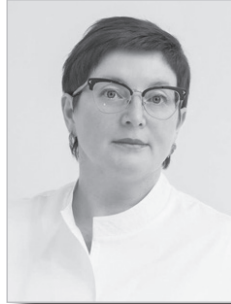


ОШИБКИ ПРИ ВНЕДРЕНИИ КОММУНАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ



Хамадеева Альфия Минвалиевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста Самарского государственного медицинского университета, Россия

Лучшева Лариса Файзылхановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия

Ногина Наталья Вячеславовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста Самарского государственного медицинского университета, Россия

Alfia Khamadeeva, MD, Professor of the Department of Pediatric Dentistry of the Samara State Medical University, Russian Federation
Larisa Luchsheva, PhD, Associate Professor of the Department of Dentistry of the Postgraduate Institute for Public Health Specialists, Khabarovsk, Russian Federation
Natalya Nogina, PhD, Associate Professor of the Department of Pediatric Dentistry of the Samara State Medical University, Russian Federation
Errors when implementing municipal preventive programmes in the field of dentistry

Резюме. Обсуждаются ошибки, возникающие на этапах разработки комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний для детского населения: эпидемиологических исследований, анализа ситуации по стоматологии, обоснования измеримых задач по достижению стоматологического здоровья детей, при практической ее реализации, при мониторинге эффективности программы в целом и отдельных ее компонентов. Подчеркивается роль междисциплинарного и межведомственного взаимодействия под руководством стоматологов при внедрении программ профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Ключевые слова: коммунальная программа, профилактика стоматологических заболеваний, ошибки внедрения.

Современная стоматология. – 2019. – №4. – С. 3–9.

Summary. The mistakes in article arising at development stages of the comprehensive program of prevention of dental diseases for the children's population are discussed: epidemiological researches, the analysis of a situation on dentistry, justification of measurable tasks of achievement of dental health of children, at its practical implementation, monitoring of efficiency of the program in general and its separate components. The role of cross-disciplinary and interdepartmental interaction is emphasized under the leadership of dentists at introduction of programs of prevention of tooth caries and periodontal disease.

Keywords: municipal program, prevention of dental diseases, introduction errors.

Sovremennaya stomatologiya. – 2019. – N4. – P. 3–9.

Изменения в распространении кариозной болезни в развитых странах мира за последние 20–30 лет свидетельствуют о значительном снижении ее в популяции. Даже в них кариес зубов остается серьезной проблемой общественного здравоохранения, особенно для небольших групп населения высокого риска, главным образом, из семей с низким социально-экономическим статусом [20–24]. В развивающихся

странах при ограниченном доступе населения к стоматологической помощи произошло менее значительное снижение кариеса зубов, но с высокой долей нелеченых зубов в структуре КПУ зубов и, как следствие, очагами хронической одонтогенной инфекции [20–24]. Сегодня фторидам придается основная роль в снижении кариозной болезни на коммунальном уровне и в уменьшении ацидогенного потенциала кариогенных

микроорганизмов в условиях повышенного потребления легкоферментируемых углеводов [9, 16, 19, 21].

В России можно строить оптимистический прогноз при сравнении эпидемиологических данных национальных исследований, проведенных в 1999 и 2009 годах под руководством профессора Э.М. Кузьминой. Вместе с тем, результаты пилотного проекта, проведенного под руководством профессора П.А. Леуса

в некоторых городах России и странах СНГ в 2013–2017 годах, свидетельствуют о тенденциях роста распространенности и интенсивности кариеса зубов среди детского населения [2, 5, 7].

В 1960–70 годах научными экспедициями ЦНИИС под руководством академика А.И. Рыбакова изучали эпидемиологию стоматологических заболеваний в различных регионах СССР, были проведены расчеты стоматологического персонала в зависимости от уровня заболеваемости [10]. В эти же годы в систему стоматологической диспансеризации по Т.Ф. Виноградской были введены различные профилактические мероприятия, кратность которых определялась принадлежностью ребенка к определенной диспансерной группе [1]. К сожалению, распространенность и интенсивность кариеса среди детского населения оставалась высокой.

Благодаря новаторской деятельности профессора П.А. Леуса и его школы в нашей стране с 1980-х годов начали разрабатываться и внедряться программы профилактики стоматологических заболеваний на основе доказательной медицины, опыта и рекомендаций экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Принципы разработки коммунальных программ профилактики подробно описаны в его учебниках и многочисленных публикациях [3–5, 14].

Разработка коммунальных программ профилактики включает обязательные этапы:

1. ситуационный анализ: эпидемиологические исследования, выявление факторов риска;
2. определение измеримых задач первичной профилактики;
3. разработка программы;
4. внедрение программы профилактики основных стоматологических заболеваний;
5. оценка эффективности и по показаниям коррекция программы в целом и/или отдельных ее компонентов.

