобы избежать явных ошибок, например, при формировании групп из пациентов медицинских учреждений.

65-74 года (в среднем = 70 лет)

Возрастная группа лиц 65-74 лет становится все более важной в связи с изменениями в структуре возрастного распределения населения в популяции и повсеместным увеличением продолжительности жизни. В этой возрастной группе возможно оценить проявления стоматологических заболеваний с точки зрения перспектив жизни. Данные обследования этой группы необходимы как для планирования стоматологической помощи пожилым, так и для непосредственной оценки эффективности стоматологических программ среди населения. Формирование группы

и осмотр ее членов зачастую бывают не так затруднены, как предыдущих возрастных групп, поскольку пожилые люди, как правило, находятся дома или поблизости, в клубах для пожилых, центрах дневного пребывания или дневных стационарах. Тем не менее, следует быть внимательными, чтобы в группу в равных пропорциях входили как люди, не покидающие своих домов, так и активные индивидуумы.

Переисследовать выше указанные возрасты или возрастные группы рекомендуются для национальных обследований всей популяции. Однако, страны бывают заинтересованы и в изучении условий, которые могут влиять на стоматологическое здоровье детей более раннего возраста, специальных групп взрослых или более пожилых людей. Страны, планирующие подобные исследования, должны принимать во внимание полезность и надежность данных, которые будут получены, возможность проведения исследования, а также достоверность результатов и их важность для общественного здравоохранения. В случае, если дизайн исследования или критерии осмотра не отвечают методам, предложенным в данном руководстве, исследования не могут быть утверждены ВОЗ, а содержание окончательных докладов будет на ответственности стран, выполнивших подобное исследование.

1.1.3. Формирование выборки

Перед формированием выборки руководители ответственного здравоохранения и лица, планирующие обследование, должны решить, будет ли оно выполняться на местном, региональном или национальном уровнях, а также какие показатели будут определяться и какие возрастные группы будут включены. Важно принимать эти факторы во внимание, особенно на поздних стадиях процесса, когда из результатов обследования будут делаться выводы, которые впоследствии будут экстраполироваться на население региона или страны.

Для оценки размера выборки населения при проведении обследования существуют различные методы. Два основных – вероятностная и не вероятностная выборка - зависят от того, есть ли известная возможность для субъектов быть включенным в обследование. В зависимости от доступных ресурсов и технических условий вероятностная выборка может быть осуществлена несколькими путями, включая простую случайный отбор, систематический отбор, стратифицированный кластерный отбор, пропорциональную разверу вероятность и другие варианты. Есть несколько статистических публикаций [10,11], в которых подробно описаны доступные методы формирования выборки, включая определение ее размера, точности и силы. При разработке дизайна основного стоматологического обследования исследователям рекомендуется использовать эти публикации,

консультироваться со статистиками, а в некоторых случаях - с экспертом по статистике в области здравоохранения для получения статистических указаний.

1.1.4. Вероятностные методы выборки

При этом методе формирования выборки каждый индивидум в популяции имеет известный ненулевой шанс быть включенным в исследование. При таком дизайне можно избежать ошибок в отборе, что обусловлено высоким уровнем ответных откликов, и можно использовать статистическую теорию, чтобы получить заключение от лиц, оценяющих обследование. Критическим фактором для любой формы вероятностного отбора является существование рамки выборки, внутри которой могут быть отобраны элементы выборки. Другими словами, должен быть доступен список потенциальных популяции, включенных в обследование. Методы случайного отбора требуют либо присвоения каждому индивидуму во всей группе своего номера, перемешивания номеров и - как в лотерее - вытаскивания номеров лиц, которых будут осматривать, либо использования таблицы случайных номеров.

Часто задают вопрос, почему не выбирают население, которое нужно осмотреть с помощью вероятностного отбора. По-видимому, это обусловлено недоступностью необходимой информации для отбора популяционных групп, которые следует включить в обследование: неопределенность, с которой используется метод вероятностного отбора; отсутствие полного понимания различных альтернатив, а также трудностью исполнения в соответствии с такими точным методом.

Простой случайный отбор широко не используется, предпочтение отдается стратифицированному способу, чтобы быть уверенным во включении важных подгрупп. Было разработано много методов, которые могут быть применены для отбора групп, представляющих целевое население. Среди них наиболее часто используют систематическую выборку, стратифицированную случайную выборку, многоэтапную кластерную выборку, пропорциональную размеру вероятностную выборку.

1.1.4.1. Систематическая выборка

Систематическая выборка подразумевает случайный отбор первого участника из списка и затем включение каждого Х-ого номера (персона), пока не будет отобрано нужное количество индивидумов. Данный номер зависит от общего количества лиц, которое планируется осмотреть, и общего числа находящихся в списке лиц, относящихся к конкретной возрастной группе. Эта информация необходима, чтобы

расчитывать долю выборки, систематически отбирать в списке каждого Х-ого индивидума, пока не будет отобрано нужное количество населения. Если, например, в домах престарелых находится 1800 пожилых людей, а планируемый размер выборки - 200 человек, то доля выборки будет равна 9. В этом случае первый случайный номер пациента выбирают между цифрами 0 и 9, а затем из списка отбирают каждого девятого пациента, пока не наберется нужное количество обследуемых. Таким образом, при систематической выборке каждый индивидум в списке населения имеет одинаковые шансы быть включенным в обследование.

1.1.4.2. Стратифицированная выборка

При обследовании населения важно регистрировать тип местности, где проживает обследуемый, принимая во внимание три типа населенных пунктов: городские, пригородные, сельские. Кроме того, для выделения групп и подгрупп может быть использована и другая доступная информация о населении, которое планируется осмотреть. Это фундаментальная основа стратификации. Таким образом, население может быть разделено на подгруппы, или страты, после чего из каждой страты отбирают отдельные группы.

Если из каждой из этих страт выбирают простую случайную группу, общая выборка называется стратифицированной случайной выборкой. Если известен состав населения с учетом специфических особенностей, например, возраст, пола, этнической группы, выборка может быть сделана в соответствии с этими характеристиками. Стратификация является подходящим методом для получения для каждой подгруппы отдельных оценок популяционных параметров. Правильная стратифицированная выборка требует идентификации в стратах каждого перечисленного параметра заранее. Если подбояная информация недоступна, данный метод неосуществим.

1.1.4.3. Многоэтапная кластерная выборка

В большинстве исследований население, которое планируется обследовать, состоит из групп, каждую из которых обозначают как страту, и из каждой группы отбирают отдельную выборку. Группы также можно обозначать как кластеры, и в этом случае выборка кластеров - это первое, что включают в дизайн исследования. Когда все лица в отобранных кластерах будут включаться в выборку, метод называется кластерной выборкой; но если из каждого отобранного кластера берется лишь часть лиц, метод называется двухэтапной выборкой. Метод также может быть обозначен как трехэтапная выборка - или просто многоэтапная выборка - в случае если ее дизайн требует

прохождения многих этапов. Типичный пример: выбор первого большого кластера в стране, например, штата или административного округа, затем отбор школ (кластера второго уровня), сопровождаемый выборкой классов (кластера третьего уровня) и в заключение - отбор учеников. Мультикластерная выборка может привести к потере точности, хотя она относительно экономична по сравнению с другими методами. Однако, в случаях, если не может быть гарантирован большой размер выборки, использование кластерной выборки не является наилучшим подходом.

1.1.4. Пропорциональная размеру вероятностная выборка

При этом методе формирования выборки вероятность индивидуума быть включенным в обследование пропорциональна количеству лиц внутри особой группы. Это позволяет провести более строгий отбор в подгруппах с меньшими членами, чтобы обеспечить приемлемую оценку не только для популяции в целом, но и каждой из ее подгрупп. Уровень школьных характеристик может различаться между населенными пунктами, и даже в одной местности в школах или классах бывает разное количество учеников. Однако выбор школ может быть осуществлен с помощью дизайна, предусматривающего вероятностную выборку, пропорциональную размеру. Чтобы была возможность использования такого метода, должны быть доступны списки всех школ и учреждений, включающие население ключевых возрастных групп. Кроме того, должно быть известно общее количество лиц в каждой специфической группе.

Важно знать распределение обследуемых в каждой возрастной группе по полу. Основываясь на знании общего количества взрослых лиц и числе отборов, которые надо сделать, можно использовать систематическую выборку для получения выборки без замены, т.е. чтобы школу или класс выбрали для проведения осмотра только один раз. Кроме того, важно знать, какое количество отборов надо сделать, чтобы можно было рассчитать интервалы выборки и общее количество предполагаемых пунктов осмотра и обследуемых лиц.

1.1.5. Поисквые обследования

Если нет возможности выполнить оценку вероятностного размера выборки, применяется невероятностный метод отбора. Специфические факторы, связанные с основными стоматологическими заболеваниями, и обширный опыт, накопленный в стоматологической эпидемиологии за последние 35 лет, позволили предложить для формирования групп так называемый поисковый метод, который практичен и экономичен.

Это метод стратифицированного кластерного формирования выборки, целью которого является включение самых важных популяционных подгрупп, у которых различен уровень заболеваемости. Он также предполагает необходимое количество обследуемых специфических индексных возрастных групп в разных местностях. При этом способе достоверную и клинически четкую информацию для планирования можно получить при минимальных финансовых затратах. Метод подходит для получения следующей информации:

- распространенность основных стоматологических заболеваний и состояний, поражающих население;
- вариации в уровне заболеваемости и ее тяжести в подгруппах населения, что дает возможность идентифицировать группы со специфической потребностью в лечении;
- возрастные профили стоматологических заболеваний в популяции для оценки потребности во вмешательствах в различных возрастных группах, предоставления информации о тяжести и прогрессировании заболеваний и его тенденциях – увеличении или уменьшении уровня заболеваемости.

Поисковые исследования могут быть либо пилотными, либо систематическими на национальном уровне, что зависит от количества и типа пунктов, где происходит обследование, и отобранных возрастных групп.

Пилотное исследование включает лишь самые важные подгруппы населения и только один или два индексных возраста - обычно 12 лет и как-либо другая возрастная группа. Такое обследование предоставляет минимум результатов, необходимых для планирования. Впоследствии должны быть собраны дополнительные данные, чтобы обеспечить надежную основу для внедрения и мониторинга стоматологических программ.

Обширное систематическое обследование включает достаточное количество мест для обследования, чтобы была возможность осмотреть все основные подгруппы населения (например, с различным уровнем заболеваемости или разной потребностью в лечении) и, по крайней мере, три из возрастных групп или индексных возрастов, рекомендуемых для осмотра Всемирной организацией здравоохранения.

Такой дизайн исследования подходит для сбора данных с целью планирования и мониторинга стоматологических программ во всех странах, независимо от уровня заболеваемости, доступности ресурсов или структуры служб. В большой стране со многими географическими и популяционными вариациями и сложной структурой системы здравоохранения требуется большее количество пунктов осмотра. При этом остается действенным основной принцип стратифицированного подхода к отбору индексных возрастов и стандартной выборки в каждом

пункте исследования. Описанный метод рекомендуется как общее руководство для основных стоматологических обследований, необходимых для планирования, мониторинга и оценки стоматологических программ.

1.1.5.1. Подгруппы

Количество мест обследования и их распределение зависят от специфических целей исследования. Места обследования обычно выбирают таким образом, чтобы получить информацию о группах населения с разными уровнями стоматологических заболеваний. Этот выбор обычно основывается на административном делении страны, например, столичный город, крупные городские центры, небольшие города и сельские районы. В странах, где есть существенно различающиеся геофизические зоны, полезно включить, по крайней мере, один пункт из каждого типа местности.

При неглинции в стране нескольких этнических групп населения, где имеются или ожидается, что будут выявлены различия заболеваемости, может возникнуть необходимость включить в обследование отдельные выборки из каждой из этих групп в основные подгруппы. Таким образом, следует максимально принимать во внимание доступную информацию о различиях в заболеваемости между разными группами, чтобы определить количество добавляемых дополнительных подгрупп. Когда предполагается группа будут определены, желательно рандомизированная выборка для включения индивидуумов в эти группы.

При принятии окончательного решения о том, какие популяционные подгруппы значимы для исследования и обязательно должны быть в нем представлены, очень полезной может оказаться помощь местных органов здравоохранения. Для национального поискового обследования обычно бывает достаточно 10-15 пунктов, где оно будет проходить. Если, однако, в стране много больших городов, может оказаться необходимым организация нескольких дополнительных пунктов для обследования, по крайней мере, в двух из таких городов.

1.1.5.2. Количество участников

Количество лиц, которые должны быть включены в стоматологическое обследование, зависит от метода, использованного для формирования групп; масштаба обследования; точности, с которой будут сделаны выводы; доступных ресурсов. В поисковом методе отбора количество субъектов, которых надо осмотреть в каждой индексной возрастной группе для каждого пункта обследования, колеблется от минимум 25 до 50 человек и зависит от ожидаемой распространенности и тяжести стоматологического заболевания. Например, расчет групп для

национального поискового обследования в каждом индексном возрасте или возрастной группе может быть следующим:

Городское население:
 4 пункта в столичном городе или в столичной области ($4 \times 25 = 100$)
 2 пункта в каждом из 2 больших городов ($2 \times 2 \times 25 = 100$)
 Сельское население:
 1 пункт в каждой из 4 деревень в различных регионах ($4 \times 25 = 100$)
 Всего для одного возраста или возрастной группы:
 12 пунктов \times 25 субъектов = 300

Если кластерное распределение будет применено к 4 индексным возрастам в популяции при обследовании:

Общее количество: $4 \times 300 = 1200$

Такой дизайн формирования групп позволяет идентифицировать существующие различия между городским и сельским населением и в большинстве случаев – между различными социально-экономическими группами в столичном городе или других больших городах. Результаты такого исследования помогают также выявить области, где распространность заболеваний или гораздо выше, или значительно ниже, чем в среднем в популяции. Надо отметить, что группа из 25 участников с примерно одинаковым количеством мужчин и женщин подходит только для популяции, где уровни кариеса зубов и заболеваний пародонта оцениваются как низкий или очень низкий.

В популяции, где известно, что уровень заболевания высок, например, среди 12-летних детей лишь 20% или менее не имеют кариеса, стандартный размер для каждой группы должен составлять около 50 человек и общее количество обследованных должно возрасти до 600 субъектов в каждой возрастной группе. Если уровень заболеваемости кариесом в популяции неизвестен, перед началом обследования его необходимо определить. Быстрый и эффективный способ достичь этого – классифицировать лиц с кариесом и без такового. Должно быть возможным, например, осмотреть 2-3 класса 12-летних из различных социально-экономических групп, в 2-3 местах легко доступных школах, где можно ожидать самых выраженных различий в интенсивности заболевания. Если в классе более 50% детей не имеют кариеса, то его интенсивность низка, а если менее 20% - то она высока. Такое определение распространности можно затем использовать как руководство для принятия решения о стандартном размере группы обследуемых при подготовке протокола обследования.

1.2. Организация обследования

1.2.1. Подготовка протокола обследования

Важно подготовить письменный план обследования, который должен содержать следующую информацию:

1. цель и основные задачи обследования;
2. описание информации, которую планируется собрать, и методов, которые будут использоваться;
3. описание дизайна и методов формирования выборки;
4. персонал и организация места проведения обследования;
5. обучение и калибровка специалистов;
6. статистические методы для анализа результатов обследования;
7. распространение данных;
8. бюджет обследования;
9. описание основных мероприятий и список ответственных лиц.

1.2.2. Получение разрешения административных органов

Разрешение на проведение осмотров групп населения должно быть получено от местных, региональных или национальных органов власти. Например, если предполагается осмотр школьников, необходимо обратиться к руководителем школы, объяснить им цель обследования и получить разрешение. В некоторых случаях перед осмотром детей следует получить письменное разрешение от их родителей. Обычно, является получение согласия местных стоматологических служб. Организатор обследования должен также уведомить об этом органы здравоохранения, т.к. может возникнуть необходимость приурочить время обследования к другим мероприятиям, проводимым службой здравоохранения. Это особенно важно для обследования взрослого населения.

Кроме того, с дентами обследования необходимо ознакомить врачей-стоматологов и руководителей стоматологической службы в данной местности. Руководители стоматологических обществ и практикующие на местах врач-стоматологи часто имеют возможность помочь в установлении сотрудничества с населением для участия в обследовании и с отдельными пациентами, которые могут быть включены в выборку.

1.2.3. Определение бюджетного финансирования

Важно, чтобы план обследования включал в себя тщательный учет всех требуемых для его выполнения ресурсов, включая персонал. Во многих случаях выполнение основных стоматологических обследований может быть частью должностных обязанностей главных стоматологов или специалистов общественного здравоохранения и требует минимальных добавлений к существующим бюджетам.

1.2.4. Составление графика работ

Одним из наиболее важных аспектов планирования обследования является составление расписания сбора данных. Если этого не сделать, персонал, проводящий обследование, будет тратить много времени в ожидании обследуемых или вследствие других неоправданных задержек.

Ответственный за планирование может использовать данные предварительного обследования или предыдущий опыт, чтобы определить, сколько времени в среднем будет длиться каждый осмотр. Например, обследование ребенка обычно занимает около 10 минут, тогда как полный осмотр взрослого может продолжаться 15-20 минут. Затем могут быть составлены ежедневные и недельные графики, которые должны быть доведены до сведения персонала, участвующего в обследовании, а также руководителей школ и органов здравоохранения. Эти графики должны быть довольно гибкими, чтобы неожиданные задержки не вызывали больших сбоев в обследовании.

Очень важны достоверность результатов обследования и постоянство суждений проводящих его специалистов. Поскольку установка может существенно снизить точность и воспроизводимость результатов, неразумно составлять слишком напряженный график. Например, если один специалист должен осмотреть по 25-30 детей в нескольких классах/школах, расписание должно предусматривать время на:

1. знакомство команды исследователей с директором школы и учителями классов;
2. выбор места для проведения обследования в каждой школе и установку оборудования;
3. осмотр одного класса 12-летних детей;
4. короткий устный доклад директору школы;
5. поездку до следующей школы.

Планирование правильного расписания также важно для обследования взрослого населения, проводимого, например, на рабочих местах или на рынках. Пожилые люди могут быть осмотрены в домах престарелых, в клубах для пожилых или в их собственных домах.

1.2.5. Неотложная помощь и направление к специалистам

Если во время обследования пациента выявляется угрожающее жизни состояние или заболевание, требующее немедленного лечения, обязанностью организатора обследования или исследователя является направление такого пациента в соответствующее лечебное учреждение. В связи с этим, перед началом проведения обследования должны быть составлен список таких учреждений. Исследователей, проводящих обследование, не следует настраивать на оказание неотложной помощи во время проведения осмотра.

1.2.6. Информирование местных органов власти

Полезно, а зачастую и очень важно, сообщать местным руководителям о данных обследования. Это сообщение может содержать простое резюме о количестве осмотренных лиц и наблюдениях специалиста, проводившего обследование. Обычно такое сообщение делается лично сразу после завершения обследования. Кроме того, должно быть подготовлено сообщение для родителей обследованных детей либо для обследованных взрослых. Советы родителям или участникам обследования должны быть общими, чтобы избежать конфликтов с мнением местных стоматологов. Дети и взрослые участники исследования получают информацию, нужно ли им дополнительное лечение. Эта форма общения может помочь адресовать любые выявленные потребности в таких стоматологических вмешательствах, как улучшение гигиены полости рта, модификация привычек и нездорового образа жизни (рисков), обеспечение обычных, быстрых или неотложных стоматологических вмешательств, связанных со стоматологическими заболеваниями, болью или проявлениями в полости рта системных заболеваний, что потребует комплексной оценки стоматолога или врача. Подготовка полного технического отчета занимает достаточно много времени, но он должен быть отослан сразу же после его составления.

1.3. Точность и достоверность данных

1.3.1. Обучение и калибровка исследователей

Хотя исследователи могут давать различную оценку стоматологического статуса индивидуума, при осмотре популяционных групп они должны приходить к согласию [12]. Когда эпидемиологическое обследование проводится командой, необходимо, чтобы все специалисты были подготовлены таким образом, чтобы одинаково оценивали клиническое состояние. Существуют две основные причины вариабельности клинических оценок:

- трудность определения различного уровня стоматологической заболеваемости;
- физические и психологические факторы, такие как усталость, изменение интереса к данной работе, различия в остроте зрения и тактильных ощущениях.

Все это, время от времени и в различной степени, влияет на исследователей. В связи с этим, немалым стандартизации и калибровки является обеспечение одинакового толкования и понимания всеми исследователями кодов и критериев для оценки различных заболеваний и состояний, которые подлежат выявлению и регистрации, а также уверенность, что каждый исследователь может осматривать пациентов с постоянной точностью.

Если обследование будет выполняться группой специалистов, рекомендуется, чтобы опытный эпидемиолог, который был ранее обучен в соответствии с предлагаемой методологией проведения базисных стоматологических обследований, был назначен валидатором команды исследователей. Он должен осматривать, по крайней мере, 25 человек, которых затем осмотрит каждый из членов команды специалистов.

Помощь в обучении и калибровке может быть оказана Всемирной организацией здравоохранения. Обычно обучение критериям занимает 2 дня, а последующие 2-3 дня отводятся на калибровку. В зависимости от количества специалистов, нуждающихся в обучении, и числа показателей, которые будут использоваться во время обследования, для калибровки может потребоваться дополнительное время. Желательно между периодом обучения и калибровкой установить интервал в несколько дней, чтобы исследователи могли осмыслить полученные знания и попрактиковаться в их приложении в клинике.

