

**НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА
ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ОРАЛНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ
ПРИ ДЕЦА 0-18 Г. В БЪЛГАРИЯ
2009 – 2014 Г.**

I. ВЪВЕДЕНИЕ И ОБОСНОВКА

1. Световен опит

Световната научна мисъл в областта на кариесологията и обществените организации, отговарящи за оралното здраве на населението в европейските страни и САЩ още през шейсетте години на миналия век осъзнаха значимостта на обществените програми за профилактика, които са единственото реално средство за подобряване на оралното здраве на населението. Това доведе до създаване и внедряване на постоянно действащи програми за профилактика на оралните заболявания в тези региони, които се увенчаха с безспорен успех само за няколко десетилетия.

Към края на ХХ век беше отчетено драматично снижение на разпространението на зъбния кариес в Западна Европа, Северна Америка, Канада, Австралия, Нова Зеландия и Япония. Например, в Англия и Уелс средният брой засегнати от кариес зъби на дете на 12 години от 4,8 през 1973 г. спадна до 1,2 през 1993 г. Във Варmland, Швеция през 1964 г децата на 12 години са имали 40 кариозни и obtурирани повърхности, а след въвеждането на национална програма за профилактика през 1994 г. имат по-малко от една засегната от кариес повърхност. В Холандия децата на 12 години имат в момента по-малко от 1 кариозен зъб, както в повечето европейски страни и САЩ. **Значително снижение се постига дори при деца от нисък и среден социален статус. Така през 1996 г. децата от групи с нисък и среден социален статус имат средно 0,9 кариозни зъби, а с висок – 0,3 кариозни зъби.**

В същото време в страните от Източна Европа стойностите за разпространение на кариеса все остават високи. Например през 1996 г. в Латвия – средният брой засегнати от кариес зъби е 7, в Полша – 5,1 в Унгария и Хърватия – 4,1.

За България няма национални данни, а само откъслечни такива, получени от отделни научни изследвания.

Отчетеното драматично снижение на разпространението на зъбния кариес в посочените по-горе региони и страни са постигнати като следствие от непрекъснато действащите в тях програми за профилактика на оралните заболявания. Програмите включват извършването на периодични епидемиологични изследвания, които служат като база данни за сравнение на получените резултати и оценка на ефективността от прилаганите мерки. В Германия такива мащабни епидемиологични изследвания се провеждат на всеки три години в рамките на действащата програма. В Дания от 1970 година е създадена национална банка данни, като всяко дете е въведено с личните си параметри и се проследява в годините.

Освен периодичните епидемиологични проучвания профилактичните програми включват и: провеждане на ендемна и локална флуорна профилактика; мотивация, обучение и контрол на оралната хигиена; контрол на въглехидратното хранене; профилактично покритие на фисурите на новопробилите зъби и други мерки.

Съвременните познания за естеството на зъбния кариес като многофакторно заболяване и като процес, който оставен без контрол и управление може да възникне и се развие във всяка възраст, индивид, група или общество налага постоянното съществуване и

изпълнение на програми за профилактика, дори и в страни, постигнали реално ограничение на разпространението му.

Световната здравна организация (СЗО) с резолюция WHA60.17 от 23.05.2007 на 60-то Световно събрание по въпросите на здравето, като признава присъщата тясна връзка между оралното здраве, общото здраве и качеството на живота; Като подчертава нуждата от включване на програми за промоция на оралното здраве и профилактика на оралните заболявания в програмите за интегрирана профилактика и лечение на хроничните заболявания, обръща внимание на страните членки на СЗО:

- „*Да приемат мерки (правителствата) за включване по подходящ начин на оралното здраве в политиките за интегрирана профилактика и лечение на хроничните незаразни и заразни заболявания, както и в политиките за майчино и детско здраве;*
- *Да вземат мерки (правителствата) за използване на доказателствено-ориентирани подходи за включване по подходящ начин на оралното здраве в националните политики за интегрирана профилактика и контрол на незаразните заболявания.*”

2. Ситуационен анализ в Република България

2.1. Демографски данни

Населението на България към 31.12.2007 г., по данни на Националния статистически институт (НСИ) е 7640238, като децата до 19 годишна възраст са наброявали 1 494 432, разпределени по възрастови групи както следва:

НАСЕЛЕНИЕ КЪМ 31.12.2007 Г. ПО ВЪЗРАСТ, МЕСТОЖИВЕЕНЕ И ПОЛ

Възраст (в навършени години)	Общо			В градовете			В селата		
	всичко	мъже	жени	всичко	мъже	жени	всичко	мъже	жени
ОБЩО	7 640 238	3 699 689	3 940 549	5 403 188	2 597 743	2 805 445	2 237 050	1 101 946	1 135 104
0	71 492	36 840	34 652	53 464	27 601	25 863	18 028	9 239	8 789
1 – 4	279 727	143 776	135 951	205 361	105 479	99 882	74 366	38 297	36 069
5 – 9	328 976	169 052	159 924	233 907	120 161	113 746	95 069	48 891	46 178
10 – 14	343 214	176 080	167 134	239 233	122 731	116 502	103 981	53 349	50 632
15 – 19	471 023	241 828	229 195	339 289	173 148	166 141	131 734	68 680	63 054

Детските градини в България са 2456, а децата в тях са 207 682.

Среднообразователните училища са 3066, броят на учениците е 856 022, от тях в начално образование от I до IV клас – 262 701, в прогимназиално (V – VIII клас) – 256 231 и средно образование (IX – XIII клас) – 337 090.

Броят на лекарите по дентална медицина е 7974 (ДВ, бр. 36, април 2006 г.). На един лекар по дентална медицина се падат 968 души от населението на страната. За сравнение СЗО препоръчва съотношение 1:2000, повечето Европейски страни – 1: 1200. Лекарите по дентална медицина със специалност детска дентална медицина са 577.

2.2. Състояние на оралното здраве

В България над 20 години не е провеждано национално епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралното здраве.

В доклад на Мартелер „Разпространение на зъбния кариес в Европа 1990-1995 г.“ изнесен на симпозиум на ORCA, 1995 г. и публикуван в Caries Res.1996 г. са представени данни за разпространението на зъбния кариес за дванайсегодишните деца, между които се намират и такива и за България. Разпространението на кариеса в тази възрастова група в Европа варира от 7.7 DMFT за Латвия до 1.1 за Холандия. За България фигурират данни за 3.1 DMFT. В публикувания доклад не присъства автор, литературен източник за цитираните данни за България. Произходът на тези данни не е ясен, нито начинът по който са получени. Не се знае бройката на изследваните деца нито мястото, в което са проведени изследванията, както и начинът на подбора на изследваните деца.