Однако на этапах планирования, создания и реализации программ возможны ошибки, которые могут привести не только к неоправданным материальным затратам, но и не позволят достигнуть

улучшения стоматологического здоровья населения.

1. Ошибки на этапе ситуационного анализа

При планировании эпидемиологических исследований надо согласовать график проведения эпидемиологических осмотров с региональными министерствами здравоохранения и образования. Необходимо предупредить возможные конфликтные ситуации на всех этапах коммуникации – от родителей до администрации лечебных учреждений, образовательных организаций, заранее через классных руководителей раздать бланки информированного согласия с запасом на 10–15% для формирования репрезентативной выборки для изучения группы населения.

Важно проанализировать эффективность ранее существовавших программ профилактики. В них могли быть допущены следующие ошибки: в исследование включались некоторые организованные коллективы и оценивались результаты внедрения отдельных методов профилактики, например, герметизация фиссур в нескольких школах, а результаты тиражировались на всю популяцию. При анализе ситуации необходимо учитывать содержание фторидов в питьевой воде, уровень доступности стоматологической помощи, национальные традиции и т.д.

На предварительном этапе изучается сеть и персонал первичного уровня оказания медико-санитарной помощи, образовательных учреждений, чтобы впоследствии привлечь их для участия в формировании саногенного поведения

детей с целью профилактики хронических неинфекционных заболеваний, имеющих общие поведенческие факторы риска. Часто анализ стоматологической заболеваемости «привязывается» к экологически неблагоприятным регионам или к группам населения с высокой соматической патологией (хотя и они обязательно должны входить в программу скрининга). При формировании групп с соматической заболеваемостью акцент смещается на неуправляемые факторы риска, которые не зависят от стоматологического персонала. И тогда не учитываются поведенческие факторы риска: знания и комплаентность населения по профилактике кариеса зубов, сведения о наличии и использовании населением системных и местных методов фторпрофилактики, качество гигиены полости рта, нездоровые пищевые привычки.

Иногда организаторы здравоохранения направляют бригаду исследователей в благополучные организованные детские коллективы с хорошо оснащенными стационарными стоматологическими кабинетами. Данные, полученные из этих мест, могут «смазать» истинную заболеваемость.

При выполнении оценки стоматологического статуса по единым унифицированным критериям ВОЗ (2013) наиболее часто встречаются ошибки диагностики. На рисунке 1 представлены фотографии окклюзионной поверхности 3.7 зуба и денальный рентгенологический снимок, иллюстрирующие возможные диагностические дефекты: при зондировании пуговчатым зондом кариозная полость

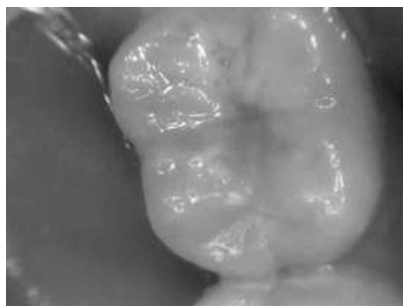


Рис. 1. Зуб 3.7 во время регистрации стоматологического статуса: периодонтальный зонд не проникает в ямочно-фиссурную сеть, кариес не регистрируется. На рентгенограмме определяется радиолуцентный очаг в коронковой части зуба. Клиническая картина соответствует диагнозу К 04.7 Периапикальный абсцесс без свища

не выявлена. Однако высокая интенсивность кариеса зубов у подростка и наличие очагов деминерализации настоятельно врача, и ребенок был направлен в стоматологическую поликлинику, где после рентгенологического обследования выявлен очаг радиолуценции в коронковой части зуба.

Чаще при эпидемиологических исследованиях может наблюдаться гиподиагностика, причиной которой иногда выступает стремление показать работу стоматологической службы более благополучной. Поэтому эпидобследования должны проводиться в течение многих лет одной и той же группой независимых сертифицированных специалистов, как это было, например, в Самарской области с 1986 по 2006 год. В штате организованного в 2000 году Самарского областного центра профилактики стоматологических заболеваний были 3 сертифицированных эпидемиолога-стоматолога, занимающихся мониторингом эффективности работы комплексной программы профилактики в целом и отдельных ее компонентов. Они обучали персонал первичной медико-санитарной помощи и педагогов вопросам профилактики стоматологических заболеваний, контролю эффективности ежедневной чистки зубов в организованных детских коллективах и среди детей младшего школьного возраста [13]. Мы

проводили и мониторинг содержания активного фторид-иона в зубных пастах. Оказалось, что колебания F часто не соответствуют декларируемому уровню: отклонения колеблются от допустимых технологических погрешностей до 60%. Была составлена карта содержания фторидов в питьевой воде Самарской области.