Необходимо оценить постоянство результатов каждого исследователя (внутриисследовательская достоверность) и вариации между

исследователями команды (межисследовательская достоверность). Каждый исследователь должен сначала попрактиковаться, осмотрев группу из 10 человек, а затем - группу из 20 или более человек и сравнить свои результаты с данными, полученными другими членами команды при осмотре той же группы. Если число ошибок велико, пациентом следует осмотреть повторно, совместно обсудить различия между исследователями и прийти к правильным результатам. Необходимо, чтобы группа исследователей могла проводить осмотры с приемлемым постоянством, используя общепринятые стандарты. В общем, уровень постоянства для большинства исследователей должен быть в пределах 85-95% [12]. Если, несмотря на все попытки коррекции, результаты какого-нибудь специалиста постоянно отличаются от результатов большинства в значительной степени, он должен быть исключен из команды. Перед началом обследования всем потенциальным исследователям необходимо разъяснить, что способность стандартно оценивать пока-затели не является мерой их клинического мастерства.

Если все члены команды исследователей не могут проводить оценку показателей в постоянной манере, вариации распространности или тяжести заболевания на уровне группы или региона могут быть потеряны, либо сильно искажены. Поскольку всегда будут некоторые расхождения в оценках, данных разных исследователей, желательно, чтобы все участники осматривали примерно одинаковое число лиц в каждой большой подгруппе населения.

Если осмотр проводит лишь один специалист, который не может обратиться за помощью к более опытному коллеге, то сначала он должен осмотреть группу из 10 пациентов, где будет представлен широкий спектр заболеваний. Затем исследователь должен определить, насколько постоянно он/она может применить диагностические критерии, дважды осматривая группу из 25 пациентов. В идеале это следует провести в течение 2 дней или, по крайней мере, соблюдая интервал между осмотрами не менее 30 минут. Отбор этих пациентов должен проходить предварительно так, чтобы в группе были представлены все заболевания и патологические состояния, оценка которых предположительно будет проводиться в ходе основного обследования. Сравнивая результаты двух осмотров, специалист будет иметь возможность оценить степень выраженности и характер своих диагностических ошибок. Если их число велико, исследователь должен пересмотреть собственную интерпретацию критериев и проводить дополнительные калибровочные осмотры до тех пор, пока не будет достигнуто приемлемое постоянство.

1.3.2. Повторные осмотры

В течение продолжительных серий осмотров исследователи могут изменять способ использования диагностических критериев. Для

выявления и исправления этой тенденции целесообразно каждому исследователю в процессе проведения обследования проводить повторные осмотры 5-10% пациентов (не менее 25 человек). Наиболее подходящими для этого могут быть группы 12 или 15-летних из-за их доступности. Если обследование включает возрастные группы взрослых, повторные осмотры должны быть и в этих группах. Поскольку это возможно, исследователь не должен знать, кто он осматривает повторно, т.к. эта информация может повлиять на тщательность или качество повторного осмотра. Следует попросить регистратора или, возможно, школьного учителя организовать повторный осмотр пациентов во время обследования. Рекомендуется выполнять повторные осмотры в начале (т.е. немедленно после калибровки), в середине и в конце обследования.

1.3.3. Определение воспроизводимости данных

Постоянство оценки результатов меж- и внутриследовательской достоверности может быть оценено многими путями, простейшим из которых является процент согласений между показателями, т.е. процент субъектов, которым два исследователя зарегистрировали одну величину показателя. Однако в случае кариеса зубов, если его интенсивность низка, этот метод не обеспечивает точного определения воспроизводимости. Более надежный путь оценки согласений между исследователями - капша статистика [12-14]. Она связывает конкретное измерение соглашения со степенью соглашения, которое произойдет случайно. Величина капши может быть рассчитана, используя таблицу 2x2 (табл.1).

Если это применить при регистрации кариеса зубов на уровне зуба:

- a = пропорция зубов, которые оба исследователя посчитали интактными
- b = пропорция зубов, которые исследователь 1 посчитал интактными, а исследователь 2 - кариозными
- c = пропорция зубов, которые исследователь 1 посчитал кариозными, а исследователь 2 - интактными
- d = пропорция зубов, которые оба исследователя посчитали кариозными.

Формула Капша статистики:

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e} \quad (1)$$

Таблица 1. Расчет величины каппа при обследовании кариеса зубов

Исследователь 2	Исследователь 1		
	<i>здоровый</i>	<i>кариозный</i>	всего
<i>здоровый</i>	a	c	a + c
<i>кариозный</i>	b	d	b + d
Всего	a + b	c + d	a + b + c + d

где:

P_o = пропорция наблюдаемого соглашения (a + d);

P_e = пропорция ожидаемого соглашения

(a + c) x (a + b) для интактных зубов, (b + d) x (c + d) – для кариозных зубов.

Поэтому

$$P_e = \frac{(a + c) \times (a + b) + (b + d) \times (c + d)}{(a + b + c + d)^2} \quad (2)$$

Каппа статистика интерпретируется следующим образом (12):

<0,20	плохое соглашение
0,21 - 0,40	слабое соглашение
0,41 - 0,60	умеренное соглашение
0,61 - 0,80	значительное соглашение
0,81 - 1,00	почти совершенное соглашение

Принципы определения воспроизводимости клинических данных прикладывают к результатам регистрации данных определения кариеса зубов, заболгований пародонта, флюороза эмали, эрозии зубов, поражения слизистой оболочки. Наличие представлений о данных состояниях может помочь в их клинической оценке. Уровень соглашения, касающийся кариеса зубов, рассчитывать относительно легко. Однако, вследствие природы заболгований пародонта, определение воспроизводимости диагностических критериев зачастую более сложно. Таким образом, тщательное обсуждение критериев оценки должно быть обязательной частью калибровочных упражнений.

1.4. Проведение обследования

1.4.1. Общая подготовка

1.4.1.1. Контактные с ответственными лицами

Организация обследования должна начинаться задолго до непосредственного старта осмотра. Необходимо установить контакт с ответственными лицами в тех учреждениях или организациях, где планируется проведение осмотра. Например, в школах должен быть установлен контакт с директором или главным учителем для получения информации о расписании уроков, возможно времени прохождения обследования детей, о наличии подходящего для обследования помещения. Кроме того, директор может предоставить общую информацию о социально-экономическом статусе школьников, их питания, местных источниках водоснабжения, сезонной возможности обследования, любых мероприятиях по стоматологическому просвещению и улучшению здоровья, проводимых в школе. Если планируется обследование взрослых, должно быть скоординировано их участие с местом работы, а для пожилых людей - с социальными службами, домами престарелых или другими учреждениями, оказывающими помощь.

1.4.1.2. Ведение журнала

Организатор обследования должен вести журнал, в который заносится информация о местах проведения осмотра в течение каждого дня, количестве осмотренных лиц и о каждом месте осмотра. Очень часто наблюдения и впечатления, полученные в это время, впоследствии могут оказаться важными при анализе результатов. Если эти данные не зафиксировать во время обследования, в дальнейшем их можно забыть или неправильно истолковать.

1.4.1.3. Предварительная тренировка или пилотное обучение

Для специалистов, впервые планирующих проведение стоматологического обследования, полезно в качестве тренировки осмотреть два класса 12-летних детей в местных школах или группувзрослых. Это даст возможность персоналу, участвующему в обследовании, поработать вместе, выявить и обсудить все организационные или технические проблемы, которые могут возникнуть. В это же время может проходить калибровка исследователей и обучение регистраторов. В городских и

сельских населенных пунктах можно осуществить более широкие, симулирующие все аспекты обследования действия, в которых должны участвовать все члены команды, включая администраторов, координаторов, осматривающих специалистов и регистраторов. Каждый член команды должен иметь возможность тренироваться в том виде деятельности, за которую он отвечает при выполнении обследования. Все предполагаемые действия должны быть разработаны в соответствии с полным описанием обязанностей.

Главный организатор обследования должен быть уверенным, что все члены команды будут стараться работать как можно лучше. Это позволит эффективно провести обследование и получить информацию, которая будет достоверной и обоснованной. Пилотное обучение сохранит драгоценное время, выявит возможные трудности и подкажет модификации, которые могут быть необходимыми перед началом основного обследования.

1.4.1.4. Источники фторидов

Основным источником поступления фторидов в организм является фторированная вода, он также может поступать с пищей, напитками и из других источников. Должна быть собрана информация об источниках фторидов, доступных обследуемому населению, включая воду, соль, молоко и зубные пасты, также как и о местном использовании соединений фтора и других средств, влияющих на заболеваемость кариесом зубов.

В определенных ситуациях важно знать, употребляли ли получаемые группы фторид в прошлом или употребляют сейчас. Во время проведения стоматологического обследования есть возможность сбора такой информации. Пробы питьевой воды могут быть отобраны в каждом месте осмотра и отосланы в лабораторию для определения содержания фторида. Для этой цели следует использовать чистые полиэтиленовые флаконы емкостью 30-50 мл. Перед использованием их необходимо ополоснуть дистиллированной водой, затем дважды водой, которую будут исследовать. После этого флакон наполняют анализируемой водой, плотно закрывают пробкой и надписывают маркером, указывая дату отбора пробы, местность и источник водоснабжения. Во многих странах возможно выполнить анализ на содержание фторида в воде в лабораториях служб общественного здравоохранения по контролю водоснабжения.

1.4.2. Персонал и организация

1.4.2.1. Регистратор

Каждому исследователю должен помогать толковый и исполнительный регистратор, который может точно следовать инструкции и разборчиво записывать цифры и буквы. Исследователь должен дать регистратору четкие инструкции о записи данных в карту обследования. Регистратору следует объяснить значения терминов, которые будут использоваться, и проинструктировать его по системе кодирования так, чтобы во время проведения обследования он смог распознать явные ошибки или оговорки исследователя. Перед началом обследования регистратор должен попрактиковаться путем записи данных во время предварительных осмотров. Если он не знаком с алфавитными или цифровыми символами, использовать в карте обследования, то должны быть проведены специальный инструктаж и дополнительная тренировка. Недостатки в обучении регистратора делать четкие записи в дальнейшем могут обернуться путаницей в кодировании.

Если во время обследования происходит прямой ввод данных в компьютер, регистратор должен получить специальные инструкции и потренироваться в их использовании.

1.4.2.2. Организатор

Желательно в каждом месте проведения обследования иметь организатора, чтобы создавать постоянный поток обследуемых к исследователям и заносить в карты обследования общую информацию о пациенте. Кроме того, организатор должен проверять заполненные карты на точность и полностью внесенные данные, чтобы можно было получить полноценную информацию прежде, чем команда исследователей перейдет в другое место. Организатор должен также отвечать за обеспечение специалистов достаточным количеством стерильных инструментов.

1.4.2.3. Ежедневный просмотр заполненных регистрационных карт

Очень важно, чтобы каждый исследователь в конце текущего дня просматривал карты обследования для проверки полноты и правильности их заполнения.

1.4.3. Инструменты и другое оснащение

Количество и вес инструментов и другого оснащения, используемых при обследовании, должно быть сведено к минимуму; в то же время нужно иметь достаточное количество инструментов, чтобы избежать необходимости временно приостанавливать проведение осмотра из-за

необходимости их стерилизации. Для каждого специалиста требуются следующие инструменты и оснащение:

- инструменты для осмотра ротовой полости: зеркала плоские стоматологические; металлические пародонтальные зонды (зонд для комбинированного пародонтального индекса СР1), которые соответствуют спецификации ВОЗ, т.е. имеют концевой шарик диаметром 0,5 мм, черную полосу между 3,5 и 5,5 мм, кольца на уровне 8,5 и 11,5 мм от кончика; несколько пар пинцетов;
- контейнеры (один для использованных инструментов и один для дезинфицируемых или стерилизуемых инструментов) и достаточное количество концентрированного дезинфицирующего раствора;
- резиновые перчатки;
- умывальник с чистой водой и мылом или дезинфицирующим раствором;
- матерчатые или бумажные полотенца;
- марля.

В общем, на каждом исследователя должно приходиться минимум 30 стоматологических зеркала и 30 пародонтальных зондов, что позволит стерилизовать некоторое количество инструментов во время использования других. Используемые инструменты должны быть помещены в дезинфицирующий раствор, затем вымыты и хорошо высушены перед стерилизацией.

1.4.4. Инфекционный контроль

Координатор обследования и весь участвующий в нем персонал должны знать о возможности перекрестной инфекции во время выполнения осмотра или при использовании загрязненных инструментов [15]. Должны быть соблюдены современные национальные рекомендации и стандарты в отношении борьбы с инфекцией и удаления отходов.

Исследователи ответственны за соблюдение правил борьбы с инфекцией при выполнении обследования. Во время их обучения должно быть подчеркнуто, что при правильном использовании стоматологического зеркала и пародонтального зонда можно полностью обследовать все области ротовой полости без пальпации, что снижает риск перекрестной инфекции. Рекомендуется использование одноразовых масок и перчаток, а также защитных очков.

Команда специалистов должна иметь достаточное количество дезинфицирующих растворов. При отсутствии автоклава для стерилизации инструментов можно использовать домашнюю скороварку [16]. Для этого в кастрюлю наливают немного воды, помещают инструменты на подставку, чтобы они располагались над поверхностью воды. Под

кастрюлю помещают источник тепла, пока не начнет выходить пар. Затем с помощью регулятора, расположенного на крышке скороварки, поднимают внутреннее давление до примерно 1,0 бара (15 psi), следуя инструкциям производителя. Инструменты подвергают действию тепла и давления в течение примерно 15-20 минут. Затем скороварку перестают нагревать и позволяют давлению снизиться. Инструменты оставляют внутри до охлаждения.

1.4.5. Место проведения осмотра

Место для проведения осмотра должно быть организовано так, чтобы достичь максимальной эффективности и легкости в работе. Реальная организация будет определяться физическими условиями самого места, но должны быть приняты во внимание определенные, поддающиеся контролю требования. Обследование можно выполнять в стоматологической клинике или в полевых условиях, и отсутствие подходящего здания или стоматологической клиники не является препятствием к его проведению. При необходимости осмотры могут быть выполнены на открытом воздухе (рис.2).



Рис.2. Стоматологическое обследование, проводимое в школьном саду

1.4.6. Положение при обследовании

Положение пациентов при обследовании будет зависеть от имеющейся мебели. Наиболее удобным будет положение пациента лежа на столе или скамье, при этом исследователь будет сидеть сзади его головы. Помимо этого, пациенты могут во время осмотра сидеть в кресле с высокой спинкой, а специалист – наклониться сзади или спереди кресла. Если нет никакой мебели, можно осматривать пациента, лежащего на подстилке на земле, в то время как специалист будет сидеть сзади его головы, скрестив ноги.

1.4.7. Освещение

Во время обследования освещение по мере возможности должно быть постоянным. Если в местах, где будет проводиться обследование, есть электричество, то должен быть использован легкий переносной источник света бело-голубого спектра. Воспалительные и структурные изменения тканей полости рта труднее всего выявить при обычном искусственном освещении (желто-красного спектра), чем при естественном или скорректированном искусственном освещении. В случае недо-ступности освещения от сети или электрических батарей в некоторых пунктах обследования, естественное освещение должно использоваться во всех местах осмотра.

Если применяют искусственное освещение, расположение кресла или стола будет зависеть от места нахождения источника электрического тока. Пациент не должен находиться лицом к любому источнику естественного освещения, чтобы избежать колебаний освещенности. Однако, если применяется только естественное освещение, обследуемого следует расположить так, чтобы обеспечить максимальную освещенность ротовой полости, при этом ни он сам, ни стоматолог не должны испытывать неудобств от прямых солнечных лучей. Кресло или стол следует повернуть к окну, через которое свет поступает в комнату, и привинуть его к нему как можно ближе.

1.4.8. Стол или подставка

Стол или подставка для стоматологических инструментов должны быть легко доступны для исследователя.

1.4.9. Расположение регистратора

Помощник, записывающий результаты, должен сидеть достаточно близко к исследователю, чтобы хорошо слышать указания и коды и чтобы исследователь мог легко проверить, правильно ли

регистрируются данные. Кроме того, это позволяет регистратору убедиться, что обозначенный код относится к той области или тому зубу, которые только что осмотрены.

1.4.10. Обеспечение необходимыми средствами

Должно быть хорошо организовано адекватное снабжение картами для регистрации данных, твердыми папками, скрепками, заготовочными карандашами, ластиками, копиями инструкций, переносом колов и кри-териев измерений. Для ввода данных информации полезным может быть наличие ноутбука. Чтобы быстрее заносить данные, нужна тренировка.

1.4.11. Недопущение толпы

Если возможно, место осмотра должно быть устроено таким образом, чтобы обследуемые входили в одно место, а выходили в другом. Им не надо разрешать толпиться вокруг исследователя или помощника, но они должны входить по очереди.

1.4.12. Избегание шума

Высокий уровень шума и громкие разговоры в области проведения обследования могут помешать помощнику правильно услышать коды, называемые исследователем, и отвлекать их обоих, нарушая «течение» обследования.

1.5. Оценка стоматологического статуса

1.5.1. Стандартные карты

Стандартизованные карты для регистрации данных клинического осмотра полости рта, описанные в данном руководстве, представлены в **Приложениях 1** (для взрослых) и **2** (для детей). Карта для детей учитывает особенности, характерные для юных индивидуумов. Организаторам обследования может понадобиться информация о состоянии поверхностей зубов, и в этом случае можно использовать специальные карты, разработанные для этой цели (**Приложения 3** и **4**). Исследователи должны иметь копии этих карт.

В **Приложении 5** представлена упрощенная карта для регистрации общих проявлений в полости рта вируса иммунодефицита человека / синдрома приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД). Исследователю рекомендуется ознакомиться с публикацией ВОЗ «Руководство по эпидемиологическим обследованиям взрослых ВИЧ инфекции в полости рта» [17], доступной на сайте who.int/oral_health. Эта публикация включает информацию о практическом планировании и проведении исследований поражений полости рта, обусловленных ВИЧ/СПИД. Поражениями, которые необходимо регистрировать, являются грибовые, бактериальные и вирусные инфекции, а также неоплазма.

Приложение 6 иллюстрирует основные заболевания полости рта, относящиеся к стандартному стоматологическому обследованию. Эти заболевания представлены на фотографиях I-71, что может оказаться полезным для дифференциального диагноза поражений, увеличивая точность кодирования во время осмотра.

1.5.2. Стандартные коды

Для заполнения всех разделов карты (карт) необходимо использовать стандартные коды. Если не соблюдать подобного требования, ВОЗ не будет иметь возможности дать рекомендации для обработки данных и суммирования результатов. Если какие-то из исследований не будут выполнены, либо не должны быть выполнены в соответствии с требованиями к определенной возрастной группе, неиспользованные разделы карты следует перечеркнуть по диагонали либо в соответствии кошей клетке записать код 9 (не регистрируется).

Карты разработаны так, чтобы облегчить компьютерную обработку результатов. Каждой клетке присваивается идентификационный номер (число в скобках), который обозначает ее место в компьютерном файле.

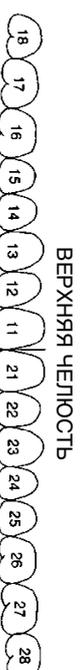
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

A B C D E F G H

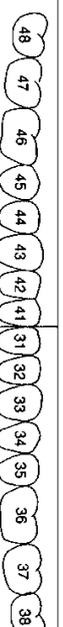
Рис.3. Четкое написание предотвращает путаницу в цифрах и буквах, имеющих сходство друг с другом (см. текст)

Коды регистрации представлены около соответствующих клеток. Для уменьшения количества ошибок все цифры должны быть написаны четко и без исправлений. Ошибки при вводе обычно происходят при написании кодов 1 и 7, 2 и 4, 6 и 0, B и 8. Чтобы избежать проблем и ошибочного внесения данных, которые могут создавать проблемы при компьютерной обработке и последующем анализе результатов, цифры должны быть написаны разборчиво (**рис.3**).

При прояснении кодов необходима хорошая, ясная дикция, чтобы помощник имел возможность безошибочно дифференцировать



ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ



(a) СПРАВА

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

СЛЕВА

ВОЗ 96217



ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

(б) СПРАВА

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

СЛЕВА

ВОЗ 96218

Рис.4. ВОЗ/FDI цифровые обозначения, используемые для кодирования зубов: а) постоянных, б) временных

коды, подобные по произношению. Исследователи могут диктовать коды с помощью общепринятых слов местного языка, например на английском – вместо A, B, C, D, G, F, X – alpha, beta, coast, day, gamma, fige, x-gau для облегчения ясного понимания кодов помощником.

Двузначные цифры над и под некоторыми клетками обозначают определенные зубы согласно системе, разработанной ВОЗ и FDI (прежде называемой Federation Dentaire Internationale, теперь – World Dental Federation, Международная Стоматологическая Федерация) [18]. Первая цифра указывает на квадрант ротовой полости, где располагается зуб, вторая – непосредственно на осматриваемый зуб (рис.4). При обозначении зуба для помощника исследователь должен назвать номер квадранта и затем – номер зуба, например, верхний правый второй резец (12) называют «один-два», а не «двенадцать»; нижний левый третий моляр (38) – «три-восемь», а не «тридцать восемь».