В базата данни на СЗО фигурират същите данни от този доклад, като за източник на информацията е посочен началникът на канцеларията в съответния отдел на СЗО. Специално се посочва, че липсват данни отделно за средния брой кариозни (D), средният брой obturирани (F) и екстрахираните поради кариес зъби (M). Това означава, че за България СЗО разполага с едно единствено число от 3.1 с неясен произход, което трудно би могло да се приеме за реална картина на кариесното разпространение в страната.

В следващ доклад на СЗО за 1999 г. отново фигурира една цифра за България от 4.4 DMFT, отново по данни на началника на канцеларията, отново без цитиран български автор или литературен източник и с уточнението за липса на данни, относно броя на кариозните, obturирани и екстрахираните поради кариес зъби.

В страната се извършват проучвания с научна цел, които дават макар и изолирана, но тревожна картина за разпространението на зъбния кариес. Такива са данните на Матеева, Пенева, Куклева, Кондева, където стойностите за DMFT варират от 3 до 8, в зависимост от района в страната и провеждането на някакви превантивни програми. Според данните, с които разполагаме, оралните заболявания показват тенденция за рязко увеличаване.

От резултатите, получени при епидемиологични проучвания с научна цел (1000 деца от София и Русе, два града в България без обществена програма за профилактика) децата 6 години имат средно 6 напреднали кариеса и още 4 начални. Засегнатите зъби са 34%. Над 80% от децата са засегнати от кариес на тази възраст - 9% са засегнати от кариес на постоянните зъби, макар да са пробили току що, а 88% от децата са засегнати от кариес на временните. Близо 50% от временните зъби са засегнати от кариес, а постоянните – 30% (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

При децата на 12 години 80% от децата са засегнати от кариес. Интензитетът на зъбния кариес - DMFT е 4,3 - това означава, че едно дете има средно 4,3 засегнати от кариес постоянни зъби. Тези данни са за напредналите дентинови кариеси. Ако към тях се включат и кариесите на емайла, които са обратими, данните сочат средно 7 засегнати зъби (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

Всеки четвърти 18 годишен е с един изваден постоянен зъб.

Пет секстанти средно по CPITN (Обществен пародонтален индекс за нуждите от лечение) са болни при 18 годишните.

Денталната медицинска помощ се характеризира с отсъствие на ефективна профилактична програма, обхващаща децата и учениците и крайно ограничен пакет дейности по НРД, което води до задълбочаване негативните тенденции в оралното здраве на всички възрастови групи от населението.

Проведените изследвания на Пенева (2008 г.) и на Кондева (2008 г.) показват, че профилактичните мерки при българските деца се свеждат единствено до профилактични прегледи и нищо друго. Профилактичното покритие на фисурите почти не се прилага, оралната хигиена е изключително занемарена, не се провеждат никакви локални методи на флуорна и реминерализираща профилактика и лечение.

Практически цялото население е обхванато от орални заболявания - кариес и усложненията му, пародонтопатии, зъбно-челюстни деформации, дефекти на зъбните редици и други.

2.3. Нормативна уредба по отношение профилактиката на оралните заболявания

В България засега липсва ефективна профилактична програма по отношение профилактиката на оралните заболявания при децата.

Такива въпроси са частично застъпени в наредби на Министерството на здравеопазването, националния рамков договор, но без комплексно решаване на проблемите по профилактиката на оралните заболявания.

В **Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията** е заложено провеждането на профилактични прегледи при децата, които включват и снемане на зъбен статус от стоматолог един път годишно, като Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебните заведения, с които има сключен договор, за осъществяването на тази дейност. Стоматолозите са длъжни да отразяват данните от проведените профилактични прегледи в утвърдената медицинска документация, одобрена от НЗОК и БЗС. Прегледите обслужват само лечението на детето по задължително здравно осигуряване.

В **НРД-2006** е регламентиран обема дейности, които се заплащат от НЗОК. В тях освен профилактичен преглед се включва и до 4 лечебни дейности годишно. В НРД няма дейности по промоция на денталното здраве и профилактика на оралните заболявания при децата до 18-годишна възраст. Във връзка с това в **Националната здравна стратегия 2008-2013 г.** една от основните задачи в стратегическа цел 3 „Подобряване на извънболничната медицинска помощ” е за подобряване денталното здраве чрез усъвършенстване на механизмите за предоставяне на дентална помощ. Като задачи за изпълнението на тази цел е заложено провеждането на проучване за изготвяне на национален ситуационен анализ на оралното здраве на децата, целево финансиран от държавата, укрепване и разширение на сега съществуващите регионални профилактични орални програми, изготвяне и изпълнение на ресурсно осигурена национална програма за промоция на оралното здраве и профилактика на децата и учениците до 18 годишна възраст

2.4. Дентална помощ по НРД-2006 през 2007 г. на деца до 18 годишна възраст

Чл. 267, т.1 от НРД-2006 регламентира обема дейности, които може да получи всяко здравноосигурено лице на възраст до 18 години, когато потърси помощ от лекар по дентална медицина, сключил договор с НЗОК, а именно:

а) обстоен профилактичен преглед със снемане на зъбен статус, веднъж за съответната календарна година;

б) до 4 лечебни дейности за съответната календарна година, като в тях се включват до две лечения на пулпит или периодонтит на постоянен зъб.

Съгласно чл. 102, ал. 2 и 3 от Закона за здравното осигуряване, Националната здравноосигурителна каса и дружествата за доброволно здравно осигуряване предоставят на МЗ шестмесечни справки, съдържащи данни за вида и обема на извършените медицински и дентални дейности по договор с изпълнители на медицинска и дентална помощ. От тези справки не може да се получи информация за броя на лицата, на които са извършени отчетените дейности – получената информация е за броя извършени дейности. Така за 2007г. са отчетени следните дейности първична дентална помощ за лечение на деца до 18 години:

Извършени стоматологични дейности за лица до 18 г. – 2007 г.					
Прегледи със снемане на зъбен	Препариране на кавитет, подложка и obtурация	Екстракция на временен зъб	Екстракция на постоянен зъб	Пулпит на временен зъб	Пулпит на постоянен зъб

статус					
391 899 бр.	703 925 бр.	120 494 бр.	9 953 бр.	104 825 бр.	154 305 бр.