Последствиями некорректного эпидемиологического исследования и выявления факторов риска будут неадекватная оценка заболеваемости населения, неверный расчет потребностей в лечении, неотложной помощи, профилактике, материальном, кадровом обеспечении и недостоверный прогноз стоматологической заболеваемости и как следствие – неадекватные управленческие решения, которые могут привести к ухудшению здоровья населения и качества жизни детей.

2. Ошибки при интерпретации проблем и определении измеримых задач первичной профилактики стоматологических заболеваний

Второй этап и особенности его интерпретации рассмотрим на примере анализа ситуации в Самарской области. Нами выявлены следующие показатели стоматологического здоровья детского населения:

– тенденция к росту кариеса зубов (рис. 2);

– низкие концентрации фторидов (0,1–0,3 мг/л) в питьевой воде на 92% территорий области;

– распространенность заболеваний пародонта (гингивитов) у 15-летних детей – 82%, (индекс гигиены полости рта по ИГР-У=1,7 – неудовлетворительный);

– некариозные поражения постоянных зубов (нефтористая пятнистость, гипоплазия постоянных зубов) – 21%;

– распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта – 1,8%;

– распространенность зубочелюстных аномалий – 63% (индекс DAI=27 и интерпретируется как «явные средней тяжести» нарушения, при которых «лечение проводят избирательно»);

– качество оказания стоматологической помощи недостаточное: индекс УСП (Леус П.А., 1987) – 36%.

Причины ухудшения стоматологического здоровья детского населения:

1. Плохая гигиена полости рта у детей – фактор риска развития заболеваний пародонта, а также кариозной болезни: зубной налет – кумулятивный показатель не только качества гигиены, но и нездоровых пищевых привычек.

2. Игнорирование фторсодержащих паст, фторофобия.

3. Кариесогенные факторы питания: частота приема пищи – 7,6 (в промежутках между основными приемами пищи – 3,7, перед сном – 0,7).

4. Низкая осведомленность и мотивация специалистов, принимающих административные решения по профилактике стоматологических заболеваний.

5. Недостаточная информированность врачей в области доказательной медицины.

6. Низкая востребованность профилактики среди населения, а также агрессивная политика фирм-производителей средств профилактики и перераспределение целевой аудитории на людей, принимающих решение о покупке средств профилактики, уменьшение авторитета медперсонала как достоверного источника информации о методах профилактики [4].

7. Социально-экономическая нестабильность общества.

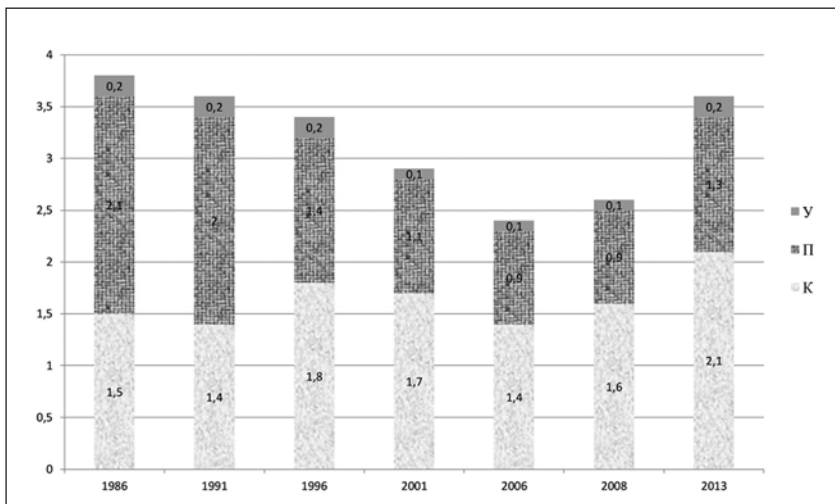


Рис. 2. Динамика интенсивности кариеса по индексу КПУ зубов у детей 12-летнего возраста с 1986 по 2015 г.

8. Декларированность профилактики, не подкрепленная финансовыми и управленческими решениями.

Из приведенного примера результатов эпидемиологического исследования видно, что стоматологических проблем много, но стоматологический персонал не может влиять на многие из них. Например, на уменьшение распространенности заболеваний слизистой оболочки, так как это проявления соматических заболеваний, иммунных проблем, неблагоприятной экологии, возможность влияния на которые лежат на государстве и находятся вне профессиональной компетенции стоматолога, за исключением пропаганды исключения факторов, влияющих на формирование вредных привычек. Это относится и к зубочелюстным аномалиям, нефтористой пятнистости, гипоплазии. Кроме того, нет опыта по их профилактике на коммунальном уровне с точки зрения доказательной медицины. Зато есть колоссальный положительный опыт ВОЗ по предупреждению предотвратимых заболеваний – кариеса зубов и болезней пародонта. Главными методами профилактики кариеса зубов являются: снижение частоты и количества приемов углеводистой пищи, сахара, уменьшение инфекции (зубного налета), повышение резистентности зуба к кислотным атакам.