1.5.3. Карта оценки стоматологического статуса

Карта оценки стоматологического статуса для взрослых (**Приложение 1**) включает следующие разделы:

- идентификационная информация обследования;
- общая информация;
- внеротовые состояния;
- состояние зубов (коронки, корня);
- состояние тканей пародонта;
- потеря эпителиального прикрепления;
- флюороз эмали;
- эрозия зуба;
- травма зуба;
- поражения слизистой полости рта;
- наличие протезов (несъемных или съемных);
- потребность в неотложной помощи и направлении к специалистам;
- примечания;

Соответствующая карта оценки стоматологического статуса для детей (**Приложение 2**) включает следующие разделы:

- идентификационная информация обследования;
- общая информация;
- состояние зубов;
- состояние десен;
- флюороз эмали;
- эрозия зуба;
- травма зуба;

- поражения слизистой полости рта;
- потребность в неотложной помощи.

Что касается поражений слизистой оболочки полости рта, то если обследуется лишь группа детей, то может быть принято решение регистрировать только те поражения, которые наиболее часто встречаются у детей, нежели все поражения, диагностируемые у взрослых. Настоятельно рекомендуется при обследовании детей или взрослых использовать соответствующие карты.

1.5.4. Разделы «Идентификация и общая информация»

При планировании обследования должны быть подготовлены перечень мест обследования и список исследователей, которые будут участвовать в обследовании, причем каждому из них должен быть присвоен индивидуальный код. В листе с кодами, кроме того, должны быть представлены цифровые коды для другой относящейся к обследованию информации, например, о концентрации фторида в питьевой воде или использовании фторидосодержащих добавок. На каждой оригинальной карте оценки стоматологического статуса, прежде, чем делать с нее копии, исследователь должен написать заглавными буквами название страны, где проводится исследование.

Клетки 1-4 предназначены для кодирования страны обследования во Всемирной организации здравоохранения, и их заполнять не надо.

Необходимая информация включает год, месяц и день осмотра (клетки 5-10). Идентификационный номер – это уникальный идентификатор каждого обследуемого во время обследования (клетки 11-14). Кроме того, даны коды для указания, является ли обследование первичным или повторным (клетка 15), а также о том, какой исследователь проводит осмотр (клетки 16 и 17).

В разделе общей информации регистрируют следующие данные: фамилию (если разрешено регистрировать), пол (клетка 18), дату рождения (клетки 19-24), возраст (клетки 25 и 26), этническую группу (клетки 27 и 28), другие группы (клетки 29 и 30), годы посещения школы (клетки 31 и 32), профессию (клетка 33), географическое положение / местность (клетки 34 и 35), тип местности (клетка 36), другие специфические данные (клетки 37-42). Показатели внеротового осмотра регистрируют в клетках 43 и 44.

Дата осмотра (клетки 5-10)

Во время осмотра в карту должны быть внесены год, месяц и день. Регистрация дня дает возможность исследователю обратиться к осмотрам,

проведенным в какую-либо определенную дату, если возникнет необходимость пересмотра или проверки результатов.

Идентификационный номер (клетки 11-14)

Каждому обследуемому индивидууму должен быть присвоен свой идентификационный номер. Он всегда должен иметь такое же количество цифр, как и число лиц, которых планируется осмотреть в данной местности. Например, если предстоит обследовать 1200 человек, то первому пациенту следует присвоить номер 0001.

Если возможно, идентификационные номера следует внести в карты до начала исследования на текущий день, т.к. важно быть уверенным, что каждый идентификационный номер используется только один раз. Необходима перекрестная проверка при участии в обследовании не одного, а нескольких исследователей. Если в обследовании 1200 человек принимают участие 2 исследователя, то исследователь 1 должен использовать номера 0001-0600, исследователь 2 – 0601-1200.

Первичный или повторный осмотр (клетка 15)

Если пациента будут осматривать повторно для оценки воспроизводимости результатов, то первое (основное) обследование кодируют кодом «1» в клетке 15, а любое последующее – кодами «2», «3», «4» и т.д. в той же клетке. При анализе результатов обследования всех субъектов, которых осматривали неоднократно, используют данные только первого осмотра.

Чтобы оценить воспроизводимость результатов исследователя «внутри себя», первый осмотр кодируют цифрой «1», второй, выполненный тем же исследователем – цифрой «2». При анализе показателей обследования может быть рассчитан уровень воспроизводимости результатов «внутри исследователя», выраженный в процентах совпадающих данных и каппа-статистикой. Важно, чтобы выбранный метод регистрации был подробно разъяснен специалистам до проведения обследования, чтобы избежать нарушений интерпретации при вводе данных.

Исследователь (клетки 16, 17)

Если в обследовании участвуют несколько специалистов, то каждому из них присваивают специальный код, который вносят в клетки 16,17. Если в обследовании принимает участие обучающий исследователь, он должен также получить свой код.

Фамилия

Фамилия и имя пациента должны быть написаны печатными буквами, начиная с фамилии. Следует отметить, что в некоторых странах не разрешено записывать фамилии участников обследования, и в этом случае указанное пространство остается пустым.

Пол (клетка 18)

Эту информацию следует регистрировать во время осмотра, т.к. иногда невозможно определить пол пациента только по фамилии (которая, к тому же, не всегда записана). Соответствующий код (1=мужчина, 2=женщина) вносят в клетку 18.

Дата рождения (клетки 19-24)

Когда возможно, регистрируют год (клетки 19,20), месяц (клетки 21,22) и день рождения (клетки 23,24), что в дальнейшем может пригодиться при проверке правильности записей.

Возраст (клетки 25,26)

Возраст следует регистрировать как число полных лет на последний день рождения (например, возраст ребенка на тринадцатом году жизни – 12 лет). Если возраст ребенка менее 10 лет, то в клетку 25 надо внести «0» (например, 6 лет кодируют, как «06»). В местностях, где возраст выражают другими способами, должна быть сделана конверсия. Если возраст человека неизвестен, может оказаться необходимым провести его оценку на основе, например, степени прорезывания зуба, или для взрослых – больших жизненных событий или событий, происходивших в данном населенном пункте. Если возраст определили во время обследования, то должна быть информация о способе его определения.

Этническая группа (клетки 27,28)

В различных странах этнические и другие группы идентифицируются различными способами – по области или стране происхождения, расе, цвету кожи, языку, религии или племенному сообществу. Перед проведением обследования следует проконсультировать местные органы здравоохранения и образования, чтобы решить, какие этнические группы будут выделены и какие коды для регистрации будут им соответствовать.

В стране могут быть более 10 этнических групп, поэтому нужно использовать двухзначные коды. Поскольку часто бывает невозможным

идентифицировать этническое происхождение человека только из его имени, информация об этнической группе должна быть зарегистрирована во время обследования путем опроса пациента или родителя. В некоторых странах информация об этнической группе может быть получена от правительственных агентств или школьной администрации во время формирования групп обследуемых.

Другая группа (клетки 29,30)

Коды могут быть использованы для идентификации различных подгрупп населения.

Количество лет в школе (клетки 31,32)

Эта информация полезна для оценки уровня образования, что является важным фактором при анализе стоматологического здоровья. У детей клетки могут быть использованы для регистрации класса в школе, до которого доучился ребенок (**Приложение 2**).

Профессия (клетка 33)

Перед проведением обследования следует составить список профессий, распространенных в данной местности. Каждой профессии нужно присвоить соответствующий код, который заносят в клетку 33.

Местность - географическое положение (клетки 34,35)

В этих обследованиях очень важным является использование кодов для идентификации школ как части обследования, т.к. полученная информация о стоматологическом статусе может оказаться полезной для планирования стратегий, применимых к специфическим возрастным группам в конкретной школе. Как только школы будут отобраны, следует присвоить им коды.

Клетки 34 и 35 должны быть использованы для регистрации места, где проводится обследование. Это позволяет идентифицировать (01-98) географическое положение (деревни и т.д.). Должен быть подготовлен список всех мест, где будет проходить обследование, и присвоенный им код. Обычно требуется только несколько кодов. Если информация не регистрируется, вводят код «99».

Для руководителей здравоохранения, планирующих или корректирующих программы, либо стратегии, может быть очень полезной местная информация. Если в процессе проведения обследования отбирают пробы питьевой воды, должно быть указано название местности для составления карты распределения фторида и выявления

источников водоснабжения, где концентрация фторида ниже или выше оптимального уровня.

Тип местности (клетка 36)

Эта клетка предназначена для записи информации о местных условиях окружающей среды и доступности стоматологической помощи в каждом конкретном населенном пункте. С этой целью используют три кода:

1. город;
2. пригород: включает территорию, окружающую большие города, где показатели могут быть аналогичными тем, которые характерны для сельской местности - с очень небольшим количеством учреждений здравоохранения любого типа и отсутствием или ограничением доступа к учреждениям, оказывающим стоматологическую помощь;
3. сельская местность или небольшая деревня.

Другие данные (клетки 37-42)

Эти клетки предназначены для записи двузначного кода другой информации - до трех состояний или данных, которые должны быть согласованы до проведения обследования. В эти клетки можно ввести другую информацию об обследованных лицах или о местности, где проходит обследование. Здесь могут быть представлены данные об участии в специальных стоматологических программах, об использовании табака или жевательных палочек, статусе беженца, социально-экономическом статусе, факторах окружающей среды, уровне фторида в питьевой воде. Если особый интерес представляет потребление сахара, то с помощью соответствующих кодов можно внести данные о количестве и частоте его приема.

Кроме того, эти клетки предназначены для регистрации любой патологии, идентифицированной исследователем во время внеротового обследования.

1.5.5. Клиническое обследование (клетки 43,44)

Ротовая полость – часть челюстно-лицевой области, поэтому исследователи должны регистрировать любую видимую патологию лица, носа, щек или подбородка. Патологическое состояние и его локализацию регистрируют, используя нижеперечисленные коды.

Патологическое состояние (клетка 43)

- 0 = отсутствие признаков поражения;
- 1 = изъязвления, раны;
- 2 = эрозии;
- 3 = трещины;
- 4 = рак полости рта;
- 5 = увеличенные лимфатические узлы;
- 6 = любые другие поражения;
- 9 = не регистрируется.

Локализация патологического состояния (клетка 44)

- 1 = лицо;
- 2 = шея;
- 3 = нос;
- 4 = щеки;
- 5 = подбородок;
- 6 = углы рта;
- 7 = красная кайма губ;
- 8 = челюсти.

1.5.5.1. Состояние зубов (клетки 45-108 в регистрационной карте для взрослых и 45-72 в регистрационной карте для детей)

Исследование кариеса зубов должно быть выполнено с помощью плоского стоматологического зеркала. Для выявления проксимального кариеса не рекомендуется использовать рентгенографию, т.к. в большинстве полевых условий не всегда возможно применение оборудования. Также не рекомендуется использовать волоконную оптику. Хотя и признано, что оба этих диагностических метода повышают диагностику кариеса зубов, но логистические осложнения и частые отказы ряда пациентов подвергнуться радиации перевешивают любые положительные эффекты.

Исследователи должны придерживаться системного подхода к оценке состояния зубов, принимая в расчет следующие аспекты:

- осмотр должен проходить в определенном порядке – от одного зуба или межзубного пространства к соседнему зубу или межзубному пространству;
- зуб должен считаться присутствующим в полости рта, если видна какая-либо его часть;
- если постоянный и временный зуб занимают одно и то же пространство, следует регистрировать состояние только постоянного зуба.

Статус постоянных зубов (коронки и корни) регистрируют, используя цифры, временных – проставляя буквы латинского алфавита в соответствующих клетках (табл.2). Клетки 45-76 используют для зубов верхней челюсти, клетки 77-108 - нижней. Соответствующие клетки в регистрационной карте оценки стоматологического статуса для детей - 45-58 и 59-72.

В каждую клетку должен быть внесен код, оценивающий состояние коронки и корня зуба (Приложение 1). У детей состояние корня зуба не оценивают, поэтому соответствующие клетки в регистрационной карте для детей отсутствуют (Приложение 2).

Особое внимание следует уделять идентификации пломб, по цвету схожих с цветом зуба, которые выявить в высшей степени трудно.

Таблица 2. Коды для регистрации состояния временных и постоянных зубов

	Код зуба		Состояние
	Временные зубы	Постоянные зубы	
	Коронка	Коронка Корень	
A	0	0	Интактный
B	1	1	Кариес
C	2	2	Пломба, с кариесом
D	3	3	Пломба, без кариеса
E	4	-	Удаление из-за осложнений кариеса
-	5	-	Удаление по другим причинам
F	6	-	Герметизированная фиссура
G	7	7	Опорный зуб мостовидного протеза, коронка или винир/имплантат
-	8	8	Непрорезавшийся зуб (коронка)/ необнаженный корень
-	9	9	Не регистрируется

Ниже подробно описаны критерии для диагностики и кодирования состояния зуба (коды для временных зубов даны в скобках).

0 (A) - Здоровая коронка. Коронка считается здоровой, если нет клинических признаков леченного или нелеченного кариеса (см. Фото 1, код «А»; Фото 6, код «0»). Исключают стадии кариеса,

предшествующие образованию полости, и другие состояния, подобные начальным стадиям кариеса, т.к. их трудно достоверно диагностировать при проведении большинства эпидемиологических обследований в полевых условиях. Таким образом, в отсутствии других положительных критериев, коронку зуба следует регистрировать как здоровую, если имеются следующие дефекты (см. Фото 7 и 8):

- белые или меловидные пятна; обесцвеченные или шероховатые пятна, при зондировании которых металлическим пародонтальным зондом не ощущается размягчения;
- измененные в цвете фиссуры или ямки, не имеющие визуальных признаков деминерализации эмали или размягчения дна, либо стенок, выявляемых с помощью пародонтального зонда;
- темные, блестящие, твердые, изрытые зоны эмали зуба с признаками умеренного или выраженного флюороза;
- повреждения, которые на основании их распределения, анамнеза или визуально-тактильного осмотра могут считаться результатом стирания.

Здоровый корень. Корень регистрируют как здоровый, если он обнажен и нет клинических признаков леченного или нелеченного кариеса (см. Фото 9).

1 (B) - Коронка с кариесом. Кариес регистрируют как присутствующий, если в ямках, фиссурах или на гладкой поверхности зуба имеется явная полость, подрытость эмали или отчетливое размягчение дна или стенки (см. Фото 2-4, временные зубы; Фото 10-12, постоянные зубы). Зуб с временной пломбой или покрытый герметиком, но имеющий признаков кариеса, тоже должен быть включен в эту категорию. В случаях, если вследствие кариеса разрушена вся коронка, и остался лишь корень, считается, что кариес первоначально развился в коронке, поэтому регистрируют лишь кариес коронки. Для подтверждения визуальных признаков кариеса на поверхности (поверхностях) зуба должен быть использован пародонтальный зонд. При любых сомнениях присутствие кариеса не регистрируют.

Корень с кариесом. Кариес регистрируют, как имеющийся, если при зондировании пародонтальным зондом повреждение оказывается мягким. Если кариозное поражение на корне не вовлекает коронку, его следует регистрировать, как кариес корня. В случае одиночных кариозных поражений, захватывающих как коронку, так и корень, должна быть регистрация только вероятного места возникновения кариеса. Если же невозможно решить, где кариес

возник первоначально, то данным кодом следует регистрировать кариес и коронки, и корня. Кариес корня не регистрируют у детей, подростков и молодых людей.

2 (C) - Пломбированная коронка с кариесом. Коронку регистрируют, как пломбированную с кариесом, если на ней имеются одна или более постоянных пломб и один или более участков, пораженных кариесом. Разграничений между первичным и вторичным кариесом не делают и используют один и тот же код, независимо от наличия или отсутствия контакта кариозного очага и пломбы (пломб) (см. Фото 13 и 14).

Пломбированный корень с кариесом. Корень регистрируют, как пломбированный с кариесом, если он имеет одну или более постоянных пломб и один или более участков с кариесом. Не делают различий между первичным и вторичным кариесом. Если пломба захватывает как коронку, так и корень, сделать заключение о месте возникновения кариеса гораздо труднее. При наличии любой пломбы, располагающейся как на коронке, так и на корне, а также вторичного кариеса этим кодом регистрируют наиболее вероятное место возникновения первичного кариозного повреждения (или коронку, или корень). Если невозможно определить, где кариес появился впервые, данный код (пломбированный, с кариесом) регистрируют в клетках, относящихся и к коронке, и к корню.

3 (D) - Пломбированная коронка без кариеса. Коронка считается пломбированной, без кариеса, если присутствуют одна или более постоянных пломб и нет признаков кариеса на других ее участках (см. Фото 5 и 15). К этой категории относится также зуб с коронкой, поставленной вследствие предшествующего кариозного повреждения. Зуб, восстановленный коронкой вследствие других причин, например, в качестве опорного зуба мостовидного протеза, регистрируют кодом «7» («G»).

Пломбированный корень, без кариеса. Корень считается пломбированным, без кариеса, если присутствуют одна или несколько постоянных пломб и нет признаков кариеса на других участках. В случае наличия реставраций, локализующихся как на коронке, так и на корне, идентификация вероятного места возникновения кариеса затруднена. Для любых пломб, вовлекающих и коронку, и корень, этим кодом следует отметить более вероятное место развития первичного кариозного повреждения. Если нет возможности идентифицировать участок возникновения кариеса, то и

коронку, и корень регистрируют кодом «пломбированный, без кариеса».

- 4 (E)** - *Зуб, удаленный по причине осложнений кариеса.* Этот код используют для регистрации постоянных или временных зубов, удаленных вследствие их разрушения кариозным процессом, в клетке, предназначенной для оценки состояния коронки (см. Фото 16 и 17). Для удаленных временных зубов данный код может быть использован только в том случае, если возраст обследуемого не служит убедительным объяснением их отсутствия вследствие физиологической смены.

Примечание: состояние корня зуба, который зарегистрировали как «удаленный вследствие кариеса», нужно кодировать цифрами «7» или «9».

В некоторых возрастных группах вызывает затруднение отличие непрорезавшегося зуба (код «8») от удаленного (коды «4» или «5»). Помощь в принятии решения о том, прорезался ли зуб или был удален, могут оказать знание сроков прорезывания зубов, состояние альвеолярного гребня (края) в области вызывающего сомнение межзубного пространства, поражение кариесом других зубов. Код «4» не должен быть использован для зубов, которые, как полагают, были удалены по другим причинам, нежели кариес. Для удобства при полностью беззубых челюстях в клетке 45 и 60, 77 и 92 следует поместить цифры «4» и соединить их прямыми линиями. Это же следует предпринять, если применяют карту для регистрации состояния зубов по поверхностям (**Приложения 3 и 4**).

- 5 (-)** - *Постоянный зуб, удаленный по другим причинам.* Этот код используют для постоянных зубов, предположительно отсутствующих врожденно или удаленных вследствие заболеваний пародонта, травмы, по ортодонтическим показаниям и т.д. (см. Фото 18). Как и в случае с кодом «4», при полностью беззубых челюстях две цифры «5» на каждой челюсти могут быть соединены прямой линией.

Примечание: Состояние корня зуба, который зарегистрировали, используя код «5», нужно кодировать цифрами «7» или «9».

- 6 (F)** – *Герметизированная фиссура.* Этот код используют для зубов, где в фиссурах окклюзионных поверхностей имеется герметик, или в случае, если фиссура на окклюзионной поверхности была расширена круглым либо каплевидным бором и заполнена композитным материалом (см. Фото 19). Если в зубе с герметиком выявлен кариес, его следует кодировать кодами «1» или «В».

- 7 (G)** – *Опорный зуб мостовидного протеза, коронка или винир.* Этот код используют для обозначения статуса коронки, когда надо показать, что зуб является частью опоры фиксированного мостовидного протеза. Этот код применяют также для обозначения коронок, причиной установки которых является не кариес, и для виниров, покрывающих губную поверхность зуба, не имеющего признаков кариеса или пломбы (см. Фото 20).

Примечание: для удаленных зубов, замещенных частичными несъемными протезами, при оценке статуса коронок используют коды «4» или «5», а при оценке состояния корня - код «9».

Имплантат. Этот код используют в клетках для регистрации состояния корня зуба, указывая, что имплантат был помещен в качестве опоры.

- 8 (-)** - *Непрорезавшийся зуб (коронка).* Это определение ограничивается постоянными зубами и используется только для обозначения межзубного пространства в зоне непрорезавшегося постоянного зуба при отсутствии временного зуба. Зубы, зарегистрированные как непрорезавшиеся, исключаются из всех расчетов, касающихся кариеса (см. Фото 1 – резцы, Фото 21). В эту категорию не включают зубы, врожденно отсутствующие либо утраченные в результате травмы и т.д. Для дифференциального диагноза между удаленным и непрорезавшимся зубом см. код «5».

Необнаженный корень. Этот код указывает, что поверхность корня не обнажена; отсутствует рецессия десны ниже цементно-эмалевого соединения.

- 9 (-)** - *Не регистрируется.* Этот код используют для прорезавшегося постоянного зуба, который невозможно осмотреть вследствие любых причин (ортодонтических конструкций, выраженной гипоплазии и т.д.).

При оценке состояния корня данный код указывает на то, что или зуб был удален, или присутствует такое количество зубного камня, что осмотр корня невозможен.