Дейностите по-горе са извършени и отчетени от 5 950 лекари по дентална медицина, изпълняващи договори с НЗОК пакет първична дентална помощ.

Нямаме данни за извършената дентална помощ на деца до 18 г. извън договорената по НРД-2006 – т.е. заплатена от пациента.

От изследвания на Пенева се доказва, че само 43% от децата у нас получават някаква професионална профилактика, като в повечето случаи се посочва единствено профилактичен преглед (което е само установяване на състоянието, но не е извършване на някаква профилактична мярка). Дори този резултат, получен чрез анкетно проучване не е особено надежден, тъй като само 29% от децата посещават зъболекарски кабинет (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

2.5. Ниво на информираност по въпросите на оралното здраве

Информираността на населението по въпросите на оралното здраве, за предпоставките и причините за неговото влошаване, за последиците от ненавременното диагностициране и отстраняване на съществуващи проблеми е от съществено значение за намаляване разпространението на тези състояния.

В България няма цялостна организирана система за информиране на населението по тези въпроси, не се провеждат организирани информационни кампании. Частична информация се предоставя на населението от денталните лекари, от Български зъболекарски съюз, от различни търговски фирми с оглед реклама на техни продукти.

В Държавните образователни изисквания (стандарт) на МОН за учебно съдържание, теми, свързани със здравно образование и възпитание, са включени в:

- учебния предмет „Човекът и природата” от 3 – 6 клас и те са насочени към развитие на знания и отношения у учениците към опознаване на органите на човешкото тяло и основните жизнени процеси при човека; хигиенни правила за здраво тяло; разпознаване на вредни за човека вещества и въздействия;

- учебния предмет „Биология и здравно образование” от 7 – 8 клас и те са насочени към придобиване на познания за структурата, жизнените процеси и хигиената на човешкия организъм: клетки, части от органи, органи, системи и техните функции; увреждания и заболявания; структури на човешкото тяло; хигиенни правила на поведение и здравословен начин на живот; анализ на връзки и зависимости между състояние на организма и правила за профилактика.

Като цяло няма данни за нивото на информираност на населението, вкл. децата и техните родители, по различните аспекти на профилактиката на оралните заболявания.

От изследвания на Пенева могат да се направят косвени изводи за информираността на населението за правилното здравно поведение по отношение на оралното здраве. Доказа се, че по-големият брой кариозни зъби при родителите е свързан с по-голям и при децата (еднакво здравно поведение в семейството); 83% от децата имат междинна консумация на въглехидрати и не знаят, че това е причина за кариеса; 88% от децата не провеждат ендогенна флуорна профилактика (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

3. Принципи на профилактиката на зъбния кариес

3.1. Здравословно хранене

Безспорен научен факт е, че дисбалансираното хранене, в частност – високата консумация на захар и захарни изделия, е един основен рисков фактор за възникване и развитие на орални заболявания. Количеството, вида, честотата и начина на прием на

въглехидратите са предпоставка за сформирание на комплексния етиологичен фактор за оралните заболявания – зъбната плака. Затова обучението и мотивацията за нуждата от здравословно хранене на бременната жена и детето са водещи активности във всяка съвременна превантивна програма за борба с оралните заболявания.

През 2004 година се проведе национално епидемиологично проучване на хранителния прием и хранителния статус на населението в България - известно като Национален мониторинг на хранителния прием. В работата по събиране на информацията участваха екипи от 26 РИОКОЗ, като е използван анкетен метод за 24-часово възпроизвеждане по памет на храненето за предишен ден (т.нар. 24-h Recall) .

За представителната за страната извадка беше събрана информация със специално разработени за целта анкетни карти за хранителен прием.

Видно от таблицата по-долу при децата и юношите среднодневната консумация на захар и захарни изделия варира от 37.0 г при децата от 3 до 7 години и 55.2 г при децата на 14-19 години (от горния училищен курс).

СРЕДНОДНЕВНА КОНСУМАЦИЯ НА ЗАХАР И ЗАХАРНИ ИЗДЕЛИЯ ПРИ ДЕЦА И ЮНОШИ В БЪЛГАРИЯ

Вид захарни продукти g/дневно	1-3 год.	3-7 год.	10-14 год. момчета	10-14 год. момичета	14-19 год. момчета	14-19 год. момичета
Захар	12.4	11.1	8.5	110.6	8.9	10.8
Зах.изделия	22.2	21.3	34.1	35.5	29.8	33.2
Шоколад	7.5	4.6	6.5	6.4	3.7	11.2
Мед	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Общо	42.1	37.0	49.1	52.5	42.2	55.2

Резултатите от Националния мониторинг на хранителния прием, 2004 год. очертаха като проблемни популационните групи момичета и девойки на възраст от 10-14 години, респективно - 14-19 години, при които консумацията на захар, шоколадови и захарни изделия е най-висока, в сравнение с всички други популационни групи, при това - за сметка на важни за растежа и развитието на младия организъм храни- източници на есенциални белтъци, витамини, минерали. Като се има предвид, че това са подрастващи организми в предфертилна възраст, проблемът придобива особена здравно-рискова значимост по отношение на оралните заболявания. Причините са комплексни, като основните са: обилното предлагане на широк асортимент захарни, шоколадови изделия и високо-захарни безалкохолни напитки в училищните бюфети, както и липсата на информация (обучение) по проблемите на здравословното хранене в училищата.

От изследвания на Пенева («Зъбният кариес през XXI век», изд. Изток Запад, 2008) става ясно, че за българските деца най-застъпеният рисков фактор за развитие на зъбен кариес са количеството, честотата и начина на консумация на въглехидратите. В 95% от децата е завишена консумацията на въглехидрати, което е основна причина за развитие на кариес. При 80% от децата се използват междинно (между основните хранения) нискомолекулни въглехидрати и подсладени напитки, поддържащи кариесогенна ситуация за часове. Доказа се, че децата с неправилна въглехидратна консумация имат средно с 3.61 кариеса повече и притежават два пъти по-занемарена устна хигиена. Децата с междинен прием имат средно два кариеса повече от другите. Тези, които консумират подсладени напитки между храненията имат средно шест кариеса повече (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008). Това

налага контрол на храненето, контрол на продаваните въглехидратни храни в училищата, обучение в правилата за въглехидратната консумация.