Таким образом, системными ошибками при формировании измеримых задач профилактики являются:

- игнорирование международного опыта и рекомендаций ВОЗ, построенных на принципах доказательной медицины;

- отсутствие прогнозирования стоматологической заболеваемости с учетом исходного ее уровня и действия управляемых факторов риска, формирующихся в семье (роли само- и взаимопомощи);

- игнорирование финансовых, кадровых, социальных и управляемых факторов риска, влияющих на стоматологическую заболеваемость.

При формировании задач первичной профилактики основных стоматологических заболеваний может встречаться такая ошибка, как некорректная формулировка измеримых задач профилактики.

Например, предполагается в течение 15 лет снизить КПУ зубов с 3,6 до 1,6 у детей 12-летнего возраста (содержание фторидов в питьевой воде – 0,2 мг/л) с использованием герметиков при ограниченном бюджете, который может покрыть стоимость оказания неотложной помощи и лечения зубов у детей отечественными пломбирочными материалами и технологиями. В этом случае герметизация фиссур – дорогая манипуляция, стоимость которой превышает лечение кариеса дентина. Кроме того, в очаге гипопародонтоза имеется высокая потребность в использовании инвазивного метода герметизации, так как у большинства детей имеется высокий риск кариеса, связанный с плохой гигиеной полости рта и игнорированием применения фторидов в зубных пастах, низкой осведомленностью и комплаентностью в вопросах профилактики кариеса и болезней пародонта. В этих случаях надо ориентироваться на использование фторированной соли в организованных детских коллективах и дома, а также на организацию контролируемой гигиены полости рта среди детей в возрасте 5–6 лет и в начальной школе с использованием зубной пасты с адекватным содержанием фторида (1450 ppm). Такая программа требует междисциплинарного и межведомственного взаимодействия в гигиеническом обучении и воспитании семьи, детей через воспитателей и педагогов, под руководством стоматологического персонала. Необходимо снабжение потребителей и распространителей информации современными популярными научными знаниями по вопросам профилактики стоматологических заболеваний, а также методическими материалами на коротких тренингах.

При планировании измеримых задач надо ориентироваться на различные методы профилактики, эффективность которых уже известна. Это касается прежде всего использования фторидов в виде зубных паст и профессиональных аппликаций.

3. Ошибки при разработке программ профилактики

Основные принципы разработки программы

1) последовательность и преемственность профилактических мероприятий, начиная с подростков (будущих родителей), беременных женщин и в течение всего периода детства;

2) участие в реализации программы персонала первичного уровня медико-санитарной помощи, работников образования с целью воспитания привычек здорового образа жизни в семье (организация рационального кормления и режима питания, ежедневная 2-разовая чистка зубов качественными фторсодержащими зубными пастами, регулярные посещения стоматолога);

3) мониторинг эффективности внедрения отдельных компонентов и программы в целом.

При разработке программы необходимо учитывать ее финансирование: при минимальном бюджете – тиражирование санитарно-просветительных материалов для персонала, участвующего в реализации программы, родителей, пропаганда использования фторсодержащей соли, организация контролируемой чистки зубов качественными фторсодержащими пастами в организованных детских коллективах (5–9 лет), мониторинг программы. Такой объем мероприятий является базовым уровнем при любом уровне финансирования. При увеличении бюджета можно добавить профессиональные аппликации фторидов в виде лаков и гелей, герметизацию фиссур для детей высокого риска развития кариеса.

В России существует мощная пропаганда фторофобии, которая насаждается средствами массовой информации, некоторыми авторитетными учеными. Вот цитата, которая является подтверждением выше сказанного: «гигиена полости рта – важный фактор профилактики, но при этом необходимо учитывать обеспеченность организма и полости рта микроэлементами, витаминами, минералами; фториды и триклозан, входившие в состав самых модных и рекламируемых зубных паст не привели к снижению кариеса зубов у населения, даже негативно повлияли на зубы и ткани полости рта из-за развития флюороза и уничтожения сапрофитной микрофлоры, что резко сни-

зילו защитные силы организма» [11]. Это противоречит принципам доказательной медицины.

Зубные пасты с фтором рекомендуются и в регионах с оптимальным содержанием фторидов в питьевой воде [18, 20, 21, 25] с определенными мерами предосторожности у детей раннего и дошкольного возраста, которые касаются контролируемой чистки зубов при участии родителей и количества используемой качественной пасты от «мазка» до «горошины».