Индексы интенсивности кариеса зубов (КПУз, кпуз) и поверхностей (КПУн, кпул)

Информация о кариозных, пломбированных и удаленных зубах для расчета индекса КПУз может быть получена с помощью результатов обследования, зарегистрированных в клетках 45-76 и 77-108 (**Приложение 1**). Компонент «К» включает все зубы с кодами «1» или «2», компонент «У» - с кодами «4» (у лиц моложе 30 лет) или «4» и «5» (у лиц 30 лет и старше), т.е. все зубы, удаленные вследствие осложнений кариеса или по любой другой причине. Для компонента «П» суммируют зубы только

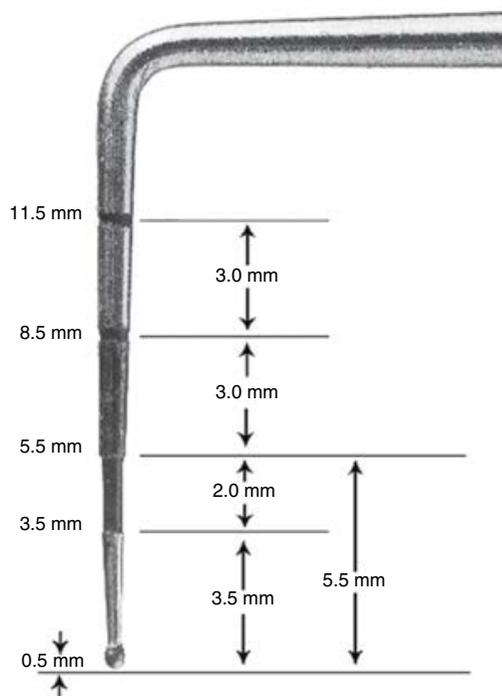


Рис.5. WHO CPI зонд, рекомендуемый для клинического осмотра

с кодом «3». Основой для расчета величины индекса КПУз служат 32 зуба, т.е. все постоянные зубы, включая зубы мудрости. Зубы с кодами «6» (герметик) или «7» (несъемные зубные протезы/опорный зуб мостовидного протеза, специальная коронка или винир/имплантат) не включают в расчет значения индекса КПУз. В случае временных зубов расчет значения индекса кпуз проводят аналогично, т.е. используют информацию по кодам «А», «В», «С», «D», «Е» в карте для регистрации данных (Приложение 2).

Если обследование выполняют со специальными целями, например, для оценки профилактических программ, можно регистрировать состояние зубного ряда по поверхностям зубов и рассчитывать величину индексов КПУп и кпуп. Регистрационные формы для этой цели представлены в Приложении 3 (для взрослых) и Приложении 4 (для детей).

Значение индекса КПз (для оценки кариеса корня) можно легко рассчитать, т.к. во время обследования регистрируют данные для каждого зуба. Этот индекс предназначен для более старших групп населения.

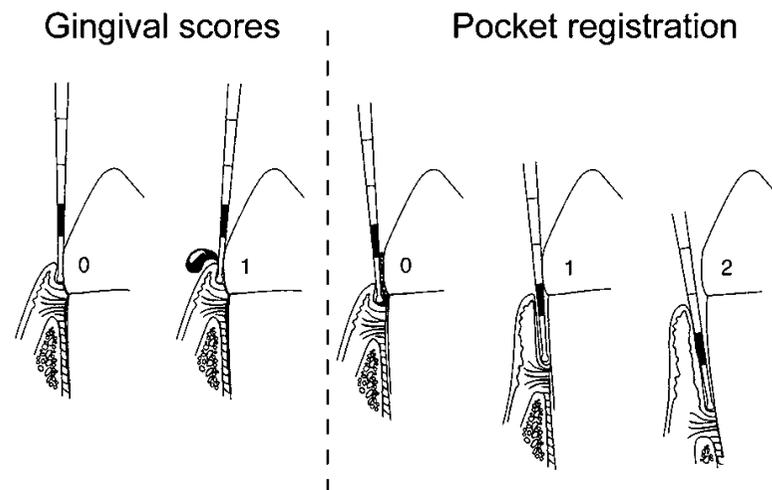


Рис.6. Кодирование пародонтального статуса в соответствии с модифицированным коммунальным пародонтальным индексом (CPI модифицированным), показывающее правильное положение ВОЗ CPI зонда

1.5.5.2. Состояние тканей пародонта:

Коммунальный пародонтальный индекс (CPI) модифицированный

Для оценки пародонтального статуса используют 2 индикатора: кровоточивость десны и пародонтальные карманы. Для этой цели применяют специально разработанный легкий CPI металлический зонд с шариком на конце диаметром 0.5 мм, с черным ободком, расположенным между 3.5 и 5.5 мм, и кольцами на уровне 8.5 и 11.5 мм от кончика (рис.5).

Осматривают пародонт в области всех зубов, имеющих во рту, и отмечают присутствие или отсутствие кровоточивости десен, а также пародонтальных карманов, глубину которых измеряют с помощью пародонтального зонда WHO CPI.

Оценка кровоточивости десен и глубины пародонтальных карманов

Оценивают состояние десны в области всех присутствующих зубов, осторожно помещая кончик пародонтального зонда WHO CPI между десной и зубом, чтобы зарегистрировать отсутствие или присутствие кровоточивости в ответ на зондирование (рис.6). Применяемая при зондировании сила не должна превышать 20 граммов. Практическим

тестом для установления такой силы является помещение зонда под ноготь большого пальца и нажатие им до появления дискомфорта. В качестве альтернативы такому тесту исследователи могут использовать зеркало и поместить зонд в десневую бороздку своих собственных передних зубов, применяя самую маленькую силу, с которой возможно продвижение шарика вдоль поверхности зуба. Эти упражнения должны быть выполнены как часть обучения во время калибровки для достижения воспроизводимости и постоянства результатов.

Когда зонд помещают в бороздку или пародонтальный карман, шариковый кончик надо продвигать, следуя анатомической конфигурации поверхности корня зуба. Если пациент во время зондирования чувствует боль, это указывает на приложение излишнего усилия.

При осмотре кончик зонда следует осторожно ввести в десневую бороздку или карман и провести исследование на всем их протяжении. Например, поместите зонд в карман в дистальном отделе щечной поверхности второго моляра как можно ближе к контактному пункту с третьим моляром, располагая зонд параллельно длинной оси зуба. Осторожно продвигайте зонд короткими движениями вверх и вниз вдоль щечной бороздки или кармана к медиальной поверхности второго моляра. Аналогичные движения выполняют на язычных поверхностях, начиная с движения в дисталингуальной области второго моляра.

Необходимо зондировать пародонт в области всех присутствующих зубов и заносить коды в соответствующие клетки. Пародонтальные карманы не регистрируют у детей моложе 15 лет. Коды для регистрации кровоточивости и пародонтальных карманов даны ниже.

Коды для оценки кровоточивости (клетки 109-124 и 141-156 в карте осмотра для взрослых, клетки 73-86 и 87-100 в карте осмотра для детей):

- 0 = отсутствие кровоточивости (см. Фото 22, взрослый);
- 1 = присутствие кровоточивости (см. Фото 23, ребенок; Фото 24, подросток; Фото 25, взрослый);
- 9 = зуб исключен (см. Фото 28, зуб 16);
- X = зуб отсутствует (см. Фото 16 и 17, задние области у взрослых).

Коды для оценки глубины карманов (клетки 125-140 и 157-172):

- 0 = отсутствие поражения (см. Фото 22);
- 1 = карман глубиной 4-5 мм (см. Фото 26);
- 2 = карман глубиной 6 мм или более (см. Фото 27);
- 9 = зуб исключен (см. Фото 28, зуб 16);
- X = зуб не присутствует (см. Фото 16 и 17, задние области).

1.5.5.3. Потеря прикрепления (клетки 173-178 карты осмотра для взрослых)

Информация о потере прикрепления может быть получена при обследовании индексных зубов (**рис.7**). Для оценки деструкции эпителиального прикрепления в течение жизни разработана CPI система, позволяющая провести сравнение между популяционными группами, но не предполагающая полного описания потери прикрепления у конкретного пациента. Для определения потери прикрепления полость рта условно делят на секстанты, включающие следующие зубы: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Самым приемлемым путем оценки потери прикрепления в каждом секстанте является его регистрация сразу после определения состояния десны и пародонтального кармана в этом же секстанте. Как уже было сказано, потерю прикрепления не следует регистрировать у лиц моложе 15 лет.

Индексные зубы

Индексные зубы, которые необходимо обследовать, представлены на **рис.7**.

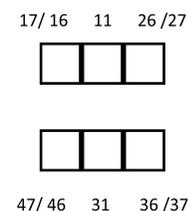


Рис.7. Индексные зубы для регистрации потери прикрепления у лиц 15 лет и старше

В каждом боковом секстанте следует осматривать 2 моляра, и если один из них отсутствует, то замены ему нет. Если в обследуемом секстанте нет индексного зуба, то осматривают все присутствующие зубы и в клетке, представляющей этот секстант, регистрируют самый большой выявленный код.

Протяженность потери прикрепления регистрируют с помощью CPI зонда, используя следующие коды (**рис.8**):

- 0 = 0-3 мм;
- 1 = 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение находится внутри черного ободка) (см. Фото 26);
- 2 = 6-8 мм (цементно-эмалевое соединение находится между верхней границей черного ободка и кольцом 8.5 мм);

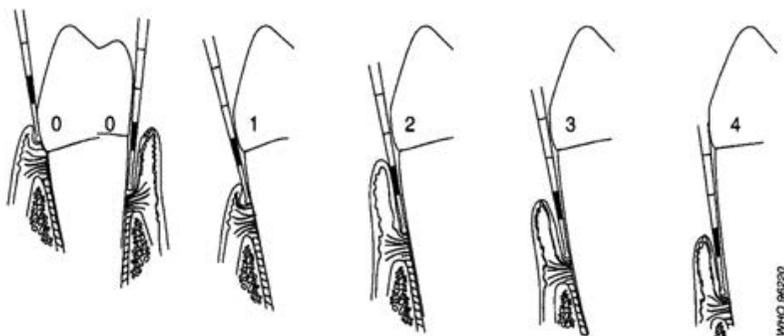


Рис.8. Примеры кодирования потери прикрепления с помощью зонда WHO CPI [4]

- 3 = 9-11 мм (цементно-эмалевое соединение находится между кольцами 8.5 мм и 11.5 мм);
- 4 = 12 мм или больше (цементно-эмалевое соединение находится за кольцом 11.5 мм) (см. Фото 28, зуб 16);
- X = исключенный секстант;
- 9 = не регистрируется.

1.5.5.4 Флюороз эмали (клетка 179 в карте осмотра для взрослых; клетка 101 в карте осмотра для детей)

Флюорозные поражения обычно представлены горизонтальной исчерченностью, располагающейся на симметричных зубах с двух сторон. Чаще всего поражаются премоляры и вторые моляры, далее по частоте поражения следуют верхние резцы. На резцах нижней челюсти флюороз проявляется в последнюю очередь.

При осмотре исследователь должен отметить распределение любых дефектов, используя критерии индекса Dean [20], и решить, типичны ли они для флюороза. Дефекты, попадающие в категории от «сомнительный» до «умеренный» - состояния, наиболее часто встречающиеся - представляют собой белые линии и имеют тенденцию проникать в окружающую эмаль. Чтобы облегчить отличие флюорозных пятен от другой пятнистости, не связанной с фторидом, важно помнить, что флюорозные поражения обычно располагаются вблизи режущего края или верхушек бугров, однако, в зависимости от тяжести, поражения могут быть видны на других областях зуба. Пятнистость, не связанная с фторидом, может локализоваться в центре гладкой поверхности, хотя иногда поражает всю коронку.

Флюорозные поражения в общем видны как четкие матовые линии, а нефлюорозные пятна – круглые или овальные по форме. Флюорозные поражения можно легко наблюдать, если свет направлен тангенциально, тогда как нефлюорозные легче осмотреть, если свет направлен перпендикулярно к поверхности зуба.

Кодирование делается на основе двух наиболее сильно пораженных зубов. Если 2 зуба поражены неодинаково, код основывается на внешнем виде менее пораженного зуба. Когда зубы регистрируют, исследователь должен начать с самого высокого кода индекса, «тяжелый», и далее снижают каждый код, пока он не приблизится к имеющемуся состоянию. Если есть какое-либо сомнение, регистрируют более низкий код.

Коды и критерии для оценки флюороза следующие:

- 0 = Норма. Поверхность эмали гладкая, блестящая, бледного кремово-белого цвета (см. Фото 29).
- 1 = Сомнительный. Легкие нарушения полупрозрачности нормальной эмали, варьирующие от нескольких белых точек до случайных пятен (см. Фото 30-33).
- 2 = Очень слабый. Маленькие, непрозрачные, белые, как бумага, пятна, неравномерно разбросанные по поверхности зуба и занимающие менее 25% его губной поверхности (см. Фото 34, 35).
- 3 = Слабый. Участки с белыми пятнами эмали, вовлекающими более 25% (см. код «2»), но менее 50% поверхности эмали (см. Фото 36, 37).
- 4 = Умеренный. Поверхности зубов подвержены заметному стиранию, часто встречаются коричневые пятна неправильной формы (см. Фото 38, 39).
- 5 = Тяжелый. Сильно поражены поверхности, деструкция так выражена, что может измениться даже общая форма зуба. Часто встречаются отдельные или сливающиеся ямки, а также коричневые пятна. Создается впечатление, что зуб был подвержен коррозии (см. Фото 40, 41).
- 8 = Исключенный (например, зуб покрыт коронкой).
- 9 = Не регистрируется.

1.5.5.5. Эрозия зуба (клетки 180-182 в карте осмотра для взрослых, клетки 102-104 в карте осмотра для детей)

Данные о распространенности, тяжести и количестве зубов с эрозией помогут организаторам общественного здравоохранения в решении, является ли это состояние общественно значимой проблемой. Эрозия зуба, вызванная прогрессирующей потерей кальцифицированных тканей зуба вследствие химического процесса, не связана с действием бактерий. Эмаль теряется от воздействия кислот, которые могут

содержаться в пище или быть эндогенными, например, у лиц, страдающих от булимии, гастро-эзофагального рефлюкса, сильного алкогольного отравления, хронической рвоты.

Используют коды «1»-«3», когда на коронке зуба регистрируется эрозия различной глубины поражения:

- 0 = нет признаков эрозии (см. Фото 42);
- 1 = поражение эмали (см. Фото 43);
- 2 = поражение дентина (см. Фото 43,44,46);
- 3 = вовлечение пульпы (см. Фото 44-46).

Тяжесть эрозии зуба регистрируют, выявляя зуб с самым высоким кодом. Кроме того, регистрируют количество пораженных зубов.

1.5.5.6. Травматические поражения зубов (клетки 183-185 в карте обследования для взрослых, клетки 105-107 в карте обследования для детей)

Зубы, пораженные травмой, кодируют следующим способом:

- 0 = нет признаков поражения;
- 1 = леченное поражение;
- 2 = скол эмали (см. Фото 47);
- 3 = скол эмали и дентина (см. Фото 48);
- 4 = вовлечение пульпы (см. Фото 49);
- 5 = зуб, удаленный вследствие травмы (см. Фото 50);
- 6 = другое поражение;
- 9 = исключенный зуб.

В добавление к степени/статусу травмы может быть измерена ее тяжесть путем регистрации количества вовлеченных зубов.

1.5.5.7. Поражения слизистой оболочки полости рта (клетки 186-191 в карте обследования для взрослых, клетки 108-113 в карте обследования для детей)

Слизистая и мягкие ткани в полости и вокруг рта должны быть осмотрены у каждого обследуемого. Осмотр должен быть тщательным и системным и выполняться в следующей последовательности:

1. слизистая оболочка губ и уздечек (верхней и нижней);
2. губная часть переходных складок и слизистая оболочка щек (справа и слева);
3. язык (дорзальная и вентральная поверхности, края);
4. дно полости рта;
5. твердое и мягкое небо;
6. альвеолярные гребни/десна (на верхней и нижней челюстях).

Для отведения тканей могут быть использованы два стоматологических зеркала, либо одно зеркало и ручка пародонтального зонда. Клетки 186-188 (108-110 в карте для детей) используют для регистрации отсутствия, присутствия или *ожидаемого* присутствия состояний, регистрируемых кодами «1»-«7». Исследователь должен быть готов поставить пробный диагноз этих состояний во время клинического осмотра. Код «8» используют для регистрации состояния, не упомянутого в списке, например, волосатой лейкоплакии или саркомы Капоши. Где это возможно, в имеющемся пространстве должен быть зарегистрирован предварительный диагноз (до 3 состояний).

Для взрослых используют следующие коды:

- 0 = нет признаков поражения;
- 1 = злокачественная опухоль (рак полости рта) (см. Фото 51);
- 2 = лейкоплакия (см. Фото 52);
- 3 = красный плоский лишай (см. Фото 53);
- 4 = стоматит (афтозный, герпетический, травматический) (см. Фото 54-57);
- 5 = острый язвенно-некротический гингивит (ANUG, см. Фото 58);
- 6 = кандидоз (см. Фото 59, 60);
- 7 = абсцесс (см. Фото 61, 62);
- 8 = другие заболевания (дифференцировать, если возможно) (например, кератоз, см. Фото 63, и пятна Коплика, см. Фото 64);
- 9 = не регистрируется.

Регистрация лейкоплакии и плоского лишая не считается важной у детей.

Кроме того, все основные локализации поражений слизистой полости рта регистрируют в клетках 189-191 для взрослых и клетках 111-113 для детей следующим образом:

- 0 = красная кайма губ;
- 1 = переходные складки;
- 2 = губы;
- 3 = уздечки губ;
- 4 = слизистая оболочка щек;
- 5 = дно полости рта;
- 6 = язык;
- 7 = твердое и/или мягкое небо;
- 8 = альвеолярные гребни /десна;
- 9 = не регистрируется.

Например, если у взрослого выявлена лейкоплакия как на слизистой щек, так и на переходной складке, кодирование должно быть выполнено, как показано на **рис.9**.

(186)	2	4	(189)
(187)	2	1	(190)
(188)			(191)

Рис.9. Кодирование двух основных локализаций лейкоплакии

(186)	1	1	(189)
(187)	1	2	(190)
(188)	6	6	(191)

Рис.10. Кодирование более двух поражений

Подобно этому, если у взрослого выявлен рак полости рта на переходной складке и нижней губе, а также кандидамикоз на языке, кодирование должно быть выполнено, как на **рис.10**.

1.5.5.8. Наличие зубных протезов (клетки 192 и 193 в карте осмотра для взрослых)

Наличие съемных зубных протезов следует регистрировать для каждой челюсти (клетка 192 – верхняя челюсть, 193 – нижняя челюсть). Для регистрации применяют следующие коды:

- 0 = нет протезов;
- 1 = частичный протез;
- 2 = полный протез;
- 9 = не регистрируется

1.5.5.9. Потребность в неотложной помощи (клетка 194 в карте осмотра для взрослых, клетка 114 в карте осмотра для детей)

Исследователь или руководитель команды исследователей должны при необходимости направить пациента в соответствующее лечебное учреждение. Показанием для неотложной помощи являются ситуации, когда при отсутствии лечения могут развиваться болевой синдром,

воспалительный процесс или другое серьезное заболевание. В зависимости от доступности стоматологической службы этот промежуток времени может колебаться от нескольких дней до месяца. Примерами состояний, требующих немедленной помощи, являются периапикальный процесс или острый язвенно-некротический гингивит (ANUG). В этой клетке можно также регистрировать множественный кариес и хронический воспалительный процесс в альвеолярном отростке. Угрожающие жизни состояния (рак полости рта или предраковое поражение) или любое тяжелое поражение, которое является проявлением в полости рта системного заболевания, должны быть зарегистрированы в разделе, касающемся слизистой полости рта, и соответствующий код внесен в клетку 194 в карте для взрослых или в клетку 114 в карте для детей.

Рекомендуются следующие коды для неотложных состояний:

- 0 = лечение не требуется (см. Фото 65);
- 1 = требуется профилактическое или обычное лечение (см. Фото 66);
- 2 = требуется быстрое лечение (включая кюретаж) (см. Фото 67);
- 3 = требуется срочное (неотложное) лечение из-за боли или инфекции, вызванных поражением зубов и/или тканей полости рта (см. Фото 68-70);
- 4 = требуется направление к специалистам для полной диагностики и/или медицинского / стоматологического лечения (системное поражение) (см. Фото 71).

Раздел 2. Самооценка здоровья полости рта

2.1. Самооценка здоровья полости рта и влияющих на него факторов риска

2.1.1. Стоматологическая информационная система

ВОЗ рекомендует странам использовать стоматологическую информационную систему для мониторинга и оценки в динамике национальных стоматологических программ [8]. Необходимые компоненты такой системы представлены на рис.11. Обширная информация о стоматологической помощи, ее доступности, качестве, промежуточных и окончательных результатах стоматологических вмешательств важна для гарантии эффективности национальных стоматологических систем. Данные на уровне популяции о стоматологическом статусе и распространённости факторов риска необходимы для наблюдения за моделями заболеваний и понимания их тенденций во временном аспекте. Кроме того, такая информация является инструментом для планирования или регулирования деятельности служб здравоохранения. Результаты, регистрируемые в картах обследования и обслуживаемые в разделе I данного руководства, позволяют оценивать результаты программ. В разделе карты «Общая информация» возможно множественное кодирование для регистрации специфических данных относительно определенных целевых групп, а также кодирование мероприятий административных служб здравоохранения.

Систематическая информация о распространённости факторов риска важна для планирования комплексно-ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний и программ содействия улучшению здоровья. Путем сведения результатов клинического обследования и данных о факторах риска в общую базу данных может быть оценено влияние социально-поведенческих факторов и разработаны эффективные стратегии воздействия. Более того, стоматологические программы можно планировать более эффективно, так, чтобы они отвечали потребностям специфических популяционных групп. Вдобавление к вышеоказанному, информация о самооценке стоматологического здоровья необходима для идентификации соответствующих подходов к его улучшению.