3.2. Флуор

Флуорът е микроелемент, газ и не се среща в свободно състояние в природата, а под формата на флуориди – негови съединения с други елементи. Той се съдържа естествено във водата (океани, морета, реки, минерални извори), в храната и във въздуха. Поради малките му размери като йон, той бързо се резорбира в храносмилателния тракт и от там, чрез кръвния ток, попада в тъканите, богати на калций - кости и зъби. По-голямата част от постъпилите в организма флуор се излъчва от организма чрез бъбреците - с урината, а по-малко с потта и слюнката. До 24 часа човек изхвърля приблизително половината от постъпилото количество флуор в организма.

Силният афинитет на флуора към калция, който е основен градивен елемент на зъбите, играе основна роля в профилактиката на зъбния кариес.

Няколко са механизмите, чрез които флуорът помага:

- ако флуорът постъпва в организма по време на изграждането на зъбите, преди пробива им, той преобразува твърдите зъбни тъкани в по-устойчиви на киселинно разтваряне. А известно е, че зъбният кариес се причинява от киселинното разграждане на зъбния емайл;
- ако флуорът постъпва в организма след окончателното изграждане на зъбите, след пробива им, той участва в непрекъснатите нормални взаимосвързани процеси – разграждането и изграждането наново /реминерализация/ на зъбния емайл;
- той влияе и пряко върху зъбната плака, която в основната си структура е колония от микроорганизми. Киселините от микроорганизмите са основния фактор, причиняващ зъбния кариес. Флуорът намалява броя на микроорганизмите като подтиква обменните им процеси и някои техни ензимни системи. По този начин се намалява и образуването на киселини.

Две са формите на флуорна профилактика на зъбния кариес: ендогенна (системна), когато флуорът се приема вътрешно, и локална – при въздействие директно върху зъбната повърхност.

Значението на оптималния ендогенен и екзогенен прием на флуор за зъбното здраве е отдавна известно и доказано. У нас само 11.58% от децата провеждат ендогенна флуорна профилактика и те имат по-малко средно 3.5 засегнати от кариес зъби. Децата, които провеждат екзогенна флуорна профилактика (използване на флуорна зъбна паста) имат с един зъб по-малко засегнати от кариес зъби и по-добра устна хигиена, осигуряваща здраве и на пародонта (Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

3.2.1. Флуор в питейни води

В страната за питейно-битово водоснабдяване се използват 6 231 водоизточника, от които повърхностни - 325 (данни за 2007 г.). Независимо от много по-големия брой подземни водоизточници, 52,37% от общото годишно количество консумирана вода в страната е от повърхностни водоизточници (7,02% „течащи” води (реки) и 45,35% „стоящи” води (язовири, езера), а 47,63 % от подземни водоизточници. Това обуславя ниското съдържание на флуориди в питейните води в страната, тъй като по правило повърхностните водоизточници (имайки предвид също, че почти всички от тях се намират в планински райони) имат много ниско естествено съдържание на флуориди.

Около 84,6% от населените места в България са с изградени централизирани водоснабдителни системи. В тези населени места живее около 98,9% от населението на страната. Според актуализирани към 2007 г. данни броят на зоните за водоснабдяване е 2 523. От тях с обем разпределяна вода над 1 000 куб. м. за 24 ч. и/или с постоянно живущо

население, свързано към водоснабдителната система над 5 000 човека, са 237. Общия брой на населението постоянно живущо в тези зони е около 5 442 000 души, което представлява 78 % от населението на страната.

Тези данни показват, че в България като брой значително преобладават малки зони на водоснабдяване, в които са включени едно или няколко малки населени места, получаващи вода от един или няколко водоизточника със сходни качества на водата, но по-голямата част от населението всъщност се водоснабдява от големи зони на водоснабдяване, при които преобладаващата част на питейната вода е с произход от повърхностни водоизточници, които имат много ниско съдържание на флуориди.

Същевременно, наднормено съдържание на флуориди в питейната вода (над 1,5 mg/l) се установява на много малко места в страната. Проблемът има регионален характер за 14 населени места в Хасковска област и за три населени места в Благоевградска област. Превишението на нормата е най-често около два пъти, в отделни случаи до 3-4 пъти. Основната причина за този проблем е ползването на водоизточници с естествено наднормено съдържание на флуориди за водоснабдяване на населените места, вкл. и водоизточници на минерална вода за някои от тях. Възможните решения са изграждане на нови водоизточници, пречистване на водата или смесване с вода, отговаряща на изискванията, с цел достигане на допустими стойности на флуориди. Като цяло за страната, нестандартността на питейната вода по показател флуориди за 2007г. е само 0,72%, което е една много ниска стойност.

През 1999г. МЗ е извършило частично проучване за установяване на населените места в страната, в които съдържанието на флуориди в питейната вода е в границите на „оптималните” стойности (0,7-1,5 mg/l).

Независимо от казаното до тук, **дейности, свързани с флуорирането на питейната вода не следва да бъдат предприемани поради факта, че водоснабдителните системи в България, в т.ч. и в София не са оборудвани и пригодени за флуориране на питейната вода.** Липсват необходимите съоръжения, оборудване, инфраструктура, както и изпълнението на редица други условия и опит, за да може дори и на „теория” да се прогнозира какви средства са необходими и в какъв срок е възможно да се реализира флуориране на питейната вода в страната. Съществуват обективни предпоставки за невъзможност за прецизно дозиране и поддържане съдържанието на флуорид в питейната вода във водоснабдителните системи, които дори не са проектирани така, че да позволяват прилагането на флуориране, като метод за обработка на питейната вода.

3.2.2. Минерални води с флуор

България е страна богата на минерални води, не малка част от които са с повишено съдържание на флуорид. В страната има създадена традиция в голяма част от населението за ползване на минерална вода за питейна консумация, както в бутилиран вид, така и чрез водоналиване или директна консумация от многобройните обществено достъпни съоръжения (чешми, водоналивни пунктове) при водоизточниците на минерални води.

Значителна част от флуорид съдържащите минерални води в страната са води с ниска минерализация (със съдържание на минерални соли, не по-високо от 500 mg/l), което ги прави подходящи за бутилиране за питейни цели. Много често тези води съответстват в почти пълна степен на изискванията за питейните води, като единственото, което ги отличава от тях по отношение на състава е по-високото съдържание на флуорид. Съществуват обаче и немалко минерални водоизточници с обществено достъпни съоръжения за ползването им с много високо съдържание на флуорид във водата, което създава предпоставки за възникване на здравен риск при една по-продължителна и постоянна консумация за питейни цели.