Постоянное использование фторсодержащих средств у детей в возрасте до 6–8 лет, превышающее в 2 раза и более рекомендуемую дозу, может привести к появлению флюороза легких степеней тяжести, которые «не являются симптомом нарушения здоровья». Достижение уровня концентрации фтора, способного вызвать флюороз костей (10–25 мг фторидов в сутки в течение по крайней мере 10 лет), невозможно в случае использования обычных источников фтора [18, 17, 20, 22].

В развивающихся странах существует проблема финансовой недоступности фторсодержащих паст для населения и предлагается освободить производителей от налогообложения, которое принято в отношении косметической промышленности и даже бесплатно раздавать фторсодержащую пасту для контролируемой чистки зубов [17, 20]. Во многих странах существует проблема низкого качества, когда декларированная концентрация фтор-иона в пасте не соответствует фактической [15].

4. Ошибки во время внедрения программ профилактики

Часто стоматологи являются и разработчиками программы и сами, без сотрудничества с персоналом первичного уровня медико-санитарной помощи, а также с работниками просвещения, внедряют ее. Неэффективно, экономически нецелесообразно стоматологам проводить уроки гигиены в организованных детских коллективах, так как врачи не владеют педагогическими методами обучения детей, не знают вопросов возрастной психологии. Целесообразно обучить воспитателей, учителей, персонал первичной медико-санитарной помощи

особенностям пропаганды самопомощи и взаимопомощи в семье и контролируемой чистке зубов в организованных детских коллективах на кратковременных семинарах с раздачей памяток, методических материалов.

В программе должны быть расписаны ее участники с определением круга функциональных обязанностей по ее внедрению и критериями ее эффективности. Требуется согласование программы с Министерствами здравоохранения, образования, труда, Роспотребнадзором и другими административными ресурсами. Важную роль в популяризации программ профилактики стоматологических заболеваний играют профессиональные ассоциации врачей, учителей [12, 13]. В настоящее время нами предложена разработка модуля по профилактике стоматологических заболеваний у детей для студентов педагогических вузов, учителей школ на курсах постдипломного образования, воспитателей дошкольных образовательных учреждений.

Важными составляющими действенности программы является планирование мероприятий с определением индикаторов эффективности, назначением конкретных руководителей отдельных этапов, например, среди беременных женщин, детей младшего и дошкольного возраста, детей младшего и старшего школьного возраста, а также определением ответственных за этапы и аудит эффективности каждого этапа [8, 12, 14].

Для отработки конкретных этапов внедрения программы среди групп детского населения необходима апробация их

в пилотных проектах. В этих случаях на практике проверяются «жизненность» и приемлемость теоретически разработанных методов профилактики, управления, мониторинга эффективности программы в целом и отдельных ее компонентов в сравнении с запланированными.

Частой ошибкой при внедрении программы профилактики является ориентация на специальные методы, профессиональные аппликации фторидов и других нефтористых соединений, герметизацию фиссур и пренебрежение или недостаточное внимание к базовому методу профилактики – пропаганде и обучению эффективной гигиене полости рта с использованием фторидов. Профилактике с позиций доказательной медицины надо учиться всем, начиная с руководителей программы до всех исполнителей и ее потребителей – детей.

5. Ошибки при оценке эффективности внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний

Основной критерий эффективности внедрения программы – улучшение показателей стоматологического здоровья детского населения. В таблице представлены долгосрочные задачи программы профилактики, разработанные с учетом действия вклада поведенческих управляемых факторов риска и факторов защиты в виде методов профилактики и их известной эффективности согласно доказательности 1 и 2 уровней и клинических рекомендаций А и В.

Профессор П.А. Леус (2009) различает следующие интервалы оценки эффективности внедрения программы:

Таблица Долгосрочные задачи программы профилактики

Возраст	Критерии стоматологического здоровья	Исходные данные 2014 г.	Задачи программы		
			2020 г.	2025 г.	2030 г.
5–6 лет	кпу временных зубов	5,2	4,5	3	2,5
7 лет	КПУ постоянных зубов	0,9	0,2	0,1	0
12 лет	КПУ постоянных зубов Гингивит (кровоточивость), %	3,2 47	2,5 20	2 15	1,5 10
15 лет	КПУ зубов Гингивит (кровоточивость), %	5,5 55	4,5 25	4 20	3 10
35–44 года	КПУ	14,3	–	13	12

Первичная:

- полная обеспеченность методической и просветительной литературой;
- охват (в процентах) населения программой профилактики;
- вовлечение стоматологов (в процентах) в программу профилактики.

Промежуточная:

- увеличение (в процентах) пациентов, регулярно использующих фторосодержащую зубную пасту (до $\geq 50\%$);
- рост числа (в процентах) пациентов, практикующих правильное питание (до $\geq 50\%$);
- тенденция к улучшению гигиены полости рта.