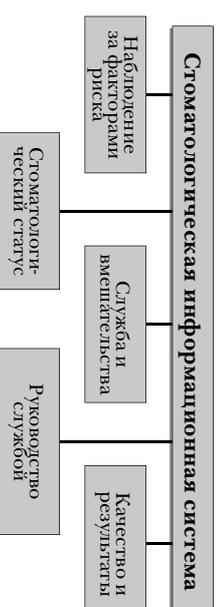


Рис.11. Компоненты развернутой стоматологической информационной системы [5]

2.1.2. Самооценка стоматологического здоровья с помощью использования опросников

В соответствии с подходом STEPS (рис.11), Шаг 1 подразумевает сбор данных о здоровье посредством анкет. При адекватном планировании анкеты могут быть очень полезными для получения достоверной информации о состоянии здоровья и рисках для него [21,22]. Важно, что сбор данных требует от страны небольших затрат времени и денег. Участники заполняют анкеты, следует полностью проинформировать о целях исследования, при этом каждый из них должен быть уверен в анонимности ответов и в том, что полученные данные будут использоваться лишь для статистических целей. В связи с этим, у опрашиваемых должно быть получено информированное согласие. Участники также следует уведомить о любых публикациях предварительных результатов. Если в анкетировании участвуют школьники, то руководители школы и персонал, участвующий в обследовании, должны быть полностью проинформированы о его результатах.

Анкета о здоровье должна быть простой и включать понятные вопросы. На ее заполнение не должно уходить более 15-20 минут. Структурированное анкетирование подразумевает, что:

1. все вопросы и диапазон ответов формулируются заранее;
2. последовательность ответов на вопросы фиксирована;
3. на ряд вопросов должны ответить только некоторые респонденты;
4. вопросы формулируют в стандартизованной манере: их составляют легко понятным языком;
5. список альтернативных ответов должен быть обширным и достаточным.

Анкету следует предварительно апробировать, чтобы оценить обновленность и приемлемость вопросов. Эта процедура может помочь избежать потенциального непонимания респондентами плохо сформулированных вопросов или двусмыслности ответа на один вопрос.

Анкеты для самооценки могут быть подготовлены для заполнения методом интервью или самостоятельно. Выбор метода сбора данных будет зависеть от нескольких факторов: от способности участников отвечать на вопросы, практических обстоятельств, наличия персонала и ресурсов, необходимых для сбора данных, расписания обследования. Сбор данных посредством интервью дает уверенность, что ответы на вопросы даны именно оговоренными участниками. По сравнению с самостоятельным заполнением интервьюирование дает несколько больший процент полученных ответов, и степень их вариации более высокая, тогда как письменные ответы имеют тенденцию к большей точности. Интервьюеры должны формулировать вопросы точно так, как они написаны, и в той же последовательности, интервью позволяет в большей степени разъяснять значение вопроса.

Как и при регистрации клинических данных, есть потенциальные источники вариаций ответов, полученных посредством интервью. Эти вариации могут быть обусловлены непостоянством «внутри самого исследователя» или между исследователями. Непостоянство «внутри исследователя» может возникнуть, если интервьюер имеет непостоянную манеру, в какой он/она задает вопросы и/или регистрирует ответы. Если задействованы не один, а несколько интервьюеров, между ними могут быть различия, т.к. разные люди неодинаково задают вопросы и/или регистрируют ответы. Список, которым интервьюер задает вопрос, может влиять на ответ, даваемый респондентом, поэтому потенциальная воспроизводимость результатов должна быть улучшена в ходе обучения.

В анкетах для самостоятельного заполнения респондент сам читает все вопросы и фиксирует ответы. Этот тип опроса имеет тенденцию снижать риск усталости респондентов. Иногда вопрос может быть сформулирован на основании информации, придающей особый характер вариантам ответов. По сравнению с интервью опросники для самостоятельного заполнения более практичны, т.к. их можно отослать респонденту по почте. Кроме того, отсутствует внешнее влияние интервьюера, читающего вопросы и ответы, и респонденты могут иметь больше времени для обдумывания правильных ответов на вопросы.

2.1.2.1. Обучение интервьюеров и наблюдение

Интервьюеры нуждаются в специальном обучении для того, чтобы достичь постоянства и овладеть системным подходом к проведению анкетирования. Интервьюеры должны быть знакомы с целями опроса исследования и понимать смысл включенных вопросов.

Обучение использованию структурных опросников должно фокусироваться на следующих моментах:

- установление контакта с предполагаемыми респондентами и обеспечение ознакомления с обследованием, его целями и подтверждение анонимности участия;
- чтение вслух вопросов анкет и следование инструкциям содержащим интервью;
- оптимальные стили опроса и исследования;
- регистрация точно того, что сказано;
- поддержание стиля интервью, чтобы не оказывать влияния на ответы респондентов;
- соблюдение нейтралитета во избежание влияния на респондентов;
- полевой тренинг и репетиция анкетирования.

Наблюдение за интервьюерами должно происходить несколькими путями:

- проверкой возвращения ответов конкретному интервьюеру;
- аудиозаписью, по крайней мере, части интервью;
- проверкой заполненных таблиц с целью определения не проученных ли некоторые вопросы и все ли заполнено правильно;
- опросом группы респондентов (обычно около 10%) для подтверждения их участия в анкетировании и выяснения их мнения о проведенном опросе.

2.1.3. Индикаторы риска стоматологических заболеваний в рамках STEPS

ВОЗ предложила операционную модель (рис.12) для использования исследователями или организаторами общественного здравоохранения при осуществлении соответствующих программ /5/.

Эта модель имеет своей целью проводить сбор данных, фокусируясь на доминантах социальных и окружающей среды, а также модифицируемых факторах риска для стоматологического здоровья, таких как питание, использование табака, избыточное потребление алкоголя. Кроме того, требуется информация о воздействии фторидов из окружающей среды, гигиене полости рта и использовании доступной стоматологической помощи. Качество жизни, стоматологическое и общее здоровье считаются важными результатами действия специфических отделенных и непосредственных факторов. В связи с этим, модель обеспечивает концептуальный и практический базис для связи стоматологического здоровья с соответствующими хроническими заболеваниями.

ВОЗ рекомендует использование упрощенных структурных анкет для сбора самостоятельно оцененных данных о стоматологическом здоровье и факторах риска у взрослых (Приложение 7), а также у детей и

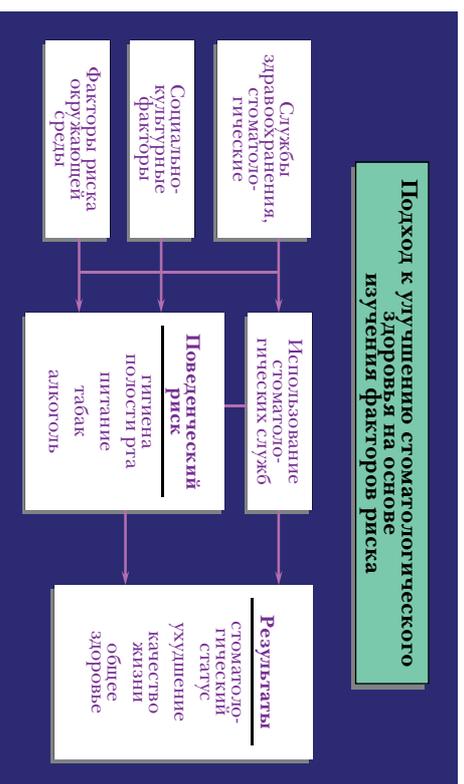


Рис.12. Факторы риска стоматологического здоровья, относящиеся к планированию и наблюдению за стоматологическими программами [5]

подростков (Приложение 8). Обе анкеты были протестированы в пилотном исследовании в ряде стран мира. Упрощенные анкеты включают ключевые вопросы, касающиеся необходимых характеристик национальных стоматологических служб, однако вопросы и ответы на них следует адаптировать к местным или национальным условиям. Страна может ощутить необходимость включения дополнительных вопросов, и ВОЗ может помочь при планировании исследования путем подготовки расширенной анкеты для выявления специфических потребностей.

В опросник для взрослых включены следующие вопросы:

- Вопрос 1 – общая информация (ID номер, пол, место обследования)
- Вопрос 2 – возраст
- Вопрос 3 – собственное сообщение о количестве присутствующих зубов
- Вопрос 4 – опыт боли/дискомфорта от зубов и полости рта
- Вопрос 5 – наличие съемных протезов
- Вопрос 6 – самооценка состояния зубов и десен
- Вопрос 7 – частота чистки зубов
- Вопрос 8 – использование дополнительных средств при выполнении типичного ухода за полостью рта
- Вопрос 9 – использование фторидосодержащей зубной пасты

- Вопрос 10 – визиты в стоматологическую клинику
- Вопрос 11 – причины визита в стоматологическую клинику
- Вопросы 4 и 12 – опыт снижения качества жизни из-за проблем в полости рта
- Вопрос 13 – потребление сладких продуктов и напитков
- Вопрос 14 – использование табака: тип и частота
- Вопрос 15 – употребление алкоголя
- Вопрос 16 – уровень образования

В опросник для детей/подростков включены следующие вопросы:

- Вопрос 1 - общая информация (ID номер, пол, место обследования)
- Вопрос 2 - возраст
- Вопрос 3 - самооценка состояния зубов и десен
- Вопрос 4 - опыт боли/дискомфорта, связанный с зубами
- Вопрос 5 - визиты в стоматологическую клинику
- Вопрос 6 - причины визита в стоматологическую клинику
- Вопрос 7 - частота чистки зубов
- Вопрос 8 - использование дополнительных средств при выполнении типичного ухода за полостью рта
- Вопрос 9 - использование фторидосодержащей зубной пасты
- Вопросы 4 и 10 – опыт снижения качества жизни из-за проблем в полости рта
- Вопрос 11 - потребление сладких продуктов и напитков
- Вопрос 12 - использование табака: тип и частота
- Вопросы 13 и 14 – уровень образования родителей

Исследование с помощью анкетирования рисков для стоматологического здоровья (Шаг 1) может быть выполнено отдельно или в комбинации с клиническим стоматологическим обследованием (Шаг 2). В комбинированном исследовании результаты могут давать возможность оценки влияния факторов риска на здоровье. Это возможно только при использовании в обоих исследованиях одинаковых идентификационных номеров и получении ответов на вопросы перед сбором клинических данных.

В зависимости от возраста респондентов опросники, данные в **Приложениях 7 и 8**, могут быть заполнены или интервьюером, или самостоятельно. Как правило, дети 12 лет и подростки способны сами отвечать на вопросы, тогда как при получении данных о более младших детях необходимо вовлечение родителей. Если исследование выполняется с помощью интервью, то заполнение анкет, включающих стандартные вопросы о стоматологическом статусе, может осуществлять стоматологический персонал. Интервьюирование требует обучения персонала и пилотного опроса 15-20 человек, которые должны быть проверены до основного обследования для того, чтобы быть уверенными в надежности и воспроизводимости результатов.

Программа наблюдения за хроническими заболеваниями ВОЗ (STEPS) содержит модуль по стоматологическому здоровью взрослых [9]. Однако анкета, касающаяся стоматологического здоровья взрослых, включенная в стандартную версию STEPS, не фокусируется на потреблении сладостей, курении табака, потреблении алкоголя, приеме витаминов, т.к. эти темы уже являются частью общего модуля. Кроме того, основная анкета WHO STEPS включает специфические вопросы по общему здоровью, а также заболеваниям и состояниям, которые могут иметь отношение к стоматологическому здоровью, например, диабет, ВИЧ/СПИД, состояние питания, индекс массы тела (ИМТ), WHO STEPS содержит понятия вопросы для оценки диабета из истории болезни или информации о диагнозе, а также индекса массы тела (ИМТ), который определяется как вес (в килограммах), деленный на квадрат роста (в метрах), и соотношения талия-бедро, вычисляемого путем деления окружности талии (в сантиметрах) на окружность бедра (в сантиметрах).

Для планирования и оценки школьных стоматологических программ пригодна специальная анкета ВОЗ. Эту анкету можно использовать для сбора стоматологической информации от учителей, которая позволяет оценить знания о здоровье полости рта, отношения и привычки, источники стоматологической информации и обучение в классах.

Помимо этого, отведенные стоматологические анкеты ВОЗ предназначены для людей, больных ВИЧ/СПИД, детей с инфекциями, а также для оценки роли учителей. Такие анкеты могут использоваться вместе с проведением клинического осмотра с целью выявления проявлений ВИЧ/СПИД в полости рта.

2.2. От исследований к наблюдению

Наблюдение (набзор) позволяет постоянно или периодически собирать, анализировать и интерпретировать данные о здоровье населения и своевременно предоставлять такие данные пользователям [8]. При адекватном исполнении наблюдение дает уверенность в том, что люди, принимающие решения, и организаторы общественного здравоохранения получают информацию для контроля/оценки заболеваемости в настоящее время и разработку стратегий для предотвращения заболеваний и их нежелательного влияния на здоровье в будущем. Системный подход к сбору данных помогает странам наблюдать за проявляющимися тенденциями заболеваний и оценивать их. Оперативные индикаторы и цели являются необходимой предпосылкой для формулирования политики и проведения наблюдений. В целом, целью сбора данных является помощь правительствам, организациям здравоохранения и медицинскому персоналу в формулировании политики, специфических стандартов и разработке программ по предупреждению заболеваний, оценке прогресса, влияния и эффективности усилий, применяемых для контроля заболеваний наиболее распространенных среди населения.

Для эффективного стоматологического наблюдения требуются хорошо очерченные стоматологические индикаторы для самооценки стоматологического здоровья и помощи, информация о важных факторах риска и ответной реакции систем здравоохранения. Индикаторы стоматологического здоровья для использования в общественном здравоохранении должны отвечать определенным критериям. Так, информация должна с разных сторон охватывать стоматологические состояния, связанные с развитием заболеваний, чтобы быть:

- измеримой и ясной;
- легкой для понимания;
- относящейся к качеству жизни;
- тесно связанной с общими модифицируемыми факторами риска;
- способствующей профилактике стоматологических заболеваний и улучшению стоматологического здоровья посредством действий систем здравоохранения.

Данное руководство по стоматологическому обследованию предоставляет ключевые инструменты для оценки основных компонентов стоматологических заболеваний и соответствующих состояний. Например, потеря зуба – непосредственный результат существования на протяжении жизни кариеса зубов и выраженных заболеваний пародонта - в

конечном счете сильно влияет на качество жизни людей, что выражается в снижении функции (жевания и откусывания), чувства собственного достоинства и социальных взаимосвязей.

Диапазон индикаторов может быть идентифицирован для формулирования политики, установления целей и контроля на глобальном, региональном и национальном уровнях. Индикаторы для использования в стоматологическом наблюдении должны быть связаны со стандартными возрастными группами, например:

- относительное увеличение процента детей 5 или 6 лет, у которых нет кариеса зубов;
- относительное уменьшение среднего значения КПУ3 среди детей 12 лет;
- относительное уменьшение процента пожилых людей (65-74 года) с полным отсутствием естественных зубов;
- относительное увеличение процента пожилых людей (65-74 года), имеющих функциональный зубной ряд (20 или более естественных зубов).

Информацию о количестве естественных зубов у взрослых также можно собрать с помощью опроса, если он выполняется как стандартное исследование.

Организаторы общественного здравоохранения могут выразить желание сформулировать дополнительные индикаторы, касающиеся здоровья, которые будут полезны для наблюдения за коммунальными стоматологическими программами, например, индикаторы заболеваемости пародонта (модификация CP1) и частота рака полости рта.

Анкета «STEPS» обеспечивает спецификацию индикаторов для наблюдения за самооценкой стоматологического здоровья, выявления стоматологических проблем, оценки самопомощи, качества жизни, факторов риска стоматологическому здоровью, таких как употребление сладких продуктов, табака, а также степени использования стоматологических служб. Такие индикаторы важны для стран в оценке программ, фокусирующихся на поведенческих аспектах стоматологического здоровья.

Обще «STEPSwise» руководство ВОЗ разработано, чтобы получить данные об основных хронических заболеваниях, самоощущение здоровья и общих факторов риска на национальном уровне. Такие данные создают базу для глобального наблюдения за здоровьем и возможности сравнения стран между собой. ВОЗ рекомендует сбор глобальных данных, которые могут информировать о плохом качестве жизни людей, связанном с их стоматологическим здоровьем, доступности и использовании первичной стоматологической помощи, а также о том, отвечают ли системы здравоохранения тяжести заболеваний полости рта. Это может быть основано на таких индикаторах, как:

- относительное снижение процента детей 5, 6, 12 лет и подростков 15 лет, которые сообщают о плохом качестве жизни, связанном с полостью рта или зубами;
- относительное увеличение процента детей 5, 6, 12 лет и подростков 15 лет, которым доступны службы первичной стоматологической помощи;
- относительное уменьшение процента взрослых (35-44 и 65-74 лет), которые сообщают о плохом качестве жизни, обусловленном болью, дискомфортом или другими проблемами, связанными с полостью рта или зубами;
- относительное увеличение процента взрослых (35-44 и 65-74 лет), которым доступны службы первичной стоматологической помощи;
- относительное увеличение процента лиц, относящихся к группам высокого риска (например, потребителям табака и бегеда, а также излишнего количества алкоголя), которые участвовали в скрининговых обследованиях для выявления рака полости рта хотя бы один раз.

В целом, в современном общественном здравоохранении пренебрегают наблюдением за стоматологическим здоровьем. Однако подобное наблюдение можно успешно внедрить в национальные схемы контроля за здравоохранением, т.к. измерение только нескольких решающих индикаторов может предоставить достаточную информацию для количественной оценки адекватности мероприятий общественной стоматологической службы. Это руководство поддерживает тесную приверженность стандартизированным подходам к проведению стоматологических обследований, поскольку это окажет помощь ВОЗ в сохранении постоянно сравниваемых, необходимых показателей в Глобальном стоматологическом банке данных.

Раздел 3. Содействие со стороны ВОЗ

3.1. Помощь до проведения обследования

ВОЗ признает большую важность проведения эпидемиологических стоматологических обследований для планирования, оценки и контроля стоматологических программ и, если возможно, предлагает помощь напрямую или через один из сотрудничающих центров, либо консультантов.

ВОЗ может помочь в составлении плана обследования, включая советы по планированию выборки, определению ее размера и правильному использованию стандартных карт для регистрации данных.

Целью такого содействия является поощрение использования унифицированных методов обследования и помощь исследователям в разработке целей и планов обследования, отвечающих специфическим потребностям регионов. Прежде, чем обратиться за помощью в ВОЗ, исследователи могут посчитать полезным обсудить обследование и предполагаемый его план с опытными коллегами из департаментов здравоохранения или образования, чтобы не упустить каких-либо факторов, представляющих важность и интерес.

В случае обращения к ВОЗ с просьбой о помощи до проведения обследования, исследователи просят предоставить следующую информацию:

- имя и адрес ответственного исполнителя;
- цель и задачи планируемого обследования;
- области и регионы, где будет проходить обследование;
- специфичность ключевых групп, например, количество или процент детей школьного возраста и число или процент тех, кто посещает школу;
- возрастные группы населения, которые будут осматривать, например, дети, взрослые, более старшее население или все возрастные группы;
- планируется ли выборка населения и если да, то в каких рамках выборка будет происходить;
- бюджет ли использован поисковый подход;
- оценка уровней кариеса зубов, заболеваний пародонта или других состояний полости рта для различного возраста (если возможно, должны быть представлены копии протоколов предыдущих обследований);
- важные подгруппы внутри популяции, например, этнические группы, группы бедных и неблагополучных людей, включая порцию таких групп в популяции.

- планируется ли выявление с помощью анкетирования факторов риска или в виде отдельного исследования, или в дополнение к клиническому осмотру.
- При определенных обстоятельствах ВОЗ может оказать помощь в обучении и калибровке потенциальных исследователей. До такого соглашения опытный эпидемиолог, который был обучен рекомендуемым методам обследования, может быть пристан для обучения и калибровки специалистов.

3.2. Помощь после проведения обследования

В соответствии с предварительной договоренностью, ВОЗ будет оказывать помощь по использованию программы занесения данных Epi Info или SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) для анализа результатов, полученных в ходе применения методов, рекомендуемых в данном руководстве, используя стандартизованный формат и кодирование. Анализ может быть выполнен, используя стандартную компьютерную программу, которая даст стандартный набор таблиц (см. Приложения 9 и 10). Данные анализа будут систематически включаться в Глобальный стоматологический банк данных ВОЗ. Для исследователей, у которых нет доступа к компьютерным средствам, ВОЗ может организовать помощь, например, одного из Сотрудничающих центров.