Понастоящем в страната се бутилират и се разпространяват в търговската мрежа 29 национални марки натурална минерална вода. Съгласно чл. 4б, ал. 3 на Закона за храните,

министърът на здравеопазването е утвърдил със заповеди списъка на признатите натурални минерални води в Република България, които съответно са включени и в списъка на признатите натурални минерални води в Европейския съюз.

Съгласно действащото законодателство – Наредбата за изискванията към бутилираните натурални минерални, изворни и трапезни води, предназначени за питейни цели (която е напълно хармонизирана с Директива 80/777/ЕИО за натуралните минерални води) се допуска бутилиране на натурални минерални води със съдържание на флуор до 5 mg/l. Наредбата изисква в случаите, когато натуралната минерална вода е със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l, на етикета да се поставя следния текст: „Съдържа флуорид над 1,5 mg/l. Не е подходяща за всекидневна употреба от кърмачета и деца под 7-годишна възраст.”. Надписът трябва да се поставя в непосредствена близост до търговското наименование (търговската марка) на продукта и трябва да е ясно различим.

Анализът на пуснатите на пазара национални минерални води показва, че 13 от тях са със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l. От тези 13 води, 3 са със съдържание флуорид 5 mg/l, 9 са с флуорид в диапазона от 3 до 5 mg/l и 1 в диапазона от 1,5 до 3 mg/l. Видно от горното, преобладават флуорид съдържащите натурални минерални води в диапазона от 3 до 5 mg/l. По данни на Асоциацията на производителите на безалкохолни напитки в България, през 2007 г. търговският дял на минералните води от посочената група е бил 27,2% от всички произведени в страната бутилирани минерални води. През същата година пазарният дял на бутилираните минерални води със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l като цяло е бил 32,7%.

На база горепосоченото, може да се каже, че натуралните минерални води със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l са около 1/3 от всички бутилирани български минерални води. По данни на Европейската комисия, по този показател страната се нарежда на едно от челните места в ЕС. Следователно, приемът на флуорид от бутилирани натурални минерални води за българското население е над средното за ЕС. Това обстоятелство придобива още по-важно значение като се има предвид, че консумацията на чуждестранни минерални води в страната е много ниско и че българските натурални минерални води имат силно доминираща роля като пазарен обем спрямо другите видове бутилирани води (изворни и трапезни).

Със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l са бутилираните минерални води от находищата „Хисаря”, „Велинград”, „Девин”, „Михалково”, „Ракитово”, „Старо Железаре”, „Баничан” и „Бързия”. Близко до стойността от 1,5 mg/l са минералните води от находищата „Леново” и „Шипково”.

Следва да се посочи също, че богатите на флуорид минерални води (независимо дали са в бутилиран вид или се ползват за водоналиване и директна консумация), сами по себе си биха могли да бъдат средство за провеждане на флуорна профилактика, ако се ползват по конкретно определена за всяка вода и възрастова група схема. Предвид обаче голямото разнообразие на минерални води в страната, съдържащи флуорид в много широк диапазон и фактът, че водите в бутилиран вид представляват храна по смисъла на Закона за храните, горната възможност има по-скоро теоретично, отколкото практическо значение.

В таблицата по-долу е представена информация за съдържанието на F^- в различни минерални води, предлагани на пазара. Данните са установени при провеждане на лабораторни измервания, а съдържанието на F^- е изписано на етикета на бутилирана минерална вода:

<i>Търговско наименование на</i>	<i>F^- конц.на етикет Измерени F^- конц. с йон метър и F^-</i>
--------------------------------------	---

<i>минералната вода</i>		<i>селективен електрод</i>
Рударци	1,50 ppm	1,39 ppm
Неврокоп	0,13 ppm	1,47 ppm
Преподобна Стойна	0,40 ppm	0,40 ppm
Ракитово	5,00 ppm	5,35 ppm
Клептуза	4,50 ppm	4,54 ppm
Velingrad (BG)	4,50 ppm	4,61 ppm
Велинград	4,50 ppm	4,45 ppm
Девин	4,30 ppm	4,10 ppm
Хисаря	5,00 ppm	4,97 ppm

* Sharkov N. Fluoride Concentrations in Bulgarian Mineral Waters: Comparisons between Label Announcements and Actual Levels. *5th Congress of the Balkan Stomatological Society, Thessaloniki, Greece, 2000, Oral Presentation 228*

С данни относно потреблението на количествата вода от различните видове от населението не разполагаме.

3.2.3. Флуорирано мляко

Млякото е основен хранителен продукт за подрастващите. България бе пилотна страна, в която преди 18 години стартира програма за профилактика на зъбния кариес при децата от детските градини с флуорирано мляко. В момента са обхванати около 32 000 деца. По препоръка на СЗО положителният български опит бе приложен и такива програми бяха осъществени във Великобритания, Русия, Китай, Чили (национална програма), Перу (национална програма), Тайланд (национална програма). С решение на правителството, одобрено впоследствие и от парламента, предстои внедряването на национална програма с флуорирано мляко и в Република Македония.

В осем града в страната - Пловдив, Варна, Шумен, Велико Търново, Стара Загора, Бургас, Севлиево и Дряново, се провеждат програми за профилактика на зъбния кариес при децата от детските градини с флуорирано мляко. Програмите са на базата на протоколи за сътрудничество между МЗ, Wotrow Foundation (Англия) и общините и се осъществяват под методологичното ръководство на СЗО, респективно на Отдела за профилактика на незаразните заболявания. Сега съществуващите в България профилактични програми за профилактика на зъбния кариес при децата от детските градини с флуорирано мляко, могат да се разширят и в други региони на базата на натрупания богат опит с този вид флуорна профилактика. Според възрастта децата в детските градини приемат ежедневно определено количество мляко с регламентирано съдържание на флуор в него не по-малко от 180- 200 дни годишно. Съгласно препоръките на СЗО (**Писмо-указание на СЗО във връзка с изпълнението на Програмата за кариес-профилактика чрез флуорирано мляко в България**) дневният прием на флуор чрез млякото на децата, участващи в програмата, трябва да бъде:

0-23 месеца – 0,25 mg F; респективно 100g (2.5 ppm F) или 50g (5.0 ppm F) прясно или кисело мляко;
 2-3 години – 0,50 mg F; респективно 200g (2.5 ppm F) или 100g (5.0 ppm F) прясно или кисело мляко;
 3-6/7 години – 0,75 mg F; респективно 300g(2.5 ppm F) или 150g(5.0 ppm F) прясно или кисело мляко.