Окончательная. Проводится путем сравнения достигнутых показателей стоматологического здоровья с запланированными измеримыми задачами профилактики. Выделяют следующие критерии эффективности гигиенического воспитания и обучения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний.

- ✓ Увеличение спроса населения на гигиенические средства по профилак-

тике стоматологических заболеваний. Изучается методом анкетирования путем сравнения исходных данных с полученными в сравниваемые сроки после начала внедрения программы.

- ✓ Динамика доли посещений к стоматологу с профилактической целью.
- ✓ Динамика качества знаний по вопросам профилактики стоматологических заболеваний среди населения и персонала, участвующего во внедрении программы (акушеры-гинекологи, педиатры и участковые медсестры, врачи общей практики, фельдшеры ФАПов, воспитатели, учителя, дети 12 и 15 лет). Стоматологическое просвещение считается успешным, если 75% населения имеют адекватные знания по вопросам профилактики стоматологических заболеваний.

Эффективность программы после начала ее внедрения можно определять по улучшению гигиены полости рта и уменьшению кровоточивости десен при зондировании десны уже через полгода. Осведомленность по вопросам профилак-

тики кариеса и болезней пародонта может измениться уже через 1 год у персонала, участвующего в реализации программы, а затем и среди населения. Редукцию прироста интенсивности кариеса временных зубов можно получить уже через 3 года при успешной профилактической работе среди беременных женщин и молодых матерей. Среди детей школьного возраста стабилизация КПУ зубов на начальном уровне и появление тенденции к его снижению может появиться через 5 лет, а редукция прироста интенсивности кариеса – через 10 лет при работе всех компонентов программы. Необходимо создавать электронные базы данных мониторинга стоматологической заболеваемости и факторов риска для оперативного принятия управленческих решений.

Таким, образом, разработка программ профилактики в области стоматологии должна опираться на принципах доказательной медицины и накопленном положительном опыте в стране и за рубежом.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. – М., 1978. – 184 с. / Vinogradova T.F. *Dispanserizatsiya detey u stomatologa* [Clinical examination of children at the dentist]. M.: Meditsina, 1978, 184 p. (in Russian)
2. Леус П.А., Кисельникова Л.П., Терехова Т.Н. // Стоматология. – 2017. – №4. – С.52–57. / Leus P.A., Kisel'nikova L.P., Terekhova T.N. Vyyavleniye faktorov riska kariyesa zubov na osnove sravneniya indikatorov stomatologicheskogo zdorov'ya u detey shkol'nogo vozrasta v Minske i Moskve [Identification of risk factors for dental caries based on a comparison of dental health indicators in schoolchildren in Minsk and Moscow]. *Stomatologiya*, 2017, no.4, pp.52–57. (in Russian)
3. Леус П.А. // Стоматология дет. возраста и профилактика – 2008. – №2. – С.3–7. / Leus, P.A. Dokazatel'naya stomatologiya kak osnova program profilaktiki kariyesa zubov u detey [Evidence-based dentistry as the basis for dental caries prevention programs in children]. *Stomatologiya det. vozrasta i profilaktika*, 2008, no.2, pp.3–7. (in Russian)
4. Леус П.А. // Вісник стоматології. – 2010. – №3. – С.91–96. / Leus, P.A. Realizatsiya massovykh programm profilaktiki kariyesa zubov i bolezney periodonta s ispol'zovaniyem nauchnykh faktov dokazatel'noy meditsiny i stomatologii [Implementation of massive programs for the prevention of dental caries and periodontal diseases using the scientific facts of evidence-based medicine and dentistry]. *Visnik stomatologii*, 2010, no.3, pp.91–96. (in Russian)
5. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения. – Минск, 2009. – 256 с. / Leus P.A. *Stomatologicheskoye zdorov'ye naseleniya* [Dental health of the population]. Minsk: lzd-vo BGMU, 2009, 256 p. (in Russian)
6. Лучшева Л.Ф., Чернова О.Н., Рыбак О.Г. // Соврем. проблемы науки и образования. – 2015. – №2. – С.93. / Luchsheva L.F., Chernova O.N., Rybak O.G. Obosnovaniye primeneniya fluoridov dlya profilaktiki kariyesa na territorii Khabarovskogo kraya. Predvaritel'nyye rezul'taty [The rationale for the use of fluorides for the prevention of caries in the Khabarovsk Territory. Preliminary results]. *Sovrem. problemy nauki i obrazovaniya*, 2015, no.2, pp.93. (in Russian)
7. Международный пилотный проект по исследованию приемлемости европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей / П.А. Леус, О.В. Денга, А.А. Калбаев [и др.] // Стоматологический журнал. – 2013. – №3. – С.204–209. / Mezhdunarodnyy pilotnyy proyekt po issledovaniyu priyemlemosti yevropeyskikh indikatorov dlya otsenki stomatologicheskogo zdorov'ya detey / P.A. Leus, O.V. Den'ga, A.A. Kalbayev [i dr.] [International pilot