Используемые показатели

Что касается кариеса зубов, распространенность и интенсивность заболевания должны быть представлены в виде стандартных эпидемиологических индикаторов:

- Пропорция лиц разного возраста с одним или более кариозным поражением ($K > 0$, $k > 0$) и с наличием кариеса ($KPU > 0$, $kpu > 0$). Значения индексов КПУ и кпу, равные 0, эквивалентны состоянию без кариеса. Это справедливо как для постоянных, так и для временных зубов.
- Средние значения и их вариации (например, стандартные отклонения или стандартные ошибки средних) в различных возрастных группах для следующих выбранных индикаторов, характеризующих интенсивность кариеса:

кз	(количество пораженных временных зубов);
уз	(количество временных зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса);
пз	(количество пломбированных временных зубов);
кпз	(количество кариозных и пломбированных временных зубов);
кпуз	(количество кариозных, пломбированных и удаленных вследствие осложнений кариеса временных зубов);
уз	(количество постоянных зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса);
пз	(количество пломбированных постоянных зубов);

КПз (количество кариозных и пломбированных постоянных зубов);
 КПУз (количество кариозных, пломбированных и удаленных вследствие осложнений кариеса постоянных зубов).
 Индекс КПз также может быть рассчитан для корней зубов, т.к. эти данные получают для каждого обследованного зуба. Это особенно важно для возрастной группы 65-74 года.

Если данные собирали для поверхностей зубов (см. Приложения 3 и 4), то должен быть подготовлен второй набор таблиц с соответствующими индикаторами.

- Вклад каждого компонента в общий индекс кариеса в каждой из обследованных возрастных групп:
 процент К/КПУз или к/кпуз (доля кариозных зубов в общем значении индексов КПУз или кпуз);
 процент У/КПУз или у/кпуз (доля зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса, в общем значении индексов КПУз или кпуз);
 процент П/КПУз или п/кпуз (доля удаленных зубов в общем значении индексов КПУз или кпуз).

• Уровень интенсивности кариеса временных или постоянных зубов может быть оценен в соответствии с критериями ВОЗ [5]. Для ключевых возрастных групп детей (12 лет) и взрослых (35-44 года) могут быть использованы следующие критерии интенсивности в зависимости от популяционных значений индекса КПУз:

Дети 12 лет (КПУз)	Взрослые 35-44 лет (КПУз)
Очень низкий <1.2	Очень низкий <5.0
Низкий 1.2 – 2.6	Низкий 5.0 – 8.9
Средний 2.7 – 4.4	Средний 9.0 -13.9
Высокий 4.5 – 6.5	Высокий >13.9
Очень высокий >6.5	

Подобно этому, на основе категорий интенсивности кариеса может быть описан уровень кариеса среди 5-6-летних (кпуз) и лиц 65-74 лет (КПУз).

Суммирование данных по интенсивности кариеса, как описано в этом разделе, должно быть выполнено после группировки всей выборки по:

- возрастным группам;
- географическому положению/регионам/населенным пунктам;
- полу;
- этническим группам.

Если дизайн исследования требует регистрации состояния зубов по поверхностям, например, при оценке влияния общественных программ, это может быть сделано, используя регистрационные формы,

данные в **Приложениях 3 и 4**. После этого может потребоваться соответствующая модификация уровня кариса зубов.

Пародонциальный статус (СР) модифицированный

Состояние здоровья десны в зависимости от возраста (в группах детей и взрослых) описывают, предоставляя количество индивидумов и процент тех, у кого нет кровоточивости при зондировании (код 0) или она присутствует (код 1). Состояние десны описывают количеством и процентом зубов, где выявлена кровоточивость (код 1), и соответственно без кровоточивости (код 0). Кроме того, следует отметить количество и процент исключенных зубов, а также зубов, которые не присутствуют.

Долю взрослых с наличием пародонтальных карманов рассчитывают по возрастным группам, используя следующие показатели:

- число и процент лиц, у которых симптомы отсутствуют (код 0);
- число и процент лиц с пародонтальными карманами 4-5 мм (код 1);
- число и процент лиц с пародонтальными карманами 6 мм или более (код 2).

Тяжесть заболеваний пародонта указывают с помощью следующих показателей [23]:

- количество и процент присутствующих зубов, где симптомы отсутствуют (код 0);
- количество и процент зубов с карманами 4-5 мм (код 1);
- количество и процент зубов с карманами 6 мм или более (код 2).

Кроме того, должно быть представлено количество и процент исключенных зубов, а также количество и процент отсутствующих зубов.

СР1 модифицированная система включает регистрацию признаков заболеваний пародонта у всех зубов, которые присутствуют в полости рта. Однако если исследователь интересуется сравнение ретририруемых им данных с теми, которые были получены с использованием прежних версий СР1, анализ может быть ограничен только индикаторными зубами.

Анализ данных анкетирования

Полный анализ ответов на вопросы о качестве жизни, связанном со стоматологическим здоровьем (Q12), потребления сладкой пищи и напитков (Q13), потребления табака (Q14), избыточном приеме алкоголя (Q15) потребует проанализировать варианты Q10, Q11, Q12 – соответствующие вопросы в анкете для детей. Из этих вопросов могут быть генерированы поведенческие индексы путем добавления данных, выбранных респондентом [22]. Превышение пунктов для категорий (3 или 5) может затем быть определено из эмпирических распределений.

3.3. Подготовка заключительных отчетов об обследовании

Отчет об обследовании должен содержать следующую информацию:

1. *Формулирование целей обследования.* Такая формулировка должна включать краткое и четкое описание целей обследования и предполагаемые пути, по которым будут использованы его результаты.

2. *Материал и методы.* В этот подраздел обычно включают следующие данные:

- *Регионы и население.* Этот раздел включает общее описание географического региона и выборки обследованного населения.

- *Характер собранной информации и использованные методы.* Требуется описание типа собранной информации и методов, использованных для сбора данных, например, анкетирование, интервьюирование либо клиническое обследование. Кроме того, необходимо указать год сбора данных. Если имеется ссылка на методы, приведенные в данном руководстве, нет необходимости подробно описывать клиническое обследование.

- *Метод формирования выборки.* Должно быть дано объяснение применяемого способа формирования выборки, определения размера всей выборки и размера подгрупп, процент ответов респондентов и в какой степени эта выборка является репрезентативной для всего населения. Отчет должен описывать критерии, использованные для формирования групп городского, пригородного и сельского населения и описания процесса отбора школ, классных комнат, учеников, взрослых, пожилых и т.д. Кроме того, следует представить данные о количестве и описании лиц, которые были отобраны для осмотра, но не были осмотрены, а также любые проблемы, встретившиеся при формировании выборки. Если была использована вероятностная выборка, то отчет должен объяснить, как финальная выборка была достигнута, например, стратифицированный отбор, систематический отбор или вероятностный пропорционально размеру. Кроме того, важно указать, был ли включен любой метод взвешивания результатов при анализе данных, а также какая компьютерная программа использовалась для этой цели.

- *Подготовка информации и мест проведения обследования.* Желательно дать краткое описание подготовки мест обследования, используемого оборудования; организации, обучения и опыта персонала, занятого в сборе, обработки и сведения данных в таблицы. Кроме того, должны быть описаны стандартизация и калибровка

персонала, проводящего обследование и опрос населения, а также проверка постоянства данных исследователей в процессе проведения обследования.

- *Статистический анализ и компьютерная обработка.* Должны быть описаны статистические методы, используемые в составлении суммарных окончателных таблиц из рядов данных, или даны на них соответствующие ссылки. Например, может быть сделана ссылка на методы, описанные в данном руководстве. Если анализ данных выполняется на уровне страны, в отчете должна быть представлена информация о программном обеспечении (например, Epi Info, SPSS), использованном для этой цели.

- *Анализ стоимости.* Существенный интерес представляет информация о расходах на проведение обследования и времени, затраченном на сбор данных. Сведения о стоимости планирования, проведения обучающих и калибровочных упражнений, работы на местах, наблюдения, статистического анализа, о заработной плате и дополнительных расходах облегчают критическую оценку методов обследования и представляют полезные экономические данные.

- *Достоверность и воспроизводимость результатов.* Важно включить данные о вариабельности оценок как разных исследователей, так и одного и того же исследователя, которые выявлены при выполнении калибровочных упражнений до обследования и повторных осмотрах в процессе его проведения. Эта информация дает лицу, занимающемуся планированием в регионе, и тем, кто знакомится с отчетом, указание на степень ошибок исследователей, которая может повлиять на результаты. Отчеты об обследовании должны включать описание калибровки, включая то, как и где она проводилась, как исследователи и регистраторы тренировались, что было включено в калибровку, процент воспроизводимости результатов индивидуальных и всего персонала, а также кашпа-статистику для воспроизводимости внутри и между исследователями.

3. *Результаты.* Результаты могут быть представлены несколькими способами. Важна краткость. Текст должен содержать кратко описание наиболее важных результатов и суммарные таблицы. Несколько диаграмм, графиков, пиктограмм, схем могут быть использованы для иллюстрации данных, которые не объяснены в тексте или не представлены в таблицах. Кардинальное правило для цифр и таблиц – они должны быть представлены так, чтобы быть понятными без обращения к тексту.

Основные таблицы, которые строят с помощью стандартной программы ВОЗ, демонстрируют а) стоматологический статус и необходимость неотложной помощи (**Приложение 9**) и б) самооценку

стоматологического статуса и рисков (**Приложение 10**). Комплексный отчет о результатах должен включать понятные, не требующие объяснения, независимые таблицы с суммарными показателями в нижней части таблиц.

Таблицы, демонстрирующие возрастные особенности, должны быть сделаны для других состояний, выявленных при обследовании. Например, если при обследовании получены данные о распространённости поражений слизистой, эти данные должны быть описаны для каждой группы и затем, если возможно, в зависимости от географического положения, пола, этнических особенностей. Если зарегистрированы категориальные результаты наблюдений, то таблицы должны включать количество и процент для каждой категории. Это применимо к некоторым клиническим состояниям и ответам на вопросы анкеты.

В общем, данные опросов генерируют категориальные или обычные варианты. Должно быть рассчитано количество ответов на каждый индивидуальный вопрос, и в стандартных таблицах представлен их процент. В добавление к простым одновариантным и бивариантным распределениям набор данных позволяет выполнить stratифицированный и многовариантный анализ, основанный на частотном распределении. Анализ, требующий более сложных ассоциаций, потребует использования метода регрессионного анализа, и они включены в стандартные статистические программы, такие как SPSS или SAS. Использование этих программ также уместно, когда объединяют данные клинического осмотра и анкетирования.

4. *Обсуждение и выводы.* Результаты обследования должны быть обсуждены системно.

- *Стоматологический статус* населения необходимо сравнить с результатами предыдущих обследований аналогичных популяций, если такие данные доступны. Кроме того, может быть проведено сравнение полученных данных с результатами обследования аналогичных возрастных групп в соседних регионах или странах.

- *Недостатки обследования* должны отражать те аспекты, которые могли бы быть улучшены.

- *Значение результатов обследования* в улучшении здоровья полости рта, интегрированной стоматологической профилактики, разработке и коррекции программ должно быть подчеркнуто, а также формулированы предложения для практической организации программ в контексте национальной системы общественного здравоохранения.

- *Необходимость неотложного вмешательства* среди населения должна быть отражена вместе с кратким указанием различных категорий вмешательства для разных возрастных групп.

5. *Разюме или краткое заключение.* Требуется основное резюме отчета для использования в качестве абстракта (примерно 250 слов). Должны быть представлены цель исследования и количество обследованных лиц; несколько наиболее важных результатов оценки состояния зубов и тканей пародонта или других пораженных полостей рта в двух или трех возрастных группах и для общей популяции; например, пропорция лиц, у которых выявлен кариес, и пропорция зубов, около которых выявлена кровоточивость десен и пародонтальные карманы. Сюда могут быть включены данные о доле лиц, нуждающихся в быстрой и неотложной помощи. Следует обратить внимание на любые необычные или неожиданные результаты. В зависимости от условий обследования, данные выборки могут быть экстраполированы на уровень страны и должны быть даны рекомендации общественному здравоохранению.

Литература

1. *Basic Oral Health Survey Methods*, 1st ed. Geneva, World Health Organization, 1971.
2. *Oral health surveys. Basic methods*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1977.
3. *Oral health surveys. Basic methods*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 1987.
4. *Oral Health Survey: Basic methods*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 1997.
5. *The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Petersen PE. Oral health. In: Heggenhaugen K, Quah S, eds. *International encyclopedia of public health*. Vol. 4. San Diego, CA, Academic Press, 2008:677–685.
7. Petersen PE. Socio-behavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2005, 33:274–279.
8. Petersen PE et al. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:686–693.
9. *WHO STEPS Surveillance Manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance*. Geneva, World Health Organization, 2005.
10. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. *Statistical methods in medical research*, 4th ed. Oxford, Blackwell Science, 2002.
11. Lesaffre E et al. Statistical and methodological aspects of oral health research. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2009.
12. Eklund S, Moller P, LeClercq MH. Calibration of examiners for oral epidemiological surveys. World Health Organization, 1993 (ORN/EIS/EPID.93.1).
13. Bulman JS, Osborne JF. Measuring diagnostic consistency. *British Dental Journal*, 1989, 166:377–381.
14. Landis JR, Kock GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 1977, 33:159–174.
15. Curry E et al. *Infection control in practice – oral health care*. WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programmes and Research; Organization for Safety and Asepsis Procedures (OSAP); University of Copenhagen, Faculty of Health Sciences, Copenhagen, 2010.

16. Vaez RJ, Vaez XL. Use of pressure cookers for sterilization of clinical instruments. *Journal of Dental Research*, 1998, 77:Abstract 1774.
17. Melnick SL et al. *A guide for epidemiological studies of oral manifestations of HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 1993.
18. ISO TC106 - ISO 3950:2009 *Dentistry – Designation system for teeth and avias of the oral cavity*.
19. *WHO Expert Group on Equipment and Materials for Oral Care (EGEMOC). The periodontal probe for use with the Community Periodontal Index of Treatment Needs*. Geneva, World Health Organization, 1990 (unpublished document available on request from Oral Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
20. Dean HT. The investigation of physiological effects by the epidemiological method. In: Moulton FR, ed. *Fluoride and dental health*. Washington, DC, American Association for the Advancement of Science, 1942, (Publication No. 19):23–31.
21. *Health Interview Surveys – Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.
22. Bruzan A. *Social research methods*. Oxford, Oxford University Press, 2012 (Online Resource Centres).
23. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease. *Periodontol* 2000, 2012, 60:15–39.



Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического
статуса взрослых (2013)

Не заполнять	Год	Месяц	День	Идентификационный №	Осмотр III	Исследователь										
(1)	(4)	(5)	(6)	(100)	(111)	(14)										
(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)										
Общая информация:																
Пол 1=М, 2=Ж	Дата рождения		Возраст (лет)													
(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)										
(34)	(35)	(36)	(37)	(38)	(39)	(40)										
Географическое положение																
Этническая группа	Другая группа	Населенный пункт: 1- город, 2- пригород, 3- село		Род занятий												
(41)	(42)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)										
Другие данные																
Другие данные		Другие данные		Внеротовое обследование												
(48)		(49)		(50)		(51)										
Состояние зубов																
Коронка	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
(45)	(46)	(47)	(48)	(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)	(57)	(58)	(59)	(60)	(61)
Корень	(62)	(63)	(64)	(65)	(66)	(67)	(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)	(74)	(75)	(76)	(77)
Коронка	(78)	(79)	(80)	(81)	(82)	(83)	(84)	(85)	(86)	(87)	(88)	(89)	(90)	(91)	(92)	(93)
Корень	(94)	(95)	(96)	(97)	(98)	(99)	(100)	(101)	(102)	(103)	(104)	(105)	(106)	(107)	(108)	(109)
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Состояние тканей пародонта (модифицированный индекс CPI)																
Кровоточи- вость	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
(109)	(110)	(111)	(112)	(113)	(114)	(115)	(116)	(117)	(118)	(119)	(120)	(121)	(122)	(123)	(124)	(125)
Карман	(126)	(127)	(128)	(129)	(130)	(131)	(132)	(133)	(134)	(135)	(136)	(137)	(138)	(139)	(140)	(141)
Кровоточи- вость	(142)	(143)	(144)	(145)	(146)	(147)	(148)	(149)	(150)	(151)	(152)	(153)	(154)	(155)	(156)	(157)
Карман	(158)	(159)	(160)	(161)	(162)	(163)	(164)	(165)	(166)	(167)	(168)	(169)	(170)	(171)	(172)	(173)
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Кровоточивость десен																
Коды:																
0 = отсутствует																
1 = наличие																
9 = зуб отсутствует																
X = зуб отсутствует																
Пародонтальный карман																
Коды:																
0 = отсутствует																
1 = карман 4-5 мм																
2 = карман 6 мм и более																
9 = зуб отсутствует																
X = зуб отсутствует																



Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса
взрослых (по поверхностям зубов) (2013)

Не заполнять				Год	Месяц	День	Идентификационный №	Осмотр /И/	Исследователь																																																																																																																																																																																						
(1)				(4)	(5)		(10)	(11)	(14)	(15)	(16)	(17)																																																																																																																																																																																			
Общая информация:							Пол 1=M, 2=Ж	Дата рождения	Возраст (лет)																																																																																																																																																																																						
(Фамилия, имя)							(18)	(19)	(24)	(25)	(26)																																																																																																																																																																																				
Этническая группа (27)		Другая группа (28)		Другая группа (29)		Лет в школе (30)		Лет в школе (31)	Род занятий (32)		Род занятий (33)																																																																																																																																																																																				
Географическое положение (34)				Населенный пункт: 1- город, 2- пригород, 3- село (35)																																																																																																																																																																																											
Другие данные (37)				Другие данные (38)		Другие данные (39)		Другие данные (40)																																																																																																																																																																																							
Другие данные (41)				Другие данные (42)		Внеротовое обследование (43)		Внеротовое обследование (44)																																																																																																																																																																																							
Состояние поверхностей зубов																																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>Жев.</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>(45-54)</td> </tr> <tr> <td>Мез.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(55-70)</td> </tr> <tr> <td>Вест.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(71-86)</td> </tr> <tr> <td>Дист.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(87-102)</td> </tr> <tr> <td>Орал.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(103-118)</td> </tr> <tr> <td>Жев.</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>(119-128)</td> </tr> <tr> <td>Мез.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(129-144)</td> </tr> <tr> <td>Вест.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(145-160)</td> </tr> <tr> <td>Дист.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(161-176)</td> </tr> <tr> <td>Орал.</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(177-192)</td> </tr> </table>												Жев.	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(45-54)	Мез.																	(55-70)	Вест.																	(71-86)	Дист.																	(87-102)	Орал.																	(103-118)	Жев.	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	(119-128)	Мез.																	(129-144)	Вест.																	(145-160)	Дист.																	(161-176)	Орал.																	(177-192)
Жев.	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(45-54)																																																																																																																																																																														
Мез.																	(55-70)																																																																																																																																																																														
Вест.																	(71-86)																																																																																																																																																																														
Дист.																	(87-102)																																																																																																																																																																														
Орал.																	(103-118)																																																																																																																																																																														
Жев.	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	(119-128)																																																																																																																																																																														
Мез.																	(129-144)																																																																																																																																																																														
Вест.																	(145-160)																																																																																																																																																																														
Дист.																	(161-176)																																																																																																																																																																														
Орал.																	(177-192)																																																																																																																																																																														
Постоянные зубы																																																																																																																																																																																															
Состояние: 0=интактный 1=кариес 2=пломба, с кариесом 3=пломба, без кариеса 4=удаление из-за осложнений кариеса 5=удаление по другим причинам 6=герметизированная фиссура 7=опорный зуб мостовидного протеза/коронка, винир, имплантат 8=непрорезавшийся зуб 9=не регистрируется																																																																																																																																																																																															
Состояние тканей пародонта (модифицированный индекс CPI)																																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>Кровоточивость (193)</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>(208)</td> </tr> <tr> <td>Карман (209)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(224)</td> </tr> <tr> <td>Кровоточивость (225)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(240)</td> </tr> <tr> <td>Карман (241)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>(256)</td> </tr> </table>												Кровоточивость (193)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(208)	Карман (209)																	(224)	Кровоточивость (225)																	(240)	Карман (241)																	(256)																																																																																																												
Кровоточивость (193)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(208)																																																																																																																																																																														
Карман (209)																	(224)																																																																																																																																																																														
Кровоточивость (225)																	(240)																																																																																																																																																																														
Карман (241)																	(256)																																																																																																																																																																														
Кровоточивость десен Коды: 0 = отсутствие 1 = наличие 9 = зуб исключен X = зуб отсутствует																																																																																																																																																																																															
Пародонтальный карман Коды: 0 = отсутствует 1 = карман 4-5 мм 2 = карман 6 мм и более 9 = зуб исключен X = зуб отсутствует																																																																																																																																																																																															



Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса взрослых (2013)