Изборът на вида мляко за консумация от децата, респективно на производител и на доставчик на флуорирано мляко за детските заведения се определя изцяло от общините, избрали тази форма на профилактика на зъбния кариес, които го финансират и зависи от финансови, организационни, законови и чисто практически съображения.

Макар че има масов обхват в съответните общини, участващи в програмата, включването на всяко отделно дете в нея **става с писмено изразеното информирано съгласие на неговите родители**. Досегашният опит показва, че броят на децата, невключени в програмата по различни причини, посочени от техните родители, не надхвърля 10%, като по правило той е значително по-малък. Приемът на флуор чрез флуорирано мляко е съобразен с евентуалния кумулативен ефект на флуора в организма. Населени места със съдържание на флуор в местните питейни водоизточници над 0,3 мг/л дефинитивно се изключват от участие в програмата, а децата, които приемат флуор чрез млякото, не трябва да приемат други алтернативни източници на ендогенен флуор като флуорни таблетки, капки, бутилирани минерални води с повишено флуорно съдържание, естествено флуорирани минерални води и пр.

3.2.4. Флуорни капки и таблетки

След прекратяване на кърменето всички деца могат да приемат флуор в дози съответстващи за възрастта до 16 годишна възраст или под формата на капки, таблетки или под формата на флуорирано прясно или кисело мляко. Дозите се определят и предписват от лекаря по дентална медицина.

На фармацевтичния пазар у нас се продават флуорни капки и таблетки, произведени в България и внос. Нямаме данни за закупените количества.

3.2.5. Флуорирана готварска сол

На пазара се продава **флуорирана готварска сол**, внос от Р. Гърция и родно производство. Нямаме данни за закупените количества.

3.2.6. Устна хигиена – използване на средства за поддържането ѝ, които съдържат флуор

Правилната устна хигиена с използване на зъбни четки, зъбни пасти с флуор и зъбни конци е основен профилактичен метод, на който трябва да бъдат обучени и възпитани всички деца и техните родители (настойници) в България и те да придобият адекватни знания и умения, които да станат част от тяхната ценностна система.

Зъбните пасти с флуор представляват деветдесет и девет процента от пазара на пасти за зъби в България. Проучване направено от GfK сочи, че само 33% от българските домакинства редовно купуват четки за зъби, а 39% - редовно купуват зъбни пасти.

Доказа се, че 40% от децата не ползват флуорни зъбни пасти и те имат по-занемарена устна хигиена и повече кариозни зъби. Доказа се с висока статистическа достоверност връзката между занемарената устна хигиена и зъбния кариес – колкото по-високи са стойностите на индексите за устната хигиена, толкова повече кариеси и възпалени венци се откриват ((Пенева М, «Пътят за преминаване от оперативно към неоперативно превантивно лечение на зъбния кариес», докт. дис, 2008).

Плакнене на устата с разтвори с флуор е допълнителен адекватен подход за локална флуорна профилактика на зъбния кариес и подобряване на устната хигиена. У нас на пазара се продават разтвори за плакнене на уста с флуор, произведени в България и внос. Нямаме данни за закупените количества.

3.3. Запечатване (силанизиране) на дълбоки фисури и ямки на първи постоянни молари

Кариесът при постоянни зъби започва при първите постоянни молари, които пробиват на 6 години. Те пробиват с дъвкателна повърхност, набраздена от много разклонения, ямки, фисури и бразди, които представляват място за задръжка на зъбна плака – основен комплексен фактор за развитие на кариес. Степента на минерализация на емайла в тази възраст не е завършена. Кариозният процес се развива изключително бързо и само за няколко години, ако не се вземат мерки, тези зъби силно се разрушават, а нерядко се загубват.

Запечатването на дълбоките фисури и ямки на първите постоянни интактни молари е най-ефикасно средство за предпазване от зъбен кариес, защото тези зони са предилекционни места за задържане на плака, трудност или невъзможност за отстраняването и или повлияването и с флуорна профилактика и съответно образуване на кариес.

Затова запечатването със силанти (силанти, гласйономерни цименти), които отделят и флуорни йони, трябва да се осъществява до две години след пробива им, период, през който емайльт „узрява“ и достига най-висока степен на минерализация. Поради финансовите възможности на държавата всяка година би трябвало да се силанизират само първите постоянни молари на децата.

Профилактичното покритие на дълбоките фисури веднага след пробива на тези зъби със силанти, осигурява 100% здраве на фисурата, спестява средства и осигурява пълноценно съзъбие. Установено е, че 84% от кариеса на постоянните зъби между 6 и 8 години засяга дъвкателните повърхности. Прилагането на програми за профилактика, включващи профилактичното покритие показват снижаване на кариеса до 60%. В Канада и Испания – 62% редуция на оклузалния кариес; Мичиган, САЩ – 84% редуция; Масачузетс – 65%; Колумбия 84%; Вашингтон – 78%; Охайо -74%; Тайланд – 52% и др.

Проучвания на Куклева (2005) и Кондева (2007) показват, че българските лекари по дентална медицина са запознати със съвременните методики и средства за профилактични покрития, но рядко ги прилагат. Само 2 % от първите постоянни молари при децата на 7 години в гр. Пловдив през 2006 г. са със запечатани фисури на първите постоянни молари, въпреки наличието на индикации за това. Проучвания на Пенева (2008) показват, че във възрастовата група от 6 до 15 години децата с профилактични покрития на някои от дъвкателните зъби се движат от 0 до 2%. Причините за ограниченото прилагане трябва да се търсят в необходимостта от мотивация на родителите, които трябва да заплатят профилактичните покрития, тъй като те не са включени в безплатния пакет за деца на здравната каса.

В световен мащаб програмите за запечатване на фисурите със силанти се провеждат в училищни, в подвижни или частни дентални кабинети. За условията на България е подходящо използването на всички възможности.

Програмите за профилактика на оралните заболявания включват няколко компонента, като обучение за орално здраве, скринингови изследвания, плакнене с флуорни разтвори и апликация на силанти. Съществуват и програми, базирани в училищата, които включват главно поставяне на силанти.