- project on the study of the acceptability of European indicators for assessing children's dental health]. *Stomatologicheskij zhurnal*, 2013, no.3, pp.204–209. (in Russian)
8. Мониторинг стоматологической заболеваемости населения Самарской области с 1986 по 2008 год: Учеб.-метод. пособие / Н.В. Ногина, О.А. Багдасарова, И.П. Ганжа [и др.]; под ред. А.М. Хамадеевой. – Самара, 2011. – 59 с. / *Monitoring stomatologicheskoy zabolevayemosti naseleniya Samarskoy oblasti s 1986 po 2008 gody: ucheb.-metod. posobiye* / N.V. Nogina, O.A. Bagdasarova, I.R. Ganzha [i dr.]; pod red. A.M. Khamadeyevoy [Monitoring of dental morbidity of the population of the Samara region from 1986 to 2008: a training method. allowance]. Samara, Ofort, 2011, 59 p. (in Russian)
9. Программ первичной профилактики кариеса зубов и болезней пародонта для детского населения г. Самары / А.М. Хамадеева, А.П. Мышенцева, Н.В. Филатова, Л.Ш. Розакова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2017. – №3. – С.77–83. / Programma pervichnoy profilaktiki kariyesa zubov i bolezney parodonta dlya detskogo naseleniya Samary / A.M. Khamadeyeva, A.P. Myshentseva, N.V. Filatova, L.SH. Rozakova [The program of primary prevention of dental caries and periodontal diseases for the children's population of Samara]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*, 2017, no.3, pp.77–83. (in Russian)
10. Рыбаков А.И. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики / А.И. Рыбаков, Г.В. Базиян. – М., 1973. – 319 с. / Rybakov A.I., Bazian G.V. *Epidemiologiya stomatologicheskikh zabolevaniy i puti ikh profilaktiki* [Epidemiology of dental diseases and ways of their prevention]. M.: Meditsina, 1973, 319 p. (in Russian)
11. Федоров Ю.А., Соболева Т.Ю. // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т.6, №5. – С.117–120. / Fedorov Yu.A., Soboleva T.Yu. A Profilaktika kariyesa zubov: ocherednoy mif ili real'naya deystvitel'nost'? [Prevention of dental caries: another myth or reality?]. *Voprosy sovremennoy pediatrii*, 2007, vol.6, no.5, pp.117–120. (in Russian)
12. Хамадеева А.М., Турдыев Б.В., Косимов М.М. // Современная стоматология. – 2017. – №4. – С.306–309. / Khamadeyeva, A.M., Turdyev B.V., Kosimov M.M. Analiz situatsii po stomatologii v sel'skikh regionakh respublikhi Tadjhikistana [Analysis of the situation in dentistry in rural regions of the Republic of Tajikistan]. *Sovremennaya stomatologiya*, 2017, vol.4, pp.306–309. (in Russian)
13. Хамадеева А.М. Информационное письмо о внедрении комплексной программы профилактики кариеса зубов и заболеваний десен для детского

населения Самарской области / А.М. Хамадеева, А.М. Спиридонов. – Самара, 2000. – 25 с. / Khamadeyeva A.M., Spiridonov A.M. *Informatsionnoye pis'mo o vnedrenii kompleksnoy programmy profilaktiki kariyesa zubov i zabolevaniy detskogo naseleniya Samarskoy oblasti* [Information letter on the implementation of a comprehensive program for the prevention of dental caries and gum disease for the children of the Samara region]. Samara, 2000, 25 p. (in Russian)

14. Хамадеева А.М. Комплексная программа профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта для детского населения крупного промышленного города: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 232 с. / Khamadeyeva, A.M. *Kompleksnaya programma profilaktiki kariyesa zubov i zabolevaniy parodonta dlya detskogo naseleniya крупного промышленного города: Dis. ... kand. med. nauk* [A comprehensive program for the prevention of dental caries and periodontal diseases for the children of a large industrial city]. M., 1988, 232 p. (in Russian)

15. Худанов Б.О. Изучение уровня свободного иона фтора в зубных пастах для определения кариепрофилактической эффективности / Б.О. Худанов, Ш.Б. Даминова, А.Г. Шульте // *Стоматология детского возраста и профилактика: сб. тр. / под ред. Л.П. Кисельниковой, Л.П. Дроботко. – М., 2014. – С.173–177. / Khudanov B.O., Daminova Sh.B., Shul'te A.G. Izucheniye urovnya svobodnogo iona flora v zubnykh pastakh dlya opredeleniya kariyeprofilakticheskoy effektivnosti* [Studying the level of free fluoride ion in toothpastes to determine carioprophyllactic effectiveness]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika / pod red. L.P. Kisel'nikovoy, L.P. Drobo'tko. M.: Remder, 2014, pp.173–177. (in Russian)*

16. Abuhaloob L., Petersen P.E. Oral health status among children and adolescents in governmental and private schools of the Palestinian Territories. *Intern Dental J*, 2018, vol.68, no.2, pp.105–112.

17. Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health / A.I. Ismail, M. Tellez, N.B. Pitts [et al.]. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2013, vol.41, e12–e40.

18. Effectiveness of fluoride in preventing caries in adults / S.O. Griffin, E. Regnier, P.M. Griffin, V. Huntley. *J Dental Research*, 2007, vol.86, no.5, pp.410–415.

19. Fluoride and Oral Health / D.M O'Mullane, R.J Baez, S. Jones [et al.]. *Community Dental Health*, 2016, vol.1, pp.69–99.

20. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents / V.C. Marinho, J.P. Higgins, S. Logan, A. Sheiham. *Cochrane Database Systematic Rev*, 2003, vol.1, CD002278.

21. Implications of WHO Guideline on Sugars for dental health professionals / P. Moynihan, Y. Makino, P.E. Petersen, H. Ogawa. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2018, vol.1, pp.1–7.

22. Petersen P.E., Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology–2000*, 2012, vol.1, pp.15–39.

23. Petersen P.E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003, vol.31, pp.3–24.

24. Petersen P.E. World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *Intern Dental J*, 2008, vol.58, pp.115–121.

25. Stovell A.G., Newton B.M., Lynch R.J.M. Important considerations in the development of toothpaste formulations for children. *Intern Dental J*, 2013, vol.63, no.2, pp.57–63.

Конфликт интересов

Согласно заявлению авторов, конфликт интересов отсутствует.

Поступила 21.06.2019

Принята в печать 20.09.2019

Адрес для корреспонденции

Кафедра стоматологии детского возраста
Самарский государственный медицинский университет
г. Самара, ул. Чапаевская, 89
443099, Российская Федерация
Хамадеева Альфия Минвалиевна, e-mail: Ca.51@mail.ru

Кафедра стоматологии

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения
г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9
680009, Российская Федерация
Лучшева Лариса Файзылхановна, e-mail: Luchlara@yandex.ru

Address for correspondence

Department of Pediatric Dentistry
Samara State Medical University
89, Chapaevskaya street, Samara
443099, Russian Federation
Alfiya Khamadeeva, e-mail: Ca.51@mail.ru

Department of Dentistry

Postgraduate Institute for Public Health Specialists
9, Krasnodarskaya street, Khabarovsk
680009, Russian Federation
Larisa Luchsheva, e-mail: Luchlara@yandex.ru

СОБЫТИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ КАК ИСКУССТВО!

Это еще раз доказали участники финального этапа конкурса профессионального мастерства по терапевтической стоматологии, который проходил под эгидой Белорусской стоматологической ассоциации.

Участникам предстояло пройти тестирование по теоретическим вопросам терапевтической стоматологии, выполнить реставрацию кариозной полости II класса по Блеку первого постоянного моляра, а также провести эндодонтическое лечение искривленного корневого канала на пластмассовом эндоблоке с помощью систем «Proglider» и «Protaper Next» (Dentsply Sirona).

Они уверенно шли к победе в финале Республиканского конкурса «Лучший в профессии». Их отделяли считанные баллы от первого места... Непредвзятое и компетентное жюри, в состав которого вошли сотрудники кафедр терапевтической стоматологии БГМУ (Т.Н.Манак, Л.А.Казеко, А.В.Бутвиловский и др.) и кафедр терапевтической и общей стоматологии БелМАПО (Н.А.Юдина, С.А.Гранько), по всей строгости оценило уровень теоретической подготовки и профессионального мастерства финалистов.

В торжественной обстановке на заседании секции «Терапевтическая стоматология» в рамках VI Белорусского стоматологического конгресса были объявлены имена победителей. Первое место занял Артем Анатольевич Лушиц (Ивацевичи, Брестская область), второе место – Виктория Владимировна Кардис (Гродно), третье



место – Татьяна Александровна Шеметовец (Минск). Специальный приз от представительства компании Dentsply Sirona в Беларуси, генерального партнера конкурса, получил Андрей Вячеславович Становенко (Витебск), который также достойно представил свой регион в рамках конкурса. Ценные призы и дипломы финалистам вручили председатель Белорусской стоматологической ассоциации профессор И.В. Токаревич и профессор Т.Н. Манак.
Собств. инф.