<p>Потеря прикрепления Тяжесть: <input type="checkbox"/> (263)</p> <p>0 = 0-3 мм 1 = 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение ЦЭС в черной зоне зонда) 2 = 6-8 мм (ЦЭС между верхней границей черной зоны и кольцом на уровне 8.5 мм) 3 = 9-11 мм (ЦЭС между кольцами 8.5 мм и 11.5 мм) 4 = 12 мм или более (ЦЭС за кольцом на уровне 11.5 мм) X – исключенный секстант 9 = не регистрируется *- не регистрируется у лиц моложе 15 лет</p>		<p>Индексные зубы</p> <p>17/16 11 26/27 (257) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (259) (260) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (262) 47/46 31 36/37</p>		<p>Флюороз эмали <input type="checkbox"/> (263)</p> <p>Тяжесть:</p> <p>0 = норма 1 = сомнительный 2 = очень слабый 3 = слабый 4 = умеренный 5 = тяжелый 8 = исключенный (коронка, пломба, брекет) 9 = не регистрируется (непрорезавшийся зуб)</p>	
<p>Эрозия зубов Тяжесть: <input type="checkbox"/> (264)</p> <p>0 = нет признаков эрозии 1 = поражение эмали 2 = поражение дентина 3 = вовлечение пульпы</p> <p>Количество пораженных зубов: (265) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (266)</p>		<p>Травма зубов Состояние: <input type="checkbox"/> (267)</p> <p>0 = нет признаков повреждения 1 = леченое повреждение 2 = скол эмали 3 = скол эмали и дентина 4 = вовлечение пульпы 5 = зуб, удаленный вследствие травмы 6 = другое повреждение 9 = исключенный зуб</p>		<p>Количество пораженных зубов: (268) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (269)</p>	
<p>Поражения слизистой оболочки рта</p> <p><input type="checkbox"/> (270) <input type="checkbox"/> (273) <input type="checkbox"/> (271) <input type="checkbox"/> (274) <input type="checkbox"/> (272) <input type="checkbox"/> (275)</p> <p>Состояние:</p> <p>0 = нет признаков поражения 1 = злокачественная опухоль (рак полости рта) 2 = лейкоплакия 3 = красный плоский лишай 4 = стоматит (афтозный, герпетический, травматический) 5 = острый язвенно-некротический гингивит (ANUG) 6 = кандидоз 7 = абсцесс 8 = другие заболевания (указать, если возможно) 9 = не регистрируется</p>		<p>Локализация:</p> <p>0 = красная кайма губ 1 = переходные складки 2 = губы 3 = уздечки губ 4 = слизистая оболочка щек 5 = дно полости рта 6 = язык 7 = твердое и/или мягкое небо 8 = альвеолярные гребни/десна 9 = не регистрируется</p>		<p>Протез(ы)</p> <p>Верхняя челюсть <input type="checkbox"/> (276) Нижняя челюсть <input type="checkbox"/> (277)</p> <p>0 = нет протезов 1 = частичный протез 2 = полный протез 9 = не регистрируется</p>	
<p>Потребность в неотложной помощи Состояние: <input type="checkbox"/> (278)</p> <p>0 = лечение не требуется 1 = требуется профилактическое или обычное лечение 2 = требуется быстрое лечение (включая куртаж) 3 = требуется неотложное лечение из-за боли или инфекции, вызванных поражением зубов и/или тканей полости рта 4 = требуется направление к специалистам для полной диагностики или лечения (системное поражение)</p>					



Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического статуса детей (по поверхностям зубов) (2013)

Не заполнять		Год	Месяц	День	Идентификационный №	Осмотр III	Исследователь																																																																																																	
(1)	<input type="checkbox"/>	(4)	(5)	<input type="checkbox"/>	(10)	(11)	<input type="checkbox"/>																																																																																																	
Общая информация:		Пол 1=M, 2=Ж		Дата рождения		Возраст (лет)																																																																																																		
(Фамилия имя)		(18)	(19)	(24)	(25)	(26)	(26)																																																																																																	
Этническая группа (27)	<input type="checkbox"/>	Другая группа (28)	<input type="checkbox"/>	Лет в школе (31)	<input type="checkbox"/>	Род занятий (33)	<input type="checkbox"/>																																																																																																	
Географическое положение (34)	<input type="checkbox"/>	Населенный пункт: 1- город, 2- пригород, 3- село (36)																																																																																																						
Другие данные (37)	<input type="checkbox"/>	Другие данные (39)	<input type="checkbox"/>	Внеротовое обследование (43)	<input type="checkbox"/>	Другие данные (44)	<input type="checkbox"/>																																																																																																	
Другие данные (41)	<input type="checkbox"/>	Другие данные (42)	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Жев.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(45-52)</td> </tr> <tr> <td>Мез.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(53-66)</td> </tr> <tr> <td>Вест.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(67-80)</td> </tr> <tr> <td>Дист.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(81-94)</td> </tr> <tr> <td>Орал.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(95-108)</td> </tr> </table>								17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27		Жев.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(45-52)	Мез.	<input type="checkbox"/>	(53-66)	Вест.	<input type="checkbox"/>	(67-80)	Дист.	<input type="checkbox"/>	(81-94)	Орал.	<input type="checkbox"/>	(95-108)	<p>Временные зубы Постоянные зубы</p> <p>Состояние:</p> <p>A 0 = интактный B 1 = кариес C 2 = пломба, с кариесом D 3 = пломба, без кариеса E 4 = удаление из-за осложненного кариеса F 5 = удаление по другим причинам G 6 = герметизированная фиссура 7 = опорный зуб мостовидного протеза/коронка, винир 8 = непрорезавшийся зуб 9 = не регистрируется</p>																																																														
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27																																																																																										
Жев.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(45-52)																																																																																									
Мез.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(53-66)																																																																																									
Вест.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(67-80)																																																																																									
Дист.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(81-94)																																																																																									
Орал.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(95-108)																																																																																									
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Жев.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(109-116)</td> </tr> <tr> <td>Мез.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(117-130)</td> </tr> <tr> <td>Вест.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(131-144)</td> </tr> <tr> <td>Дист.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(145-158)</td> </tr> <tr> <td>Орал.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>(159-172)</td> </tr> </table>								47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37		Жев.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(109-116)	Мез.	<input type="checkbox"/>	(117-130)	Вест.	<input type="checkbox"/>	(131-144)	Дист.	<input type="checkbox"/>	(145-158)	Орал.	<input type="checkbox"/>	(159-172)																																																															
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																																																																										
Жев.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(109-116)																																																																																									
Мез.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117-130)																																																																																									
Вест.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131-144)																																																																																									
Дист.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(145-158)																																																																																									
Орал.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(159-172)																																																																																									



Всемирная организация здравоохранения
Карта для оценки стоматологического
статуса детей (2013)

<p>Состояние тканей пародонта</p> <table border="1"> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td> </tr> <tr> <td>(173)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(186)</td> </tr> <tr> <td>(187)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(200)</td> </tr> <tr> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td> </tr> </table> <p>Кровоточивость Десен</p> <p>Коды: 0 = отсутствие кровоточивости 1 = наличие кровоточивости</p> <p>9 = зуб карилен X = зуб отсутствует</p>		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	(173)													(186)	(187)													(200)	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	<p>Флюороз эмали <input type="checkbox"/> (201)</p> <p>Состояние: 0 = норма 1 = субклинический 2 = острый эрозивный 3 = острый 4 = умеренный 5 = тяжелый 8 = исключенный (коронка, пломба, брекеты) 9 = не регистрируется (непрорезавшийся зуб)</p>
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27																																													
(173)													(186)																																													
(187)													(200)																																													
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																													
<p>Эрозия зубов Состояние: <input type="checkbox"/> (202)</p> <p>0=нет поражений 1=повреждение эмали 2=повреждение дентина 3=повреждение пульпы</p>	<p>Травма зубов Состояние: <input type="checkbox"/> (203)</p> <p>0=нет повреждений 1=повреждение 2=скел эмали 3=скел эмали и дентина 4=повреждение пульпы 5=зуб удаленный 6=другое повреждение 9=исключенный зуб</p>	<p>Поражения слизистой оболочки рта Состояние <input type="checkbox"/> (208)</p> <p>0=нет поражений 1=стоматит (обостренный, травматический, парадонтозный) 2=острый язвенно-некротический гингивит (АНЦС) 3=ангиноз 4=другое поражение 9=не регистрируется</p> <p>Локализация <input type="checkbox"/> (211) <input type="checkbox"/> (212) <input type="checkbox"/> (213)</p> <p>0=зубная каппа 1=переходные складки 2=губы 3=десны 4=щеки 5=дно полости рта 6=язык 7=твердое небо 8=альвеолярные рёбры/десна</p>	<p>Потребность в неотложной помощи <input type="checkbox"/> (214)</p> <p>0 = лечение не требуется 1 = требуется профилактическое или обычное лечение 2 = требуется быстрое лечение (вплоть до коронки) 3 = требуется неотложное лечение (каждый болю или инфекция, вывихов, парадонмы зубов или гингивит полости рта) 4 = требуется направление к специалисту для лечения (системное подавление)</p>																																																							
<p>Количество пораженных зубов: <input type="checkbox"/> (204)</p>	<p>Количество пораженных зубов: <input type="checkbox"/> (206) <input type="checkbox"/> (207)</p>																																																									



Всемирная организация здравоохранения
Карта для регистрации проявлений
ВИЧ/СПИД в полости рта (2013)

<p>Страна _____</p> <p>Не заполнять</p> <p>Год _____</p> <p>Месяц _____</p> <p>День _____</p> <p>Идентификационный № _____</p> <p>Осмотр III _____</p> <p>Исследователь _____</p>	<p>Пол 1=M, 2=Ж _____</p> <p>Дата рождения _____</p> <p>Возраст (лет) _____</p>
<p>Общая информация:</p> <p>Этническая группа (27) _____</p> <p>Другая группа (29) _____</p> <p>Географическое положение (34) _____</p> <p>Населенный пункт: 1- город, 2- пригород, 3- село _____</p> <p>Лет в школе (31) _____</p> <p>Род занятий (33) _____</p>	<p>Другие данные (37) _____</p> <p>Другие данные (38) _____</p> <p>Другие данные (39) _____</p> <p>Другие данные (40) _____</p> <p>Другие данные (41) _____</p> <p>Другие данные (42) _____</p> <p>Другие данные (43) _____</p> <p>Другие данные (44) _____</p> <p>Другие данные (45) _____</p> <p>Другие данные (46) _____</p> <p>Другие данные (47) _____</p> <p>Другие данные (48) _____</p>
<p>Вес в кг _____ (49-50)</p> <p>Рост в см _____ (51-53)</p>	<p>Пикорадка <input type="checkbox"/> (54)</p> <p>1 = наличие, 2 = отсутствие</p>
<p>Эритематозный <input type="checkbox"/> (55)</p> <p>Гиперпластический <input type="checkbox"/> (56)</p> <p>Псевдомембранозный <input type="checkbox"/> (57)</p>	<p>Кандидоз</p> <p>1 = наличие, 2 = отсутствие</p>
<p>Язык <input type="checkbox"/> (58)</p> <p>Десна <input type="checkbox"/> (59)</p> <p>Слизистая оболочка губ/щеки <input type="checkbox"/> (60)</p> <p>Небо <input type="checkbox"/> (61)</p> <p>Плотка <input type="checkbox"/> (62)</p>	<p>Локализация поражения</p> <p>1 = наличие, 2 = отсутствие</p>



Всемирная организация здравоохранения
Карта для регистрации проявлений
ВИЧ/СПИД в полости рта (2013)

	1 = наличие 2 = отсутствие		
	✓	✓	
	Поставить галочку	Поставить галочку	
Ангулярный хейлитт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(63)
Волосатая лейкоплакия полости рта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(64)
Некротический язвенный гингивит (НУГ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(65)
Некротический язвенный пародонтит (НУР)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(66)
Некротический стоматит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(67)
Герпетический стоматит/гингивит/ поражение красной каймы губ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(68)
Опоясывающий лишай	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(69)
Контагиозный моллюск	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(70)
Цитомегаловирус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(71)
Вирус папилломы человека	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(72)
Саркома Капоши	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(73)
Афтозные язвы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(74)
Другие язвования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(75)
Сухость полости рта из-за снижения слюноотделения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(76)
Односторонняя или двусторонняя припухлость крупных слюнных желез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(77)
Другие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(78)

**Атлас основных стоматологических
заболеваний и состояний**

Представленные в настоящем приложении изображения, отражающие критерии и рекомендуемые коды, которые следует использовать для регистрации стоматологических заболеваний и состояний, выполнены при проведении клинических обследований.

Благодарность

Scully S., Welbury R., Platz S., Paes de Almeida O. *Orofacial health and disease in children and adolescents*. 2nd ed. – London, Martin Dunitz, 2002 (Фото 45, 51, 57, 60, 61, 64).

Scully S., Flint S.R., Rortter S.R., Moos K.E. *Oral and maxillofacial diseases*, 3rd ed. London. - Infobeta Healthcare, 2008 (Фото 52–56, 58, 59, 62, 63).

Д-р М. Валдегамма (Фото 9, 22, 26, 27).

Д-р R. Vaez (Фото 1, 3–8, 15, 17–21, 23–25, 28, 36–42, 46–50, 65–71).

Д-р G. Menghini / Dr R. Vaez (Фото 29–35).

Д-р P.E. Retegsen (Фото 2, 11, 12, 16, 43, 44)

Состояние зубов



Фото 1

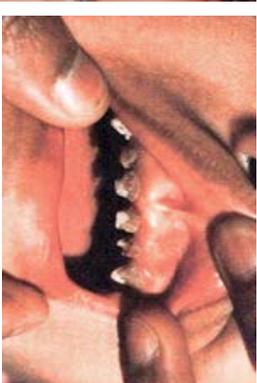


Фото 2



Фото 3



Фото 4



Фото 5

Примечание

- Фото 1. Код А: здоровые временные зубы; код 8: непрорезавшиеся резцы на верхней челюсти; код 0: здоровые первые постоянные моляры.
- Фото 2. Код В: кариес временных зубов.
- Фото 3. Код В: кариес зубов 5.2, 5.1, 6.1 и 6.2.
- Фото 4. Код В: кариес зубов 51 и 61; код Д: пломбированный, без кариеса зуб 6.4.
- Фото 5. Код Д: пломбированные, без кариеса зубы 7.5 и 8.5.



Фото 6

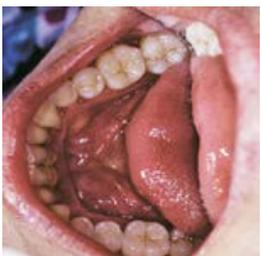


Фото 7



Фото 8



Фото 9

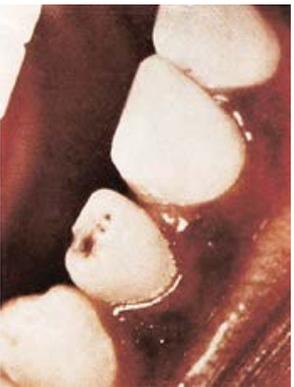


Фото 10



Фото 11



Фото 12



Фото 13



Фото 14

Примечание

- Фото 6. Код А и код 0: здоровые временные и постоянные зубы.
- Фото 7. Код 0: здоровые постоянные зубы с пигментированными ямками и фиссурами, не имеющими визуальных признаков поддентности эмали.
- Фото 8. Код 0: зигоровая коронка зуба с темными точечными зонами эмали / флюороз.
- Фото 9. Код 0: здоровый корень.
- Фото 10. Код 1: кариес постоянных зубов.
- Фото 11. Код 1: кариес зубов 2.2 и 23.
- Фото 12. Код 1: кариес зубов 3.4 и 3.5.
- Фото 13. Код 2: пломбированный, с кариесом зуб 3.6.
- Фото 14. Код 1: кариес зуба 3.7; код 3: пломбированный, без кариеса зуб 3.6.



Фото 15



Фото 16



Фото 17



Фото 18



Фото 19



Фото 20



Фото 21

Примечание

- Фото 15. Код 3: пигментированные, без кариеса постоянные зубы.
- Фото 16. Код 4: зубы, удаленные по причине кариеса.
- Фото 17. Код 1: кариес; код 4 – зубы, удаленные по причине кариеса.
- Фото 18. Код 5: зуб, удаленный по любой другой причине.
- Фото 19. Код 6: наличие герметика.
- Фото 20. Код 7: специальные коронки на зубах 1.1 и 2.1.
- Фото 21. Код 8: непрорезавшийся зуб.

Состояние тканей пародонта



Фото 22



Фото 23

Примечание

- Фото 22. Кровоточивость десны, код 0: отсутствие.
- Фото 23. Кровоточивость десны, код 1: присутствие (ребенок).

Флюороз зубов



Фото 24



Фото 25



Фото 29



Фото 30



Фото 26



Фото 27



Фото 31



Фото 32



Фото 28



Фото 33

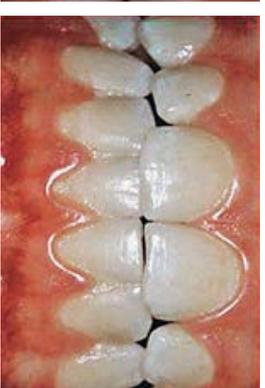


Фото 34

Примечание

Фото 24. Кровоточивость десны, код 1: присутствие (подросток).
Фото 25. Кровоточивость десны, код 1: присутствие (взрослый).
Фото 26. Глубина пародонтальных карманов, код 1: 4–5 мм.
Фото 27. Глубина пародонтальных карманов, код 2: 6 мм и более.
Фото 28. Кровоточивость десны, код 9: зуб 1,6 исключен.

Фото 29. Код 0: норма/нет признаков флюороза.
Фото 30. Код 1: сомнительный.
Фото 31. Код 1: сомнительный.

Фото 32. Код 1: сомнительный.
Фото 33. Код 1: сомнительный.
Фото 34. Код 2: очень слабый.



Фото 35

Фото 35. Код 2: очень слабый.
Фото 36. Код 3: слабый.
Фото 37. Код 3: слабый.
Фото 38. Код 4: умеренный.
Фото 39. Код 4: умеренный.
Фото 40. Код 5: тяжелый.
Фото 41. Код 5: тяжелый.



Фото 36



Фото 37



Фото 38



Фото 39



Фото 40



Фото 41

Эрозия зуба



Фото 42

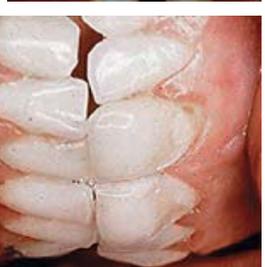


Фото 43



Фото 44



Фото 45

Примечание

Фото 42. Код 0: нет признаков эрозии.
Фото 43. Код 1: эрозия эмали зуба 1.1; код 2: эрозия дентина зуба 2.1.
Фото 44. Код 3: вовлечение пульпы зубов 1.1 и 2.1.
Фото 45. Код 3: вовлечение пульпы зубов 1.1, 2.1, 2.2 and 2.3.
Фото 46. Код 2: эрозия дентина зубов 5.1 и 5.2; код 3: вовлечение пульпы зуба 6.1.



Фото 46

Травматические поражения зубов



Фото 47



Фото 48

Примечание

- Фото 47. Код 2: перелом только эмали зубов 1.1 и 2.1.
- Фото 48. Код 3: перелом эмали и дентина зубов 1.1 и 2.1.
- Фото 49. Код 4: вовлечение пульпы зуба 1.2.
- Фото 50. Код 5: отсутствующие из-за травмы зубы 1.1, 2.1 и 2.2.



Фото 49



Фото 50

Поражения слизистой оболочки полости рта



Фото 51



Фото 52

Примечание

- Первый код – оценка характера поражения, второй – локализация
- Фото 51. Код 1 и код 2: карцинома губы.
- Фото 52. Код 2 и код 6: лейкоплакия.
- Фото 53. Код 3 и код 4: красный плоский лишай.
- Фото 54. Код 4 и код 6: адгма на языке.
- Фото 55. Код 4 и код 1: хронический атрофический стоматит.
- Фото 56. Код 4 и код 5: хронический атрофический стоматит.



Фото 53



Фото 54



Фото 55



Фото 56

Фото 57. Код 4 и код 2: герпетический стоматит.
Фото 58. Код 5 и код 8: острый некротическо-язвенный гингивит.
Фото 59. Код 6 и код 6: кандидиамироз.
Фото 60. Код 6 и код 7: кандидиамироз (молоочница).
Фото 61. Код 7 и код 7: абсцесс.
Фото 62. Код 7 и код 9: абсцесс.
Фото 63. Код 8 и код 8: кератоз.
Фото 64. Код 8 и код 6: пятна Копплика.



Фото 57



Фото 58



Фото 59



Фото 60



Фото 61



Фото 62



Фото 63



Фото 64

Потребность в неотложной помощи

Примечание

- Фото 65. Код 0: лечение не требуется.
Фото 66. Код 1: требуется профилактическое или обычное лечение (снятие зубных отложений).
Фото 67. Код 2: требуется быстрое лечение.
Фото 68. Код 3: требуется срочное (неотложное) лечение.
Фото 69. Код 3: требуется срочное (неотложное) лечение.
Фото 70. Код 3: требуется срочное (неотложное) лечение.
Фото 71. Код 4: требуется полная диагностика.



Фото 65

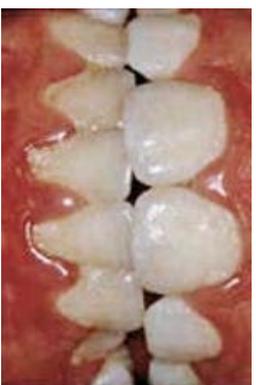


Фото 66



Фото 67



Фото 68



Фото 69



Фото 70



Фото 71



World Health Organization

Всемирная организация здравоохранения
 Анкета о здоровье полости рта для взрослых (2013)

Идентификационный номер	Пол	Место проживания	Город	Пригород	Село
1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	М <input type="checkbox"/>	Ж <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1	1	2	1	2	3
4	1	2	1	2	3

2. Сколько Вам лет? _____ годы

3. Сколько у Вас естественных зубов?

Нет естественных зубов 0

1-9 зубов..... 1

10-19 зубов 2

20 зубов или больше 3

4. За последние 12 месяцев испытывали ли Вы боль или дискомфорт, связанные с зубами или полостью рта?

Да 1

Нет 2

Не знаю 9

Нет ответа 0

5. Есть ли у Вас любые съемные протезы?