Децата и техните родители трябва да се информират за необходимостта от поставянето на силанти, стойността на процедурата и предоставените възможности от съответната програма. След връщане на подписано информирано съгласие, детето може се преглежда, определя се необходимостта от поставяне на силанти и професионалистът ги поставя. Денталният лекар трябва да проследява и отчита състоянието и качеството на поставените силанти, както и ефекта от тях.

Използват се различни форми за осигуряване на силанизирането:

- директно осигуряване на програмата;
- осигуряване на склад от силанти и сключване на договор за доставка;
- управление на програмата на ниво държава, която не осигурява директно службите, извършващи силанизирането, а плаща с ваучери за изпълнена работа;
- създаване на мрежа от локални служби за силанизиране;
- създаване на звена за партньорство между частно практикуващите и държавата.

Провеждането на програмата трябва да се осигури със законови актове, които да ангажират в процеса медицински специалисти и дентални лекари. Задължителна част от

осигуряването на програмата е разработването на критерии и професионални стандарти, ръководства, обучение, включително и за контрол на инфекциите.

4. Предпоставки за приемане на национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България

- Липса на национални данни по основните орални епидемиологически показатели при децата на 6, 12 и 18 годишна възраст (стандартизирани прицелни групи по методика на СЗО).
- Интензитетът на зъбния кариес (според отделни научни проучвания) на временните зъби при 6 годишните и на постоянните зъби при 6 и 12 годишните е изключително висок спрямо същия показател в другите европейски страни.
 - Над 80% от децата над 6 годишна възраст са засегнати от кариес;
 - Децата на 12 години имат средно между 4,3 - 7 кариозни зъби;
 - Процентът на свободни от кариес деца е изключително нисък спрямо същия показател в другите европейски страни;
 - Всеки четвърти 18 годишен е с един изваден постоянен зъб*.
- Заболявания на гингивата и пародонта още при 18 годишните – 5 болни секстанти по СРITN*.
- Оралната хигиена на децата в България при всички възрасти е силно занемарена, като същевременно не се провежда локална флуорна профилактика, не се провежда профилактично покритие на фисурите на постоянните молари, липсва обучение и контрол относно въглехидратното хранене;

Тези изводи налагат разработването и реализирането на Национална програма със съвременни и адекватни мерки, съобразени с политиката и препоръките на СЗО.

**Шарков Н, Н. Атанасов, Епидемиологично проучване на зъбния кариес и състоянието на пародонта на студенти от ВХТИ "Асен Златаров"-Бургас, Стоматология С 1988, 2:31-34*

II. Цели

1. Стратегическа цел

Подобряване оралното здраве на децата до 18 г.

2. Оперативни цели

- Установяване състоянието на оралното здраве при деца чрез провеждане на национално епидемиологично проучване и национален ситуационен анализ на оралното здраве по стандартни показатели на децата до 18 годишна възраст;
- Повишаване дела на децата, които имат знания, адекватно поведение и умения за опазване на оралното си здраве;
- Намаляване интензитета на зъбния кариес на първите постоянни зъби чрез прилагането на силанти;
- Оказване съдействие на регионалните (общински) орални профилактични програми.

III. Приоритети:

1. Провеждане на епидемиологично проучване за състоянието на оралния статус на децата от 3 възрастови групи.

Както е посочено в раздел „Състояние на оралното здраве” на настоящата програма, в България повече от 20 години не е провеждано епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралното здраве. Правят се единствено проучвания с научна цел, които дават изолирана картина за разпространението на оралните заболявания. Предоставяните от здравноосигурителните дружества /вкл. НЗОК/ данни дават информация само за извършените дейности, но не и за оралното здраве на населението. Няма данни и за извършената дентална помощ, заплатена директно от пациента. Липсата на цялостна картина за състоянието на оралното здраве на децата създава затруднения при планирането на дейности за промоция, профилактика /вкл. силанизиране/ и лечение на оралните заболявания.

Във връзка с това в рамките на програмата се предвижда провеждането на национално проучване, с което да се установи състоянието на оралното здраве при децата в България. **Целта на проучването** е да се установят епидемиологията и честотата на зъбния кариес, разпространението на заболяванията на пародонта, зъбно-челюстните деформации, както и да се оцени орално-хигиенния статус. Проучването ще се извърши от специално обучени и калибрирани екипи, които ще извършват прегледите, като състоянието на оралното здраве на децата ще бъде оценено по изчислени основни индекси.

За целта от всяка от 28-те области в страната ще бъдат прегледани по 360 деца от областния център и 360 деца от неурбанизирани населени места, избрани на лотарийен принцип. Ще бъдат прегледани три прицелни възрастови групи – деца на възраст 5-6 год, деца на 12 год и деца на 18 год. Децата за всяка област се разпределят по следния начин:

Децата на 5-6 год. – 120 деца (60 момичета и 60 меомчета) от областния град;

- 120 деца (60 момчета и 60 момичета) от неурбанизираните населени места;

Децата на 12 год. – 120 деца (60 момичета и 60 меомчета) от областния град;

- 120 деца (60 момчета и 60 момичета) от неурбанизираните населени места;

Децата на 18 год. – 120 деца (60 момичета и 60 меомчета) от областния град;

- 120 деца (60 момчета и 60 момичета) от неурбанизираните населени места;

Общият брой прегледани деца за страната ще е 20 160 – по 720 от всяка област.

Като **изпълнители на проучването** във всяка област ще участват екипи от по двама дентални лекари от съответната област. За контрол на дейностите по проучването НКС може да определи за всяка област до 2 супервайзъри от факултетите по дентална медицина.

Общият брой участници в изследователските екипи ще бъде между 84 и 112 души.

За целта ще се проведе обучение и калибриране на екипите. Обучението ще се проведе във факултета по дентална медицина – София под ръководството на Националния консултант по детска дентална медицина и ще се състои в теоретично обучение и калибриране чрез практически прегледи върху едни и същи деца. Калибрирането ще се приема за завършено след постигане на *Карра* коефициент най-малко 0,75.

След провеждане на теренната фаза на проучването ще се изчислят основните индекси за оралното здраве.

- групата на децата между пет и шест години ще се оценява по отношение процента деца, без зъбен кариес на временните зъби; *dmft, dmfs, DMFT, DMFS, Ep*.

- дванайсетгодишните деца ще се оценяват за интензитета на зъбния кариес на постоянните зъби *DMFT; DMFS, Ep*.

- осемнайсетгодишните деца ще се оценяват по състоянието на пародонталния статус и средния брой на екстрахирани постоянни зъби; *DMFT, DMFS, Ep*.