Да 1

Нет 2

Частичный протез 1

Полный протез на верхней челюсти 2

Полный протез на нижней челюсти 3

6. Как бы Вы оценили состояние Ваших зубов и десен?
 (прочитайте все пункты)

	Зубы	Десна
Отличное	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Очень хорошее	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Хорошее.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Удовлетворительное	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Плохое.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Очень плохое	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Не знаю	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

7. Как часто Вы чистите зубы?

Никогда..... 1
 Один раз в месяц 2
 2-3 раза в месяц 3
 Один раз в неделю 4
 2-6 раз в неделю 5
 Один раз в день 6
 Два или более раз в день..... 7

8. Используйте ли Вы следующие средства для чистки зубов?
 (прочитайте все пункты)

	Да	Нет
	1	2
Зубная щетка.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Деревянные зубочистки.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пластмассовые зубочистки.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Зубная нить (флосс).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Деревянный уколь.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жевательные палочки / мискал.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пожалуйста, уточните	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.

а) **Используете ли Вы зубную пасту при чистке зубов?** ... 1 Да 2 Нет

б) **Применяете ли Вы зубную пасту, содержащую фторид?** ... 1 Да 2 Нет
 Не знаю..... 9

10. Когда Вы в последний раз посетили стоматолога?

Менее 6 месяцев назад..... 1
 6-12 месяцев назад 2
 Более 1 года, но менее 2 лет назад 3
 2 года и более, но менее 5 лет назад 4
 5 лет назад и более 5
 Никогда не посещал(а) 6

11. Какова причина Вашего последнего визита к стоматологу?

Консультация 1
 Боль или проблемы с зубами, деснами, полостью рта 2
 Лечение / продолжение лечения 3
 Осмотр / лечение 4
 Не знаю / не помню..... 5

12. Как часто Вы испытывали следующие проблемы с зубами или с полостью рта за последние 12 месяцев?

	Очень часто	Довольно часто	Иногда	Никогда	Не знаю
	4	3	2	1	0

(а) Затруднения при откусывании пищи..... 4 3 2 1 0

(б) Затруднения при пережевывании пищи.....

(с) Затруднения при разговоре / произношении слов.....

(д) Сухость полости рта.....

(е) Смущение из-за внешнего вида зубов.....

(ф) Напряжение вследствие проблем с зубами и полостью рта.....

(г) Избегание улыбки вследствие проблем с зубами.....

(h) Частое прерывание сна.....

(i) Временная потеря трудоспособности.....

(j) Нарушение повседневной активности.....

(к) Выявление терпимости к супруту / супруте или к близким людям.....

(l) Снижение участия в социальной деятельности.....

13. Как часто Вы употребляете следующие продукты питания и напитки, даже в малых количествах?
 (прочитайте все пункты)

	Несколько раз в день	Каждый день	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Несколько раз в месяц	Редко / никогда
	6	5	4	3	2	1

Свежие фрукты..... 6 5 4 3 2 1

Бисквитное печенье, пирожины, торты.....

Сладкие пироги, слоубу.....

Варенье или мед.....

Жевательную резинку с сахаром.....

Конфеты / леденцы.....

Лимонад, Кока-колу или другие сладкие напитки ...	<input type="checkbox"/>								
Чай с сахаром	<input type="checkbox"/>								
Кофе с сахаром	<input type="checkbox"/>								
(Добавьте пункты, специфичные для Вашей страны)									
14. Как часто Вы употребляете следующие виды табака? (прочитайте все пункты)									
	Каждый день	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Несколько раз в месяц	Несколько раз в год	Никогда			
Сигареты.....	<input type="checkbox"/>								
Сигары	<input type="checkbox"/>								
Трубку	<input type="checkbox"/>								
Жевательный табак ..	<input type="checkbox"/>								
Нюхательный табак ..	<input type="checkbox"/>								
Другое	<input type="checkbox"/>								
Просьба уточнить _____									
15. Какое количество алкогольных напитков Вы выпивали за день в течение последних 30 дней?									
Менее 1 напиток.....	<input type="checkbox"/>								
1 напиток.....	<input type="checkbox"/>								
2 напитка.....	<input type="checkbox"/>								
3 напитка.....	<input type="checkbox"/>								
4 напитка.....	<input type="checkbox"/>								
5 напитков и более	<input type="checkbox"/>								
Не употребляли(а) алкоголь в течение последних 30 дней ...	<input type="checkbox"/>								
16. Какое законченное образование Вы имеете?									
Нет формального образования	<input type="checkbox"/>								
Ниже начальной школы	<input type="checkbox"/>								
Начальная школа	<input type="checkbox"/>								
Средняя школа	<input type="checkbox"/>								
Высшая школа	<input type="checkbox"/>								
Колледж/институт/университет	<input type="checkbox"/>								
Последипломное образование	<input type="checkbox"/>								
(Добавьте пункты, специфичные для Вашей страны)	<input type="checkbox"/>								
Анкета закончена									
Благодарим Вас за сотрудничество!									
Год	Месяц	День	Интервьюер	Регион	Страна				



Всемирная организация здравоохранения
Анкета о здоровье полости рта для детей (2013)

Начала мы хотим спросить о Вас и состоянии Ваших зубов

Идентификационный номер	Пол	Место проживания	
1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Мальчик <input type="checkbox"/> Девочка <input type="checkbox"/>	Город <input type="checkbox"/> Пригород <input type="checkbox"/> Село <input type="checkbox"/>	
1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
2. Сколько Вам лет? _____ годы			
3. Как бы Вы оценили состояние Ваших зубов и десен? (прочитайте все пункты)			
Отличное	<input type="checkbox"/>	Зубы <input type="checkbox"/>	Десна <input type="checkbox"/>
Очень хорошее	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хорошее.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Удовлетворительное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Плохое.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Очень плохое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не знаю	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали зубную боль или дискомфорт, связанный с зубами?			
Часто	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Иногда.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Редко.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Никогда.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Не знаю.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Далее ответьте на вопросы, касающиеся ухода за зубами			
5. Как часто Вы посещали врача-стоматолога за последние 12 месяцев? (выберите один ответ)			
1 раз.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 раза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 раза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 раза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 раз и более	<input type="checkbox"/> 5	
Я не посещал(а) стоматолога за последние 12 месяцев	<input type="checkbox"/> 6	
Я никогда не посещал(а) стоматолога.....	<input type="checkbox"/> 7	
Не знаю / не помню	<input type="checkbox"/> 9	
Есть Вы не посетили врача-стоматолога за последние 12 месяцев, перейдите к 7 вопросу		
6. Какова причина Вашего последнего визита к стоматологу? (выберите один ответ)		
Боль или проблемы с зубами, деснами, полостью рта.....	<input type="checkbox"/> 1	
Лечение / продолжение лечения	<input type="checkbox"/> 2	
Осмотр / лечение	<input type="checkbox"/> 3	
Не знаю / не помню	<input type="checkbox"/> 9	
7. Как часто Вы чистите зубы? (выберите один ответ)		
Никогда.....	<input type="checkbox"/> 1	
Несколько раз в месяц (2-3 раза)	<input type="checkbox"/> 2	
Один раз в неделю	<input type="checkbox"/> 3	
Несколько раз в неделю (2-6 раз)	<input type="checkbox"/> 4	
Один раз в день.....	<input type="checkbox"/> 5	
Два или более раз в день	<input type="checkbox"/> 6	
8. Используйте ли Вы следующие средства для чистки зубов? (выберите один ответ)		
	Да	Нет
Зубная щетка	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Деревянные зубочистки	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Пластмассовые зубочистки.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Зубная нить (флосс)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Деревянный утолль	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Жевательные палочки / мискак	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Другие.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Пожалуйста, уточните _____		
9.		
a) Используйте ли Вы зубную пасту при чистке зубов?	Да <input type="checkbox"/> 1	Нет <input type="checkbox"/> 2
b) Применяете ли Вы зубную пасту, содержащую фторид?	Да <input type="checkbox"/> 1	Нет <input type="checkbox"/> 2
	Не знаю <input type="checkbox"/> 9	

10. Испытывали ли Вы следующие проблемы с зубами или с полостью рта за последний год?						
	Да	Нет	Не знаю			
	1	2	0			
(a) Я не удовлетворен внешним видом своих зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(b) Я старалась не улыбаться и не смеяться из-за проблем с зубами.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(c) Другие дети могут смеяться над моими зубами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(d) Я пропускаю отдельные уроки или весь учебный день в школе из-за боли или дискомфорта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(e) Я испытываю затруднения вследствие проблем с зубами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(f) Я испытываю затруднения при откусывании пищи.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(f) Я испытываю затруднения при жевании.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Как часто Вы употребляете следующие продукты питания и напитки, даже в малых количествах? (прочитайте все пункты)						
	Несколько раз в день	Каждый день	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Несколько раз в месяц	Редко / никогда
	6	5	4	3	2	1
Свежие фрукты	<input type="checkbox"/>					
Вискинтное печенье, пирожные, торты, сладкие пироги, слоубу	<input type="checkbox"/>					
Варенье или мед	<input type="checkbox"/>					
Жевательную резинку с сахаром	<input type="checkbox"/>					
Конфеты / леденцы	<input type="checkbox"/>					
Димонд, Кока-колу или другие сладкие напитки ..	<input type="checkbox"/>					
Молоко с сахаром	<input type="checkbox"/>					
Чай с сахаром	<input type="checkbox"/>					
Кофе с сахаром	<input type="checkbox"/>					
(Добавьте пункты, специфичные для Вашей страны)						

<p>12. Как часто Вы употребляете следующие виды табака? (прочитайте все пункты)</p>						
	Каждый день	Несколько раз в неделю	Один раз в неделю	Несколько раз в месяц	Редко	Никогда
Сигареты, трубка или сигары	<input type="checkbox"/>					
Жевательный или нюхательный табак	<input type="checkbox"/>					
<p>13. Какое образование имеет Ваш отец (отчим, опекун)?</p>						
Нет формального образования						<input type="checkbox"/>
Ниже начальной школы						<input type="checkbox"/>
Начальная школа						<input type="checkbox"/>
Средняя школа						<input type="checkbox"/>
Высшая школа						<input type="checkbox"/>
Колледж / институт / университет						<input type="checkbox"/>
Нет родственников мужского пола						<input type="checkbox"/>
Не знаю						<input type="checkbox"/>
<p>14. Какое образование имеет Ваша мать?</p>						
Нет формального образования						<input type="checkbox"/>
Ниже начальной школы						<input type="checkbox"/>
Начальная школа						<input type="checkbox"/>
Средняя школа						<input type="checkbox"/>
Высшая школа						<input type="checkbox"/>
Колледж / институт / университет						<input type="checkbox"/>
Нет родственников мужского пола						<input type="checkbox"/>
Не знаю						<input type="checkbox"/>
<p><i>(Добавьте пункты, специфичные для Вашей страны)</i></p>						
<p>Анкета завершена <i>Благодарим Вас за сотрудничество!</i></p>						
Год	Месяц	День	Интервьюер	Регион	Страна	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Стандартные таблицы, составленные на основе данных клинического обследования

Следующие описательные таблицы могут быть составлены с помощью стандартной компьютерной программы (Epi Info, SPSS) из клинических данных, собранных при проведении основного стоматологического обследования. Стандартные результаты рассчитываются как для всей выборки, так и для каждой подгруппы, например, для следующих индикаторных возрастных групп: 5-6, 12, 15-19, 35-44 и 65-74 года. Данные таблиц распределяются по возрасту и полу и в дальнейшем могут быть распределены по этническим группам, образованию, роду занятий, географическому положению и типу населенных пунктов.

Общая информация

- Таблица 1.** Распределение всей выборки по полу и возрасту или возрастным группам.
- Таблица 2.** Распределение всей выборки по этническим группам.
- Таблица 3.** Распределение всей выборки по роду занятий.
- Таблица 4.** Распределение всей выборки по географическому положению.
- Таблица 5.** Распределение всей выборки по типу местности.
- Таблица 6.** Другие данные – количество субъектов по кодам (клетки 37-42).
- Таблица 7.** Распределение всей выборки по внеготовым состояниям.

Клиническая оценка

- Таблица 8.** Среднее количество временных зубов, присутствующих у одного ребенка.
- Таблица 9.** Количество и процент лиц с кариесом временных зубов; количество и процент лиц с незначительным кариесом временных зубов; количество и процент лиц со специфическим значением кпз (кариозные, удаленные вследствие осложнений кариеза и пломбированные временные зубы).
- Таблица 10.** Среднее количество кариозных временных зубов (кз) на одного обследованного; среднее количество пломбированных временных зубов (пз) на одного обследованного.

среднее количество удаленных временных зубов (U_3) на одного обследованного; средняя величина индекса кпз на одного обследованного.

Таблица 11. Среднее количество постоянных зубов, имеющихся у одного обследованного.

Таблица 12. Количество и процент лиц, имеющих или имевших кариес постоянных зубов (КПУ₃): количество и процент лиц с незначительным кариесом (Кз); количество и процент лиц со степифическими значениями КПУ₃.

Таблица 13. Среднее количество кариозных постоянных зубов (Кз) у одного обследованного; среднее количество пломбированных постоянных зубов (Пз) у одного обследованного; среднее количество постоянных зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса (U_3) у одного обследованного; среднее количество постоянных зубов с кариесом (индекс КПУ₃) у одного обследованного.

Таблица 14. Количество и процент лиц с естественными зубами и без них.

Таблица 15. Количество и процент лиц с герметизированными фиссурами.

Таблица 16. Количество и процент взрослых лиц с кариесом корня.

Таблица 17. Среднее количество зубов с кариесом корня у одного обследованного взрослого.

Таблица 18. Количество и процент взрослых лиц с кариесом коронки и/или корня.

Таблица 19. Среднее количество зубов с кариесом коронки и/или корня у одного обследованного взрослого.

Таблица 20. Количество и процент лиц со здоровыми тканями пародонта.

Таблица 21. Количество и процент лиц с кровотоочивостью десен.

Таблица 22. Основываясь на наивысшем коде, количество и процент лиц с пародонтальными карманами 4-5 мм; количество и процент лиц с глубокими карманами (≥ 6 мм).

Таблица 23. Среднее количество и средний процент зубов, около которых выявлена кровотоочивость десен.

Таблица 24. Среднее количество и средний процент зубов, около которых выявлены карманы глубиной 4-5 мм.

Таблица 25. Среднее количество и средний процент зубов, около которых выявлены глубокие карманы (≥ 6 мм).

Таблица 26. Количество и процент лиц с потерей прикрепления, по наивысшему коду.

Таблица 27. Среднее количество секстантов с потерей прикрепления, по коду; среднее количество секстантов, исключенных из осмотра; среднее количество секстантов нерегистрируемых.

Таблица 28. Количество и процент лиц с флюорозом эмали, по уровню поражения.

Таблица 29. Степифический коммуналный индекс флюороза у детей (СФИ): в возрасте 5-6 лет (если есть), 12 и 15 лет, по регионам.

Таблица 30. Количество и процент лиц с эрозией зубов, по тяжести; среднее количество и процент зубов, пораженных эрозией, у одного обследованного.

Таблица 31. Количество и процент лиц с травматическими поражениями; среднее количество и процент зубов с лучевыми травматическими поражениями; среднее количество и процент переломов эмали; среднее количество и процент зубов с переломами эмали и дентина; среднее количество и процент переломов, вовлекающих пульпу; среднее количество и процент зубов, удаленных вследствие травмы; среднее количество и процент других повреждений, вызванных травмой; среднее количество и процент зубов, пораженных травмой, у одного обследованного.

Таблица 32. Количество и процент лиц, не имеющих поражений слизистой оболочке полости рта; количество и процент лиц, имеющих поражения слизистой оболочке полости рта; злокачественные опухоли (рак полости рта); лейкоплакию, красный плоский лишай, стоматиты (афтозный, герпетический, травматический), острый некротический гингивит, кандидиоз, абсцесс или другие состояния.

Таблица 33. Количество и процент лиц со съёмным (и) протезом (ами) на верхней и нижней челюстях.

Таблица 34. Количество и процент лиц, нуждающихся в различных видах неотложной помощи.

Стандартные таблицы, составленные на основе STERPS данных анкетирования

Приведенные ниже таблицы предлагаются как стандартные таблицы, которые могут быть составлены на основе данных стоматологического обследования, включающего компонент анкетирования. Кроме того, анкетирование может быть выполнено как самостоятельное исследование.

Данные таблиц распределяются по индикаторным возрастным группам (ВОЗ) и полу и в дальнейшем могут быть распределены по этническим группам, образованию, роду занятий, географическому положению и типу населенных пунктов.

Общая информация описывается в соответствии с руководством для клинического стоматологического обследования.

Анкета для взрослых

Таблица 1. Процент респондентов, не имеющих естественных зубов, 1-9 естественных зубов, 10-19 естественных зубов, 20 или более естественных зубов.

Таблица 2. Процент респондентов с болью или дискомфортом, вызванными зубами или состоянием полости рта за последние 12 месяцев.

Таблица 3. Процент респондентов, имеющих съемные протезы.

Таблица 4. Процент респондентов, имеющих протезы на верхней челюсти, на нижней челюсти или на верхней и нижней челюстях.

Таблица 5. Процент респондентов, имеющих плохое или очень плохое состояние зубов, среди тех, кто имеет естественные зубы.

Таблица 6. Процент респондентов, имеющих плохое или очень плохое состояние десен, среди тех, кто имеет естественные зубы.

Таблица 7. Процент респондентов по частоте чистки зубов.

Таблица 8. Процент респондентов, которые никогда не чистили зубы.

Таблица 9. Процент респондентов, использующих зубную щетку, деревянные зубочистки, пластмассовые зубочистки, зубные нити, древесный уголь, жевательные папочки/мисвак, или что-то еще для чистки зубов.

Таблица 10. Процент респондентов, использующих зубную пасту, среди тех, кто чистит зубы.

Таблица 11. Процент респондентов, использующих фторидосодержащую зубную пасту, среди тех, кто чистит зубы пастой.

Таблица 12. Процент респондентов, кто никогда не получал стоматологическую помощь.

Таблица 13. Процент респондентов, распределенных по времени с последнего визита к стоматологу.

Таблица 14. Основная причина последнего визита к стоматологу среди тех, кто когда-либо к нему обращался.

Таблица 15. Процент респондентов, у которых были трудности откусывания/жевания пищи за последние 12 месяцев.

Таблица 16. Процент респондентов, имевших затруднения с речью/дикцией за последние 12 месяцев.

Таблица 17. Процент респондентов, ощущавших смущение из-за вида своих зубов за последние 12 месяцев.

Таблица 18. Процент респондентов, чувствовавших напряжение из-за проблем с зубами или полостью рта за последние 12 месяцев.

Таблица 19. Процент респондентов, избежавших улыбки вследствие проблем с зубами за последние 12 месяцев.

Таблица 20. Процент респондентов, чей сон часто прерывался за последние 12 месяцев.

Таблица 21. Процент респондентов, которые пропустили работу из-за проблем с зубами или полостью рта за последние 12 месяцев.

Таблица 22. Процент респондентов, испытывавших трудности при выполнении обычных действий за последние 12 месяцев.

Таблица 23. Процент респондентов, менее терпимых к супруту (супуте) или к людям, которые находились близко, за последние 12 месяцев.

Таблица 24. Процент респондентов с уменьшением участия в социальной деятельности за последние 12 месяцев.

Таблица 25. Процент респондентов по частоте потребления различных типов пицци/напитков.

Таблица 26. Процент респондентов по частоте потребления различных типов табака.

Таблица 27. Процент респондентов по ежедневному потреблению спиртных напитков.

Таблица 28. Процент респондентов по уровню законченного образования.

Анкета для детей

Таблица 1. Процент детей, имеющих плохое или очень плохое состояние зубов.

Таблица 2. Процент детей, имеющих плохое или очень плохое состояние десен.

Таблица 3. Процент детей с болью или дискомфортом, вызванными зубами или состоянием полости рта, за последние 12 месяцев.

Таблица 4. Процент детей по частоте визитов к стоматологу за последние 12 месяцев.

Таблица 5. Процент детей, не посещавших стоматолога за последние 12 месяцев.

Таблица 6. Процент детей, никогда не посещавших стоматолога.

Таблица 7. Процент детей по основным причинам последнего визита к стоматологу.

Таблица 8. Процент детей по частоте чистки зубов.

Таблица 9. детей, никогда не чистивших зубы.

Таблица 10. Процент детей, использующих зубную щетку, деревянные зубочистки, пластмассовые зубочистки, зубные нити, древесный уголь, жевательные палочки/мисвак или что-то еще для чистки зубов.

Таблица 11. Процент детей, использующих зубную пасту для чистки зубов.

Таблица 12. Процент детей, использующих фторидсодержащую зубную пасту для чистки зубов.

Таблица 13. Процент детей, не удовлетворенных видом своих зубов.

Таблица 14. Процент детей, часто избегающих улыбаться и смеяться вследствие проблем с зубами.

Таблица 15. Процент детей, сообщивших, что другие дети смеются над их зубами.

Таблица 16. Процент детей, пропускавших уроки и учебные дни из-за боли или дискомфорта вследствие проблем с зубами.

Таблица 17. Процент детей, у которых были трудности откусывания/жевания твердой пицци.

Таблица 18. Процент детей, имевших затруднения с жеванием пицци.

Таблица 19. Процент детей по частоте потребления различных типов пицци/напитков.

Таблица 20. Процент детей по частоте потребления табака.

Таблица 21. Процент детей по уровню образования отца.

Таблица 22. Процент детей по уровню образования матери.



©Всемирная организация здравоохранения, 2013