Данните от проучването ще предоставят информация за актуалното състояние на оралното здраве на българските деца и ще послужат за основа при планирането на

дейностите по силанизиране, както и на други дейности в областта на профилактиката и лечението на оралните заболявания и промоцията на оралното здраве при децата.

2. Повишаване нивото на информираност сред населението за оралните заболявания, със специална насоченост към родители, учители, бременните, децата и учениците относно правилна устна хигиена, правилно хранене, значението и средствата за орална профилактика.

Предвижда се разработването на методични ръководства за профилактика на кариеса чрез здравословно хранене, правилна устна хигиена и др. за изпълнителите на програмата, предназначени за лекари по дентална медицина, както и за деца, родители, учители, бременни жени, медицински специалисти и др.; провеждане на семинари по профилактика на оралните заболявания, разработване; издаване и разпространение на информационни и обучителни материали за оралните заболявания сред децата, за тяхното значение за общото здраве, за необходимостта от профилактични прегледи, за правилата за поддържане на устна хигиена и за методите на профилактика.

3. Профилактични дейности - флуорна профилактика

Предвижда се провеждането на проучване за съдържанието на флуориди в питейните води и определяне на зоните, в които поради високо съдържание на флуориди в питейната вода не се препоръчва флуорна профилактика.

Ще се оказва на подкрепа за продължаване на съществуващите програми за кариес-профилактика с флуорирано мляко в организираните детски контингенти, респ. в Пловдив, Варна, Стара Загора, Бургас, Велико Търново, Шумен, Севлиево и Дряново

Когато по различни причини използването на флуорирано мляко е невъзможно се предвижда информиране на населението за използване на други алтернативни средства за флуорна профилактика.

4. Запечатване (силанизиране) на дълбоки фисури и ямки на първи постоянни молари.

В рамките на програмата се предвижда ежегодно силанизиране на първите постоянни молари през първите 2 години от пробива им на до 20 000 деца на възраст 6-9 год., като броят на децата може да бъде увеличен при наличие на достатъчно ресурси. Националният координационен съвет ще одобри методично ръководство с критерии за подбор на децата, подлежащи на силанизиране, както и критерии и професионални стандарти за поставяне на силанти. Ще бъде проведено обучение на лекарите по дентална медицина, определени за поставяне на силанти по програмата. Ще бъде проведена и разяснителна кампания сред децата и родителите им за ползата и необходимостта от поставянето на силанти.

IV. Целеви групи:

- Деца до 18 г. възраст;
- Родители, учители, бременни жени, медицински специалисти.

V. Очаквани резултати

Изпълнението на Националната програма ще доведе до следните резултати:

- До 70% от децата до 12 годишна възраст да имат знания за опазване на оралното си здраве;
- До 60% от децата до 12 годишна възраст да имат адекватно поведение и умения за опазване на оралното си здраве;
- До 50% от децата на 6 години да бъдат със здрави временни и постоянни зъби;

- До 70% от 12 годишните деца, обхванати от програмата, да са със здрави постоянни зъби;
- До 70% от 18 годишните да нямат извадени зъби;
- До 70% от 18 годишните да имат най-малко три здрави секстанти по СРІТN.

VI. Ръководство, контрол и изпълнители на програмата

1. Ръководство на програмата

Като орган за координация на дейностите по Националната програма Министерът на здравеопазването създава **Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания (НКС)**, определя негов председател и утвърждава правилник за дейността му.

Структура на НКС:

- **Национален координатор** – член на НКС без право на глас, пряко отговорен за изпълнението на дейностите по Националната програма;
- Членове на НКС – представители от МЗ, БЗС, МОН, Национални консултанти по детска дентална медицина, по хранене, по хигиена на детската и юношеската възраст и др.

Оперативното ръководство по изпълнение дейностите на програмата ще се осъществява от Националния координатор и **секретариат**, който подпомага дейността му.

НКС одобрява критерии за подбор на **регионални координатори** за всяка от 28-те области. Всеки регионален координатор по програмата ще представя чрез секретариата на НКС ежемесечни и годишни отчети за извършените в рамките на програмата дейности по региони.

2. Контрол на програмата

Осъществява се от следните институции:

- Министерство на здравеопазването;
- Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания;
- Национален координатор и регионални координатори по програмата;
- Български зъболекарски съюз;
- Общините.

3. Кадри – изпълнители на програмата:

- Лекарите по дентална медицина - за медицинските дейности по програмата, със съдействието на възпитателите и учителите в детските градини и училищата;
- За дейностите по промоция, профилактика и обучение – НЦООЗ, РИОКОЗ, ФДМ.

Регионалните координатори за програмата определят изпълнителите на дейностите по силанизиране – общо за страната 400-500 лекари по дентална медицина. От всеки изпълнител по програмата ще се представят на регионалния координатор ежемесечни отчети за извършените в рамките на програмата дейности.

Съдействието на училището може да се осигури след разрешение на директорите на училищата, които са преките работодатели на учителите и общините.

Лекарите по дентална медицина работят в колаборация с медицинските специалисти в здравните кабинети, гинеколозите и педиатрите за правилното провеждане на оралната профилактика.

VII. Оценката на програмата включва:

- Месечни, тримесечни, шестмесечни и годишни отчети за изпълнението на дейностите по програмата от регионалните координатори до НКС;

- Ежегодно изготвяне на отчети за изпълнението на дейностите по програмата. На база на получените от регионалните координатори годишни отчети, националният координатор изготвя проект на доклад пред Министерски съвет, който се обсъжда и одобрява на заседание на Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания.

- Мониторинг, който ще се извърши две години след внедряването ѝ на децата на 6, 8 и 12 годишна възраст, като се използват стандартни индекси на кариесна статистика и на 18 годишните по СРITN. Статистическата обработка на епидемиологичните данни ще се извърши с помощта на статистици, консултанти и със софтуеър създаден за целите на програмата;

- Периодичен анализ на дейностите по силанизирането и повишаване нивото на информираност сред населението;

- Окончателен анализ и оценка на програмата през 2014 г.

Резултатите от Програмата ще бъдат представени на вътрешни и външни научни форуми, ще бъдат обнародвани и ще бъдат предоставени на СЗО за публикуване.

VIII. Работна програма

Въз основа на приоритетите, посочени в раздел III, е съставена работната програма (приложение №1), както и финансов разчет към нея (приложение № 2).