

**НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА  
ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ОРАЛНИТЕ  
ЗАБОЛЯВАНИЯ  
ПРИ ДЕЦА ОТ 0 ДО 18-ГОДИШНА  
ВЪЗРАСТ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
2015-2020 г.**

## I. Въведение и обосновка

Настоящата Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0-18 г. в България 2015-2020г. е изготвена в съответствие с приетата **НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ (2014-2020)** (НЗС) одобрена с Решение № 27 на Министерския съвет от 2014 г.

В **Политика 5 на НЗС „Промоция на здравето и профилактика на болестите с фокус на хроничните незаразни болести”** е заложена следната цел:

- „Усъвършенстване на националната политика за профилактика на оралните заболявания;”

В **Политика 7 „Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване”** е изрично предвидена дейност:

- „Разширяване на обхвата и продължаване на Програмата за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. за нов петгодишен период и предоставянето на нови услуги по дентална помощ за децата по задължителното здравно осигуряване;”

В **Приложение 3 на НЗС, План за действие, по отношение на Политика 7 „Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване”, Мерки:** се предвижда удължаване и реализация на Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. в Р България за периода на 2015 – 2020 г.

Посочената Програма е медицински и обществено обосновано продължение на реализираната през периода след 2009 г. и понастоящем до края на 2014 г. Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България 2009-2014 г.

През последната декада на ХХ-ти и първата на ХХI-ви век се установява драстично снижение 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 Вармланд, Швеция през 1964 г. децата на 12 години са имали 40 кариозни и obturirani повърхности, а след въвеждането по същото време 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 скандинавските държави – Дания, Швеция, Норвегия, Финландия. 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 зъба, а с висок – 0,3 кариозни зъба.

През последните години европейските и световни институции публикуваха редица документи, в които се посочва, че заболяванията на устната кухина, като част от групата на незаразните заболявания, представляват сериозен здравословен и финансов проблем за редица страни и правителствата на тези държави трябва спешно да предприемат мерки за профилактиката им. Като примери могат да бъдат посочени следните документи:

**1.1. Резолюция на Световната здравна организация (СЗО) WHA60.17 от 23.05.2007 на 60-то Световно събрание по въпросите на здравето.** СЗО, 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 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 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”.

**1.2. Политическа декларация на Организацията на обединените нации (ООН) на Срещата на високо ниво на Генералната асамблея върху Профилактика и контрол на незаразните заболявания, 66 сесия на ООН, N1149777, 19-20 септември 2011 г., където в Анекса е посочено:**

„Ние, държавните и правителствени ръководители и представителите на държави и правителства, събрали се в Обединените нации на 19 и 20 септември 2011, за да се занимаваме с профилактиката и контрола на незаразните заболявания в световен мащаб със специален фокус върху свързаните с развитието и други предизвикателства и социални и икономически въздействия, особено върху развиващите се страни.

....19. Приема, че бъбречните, оралните и очните заболявания представляват тежък здравен проблем за много страни и, че тези заболявания, дължащите се на общи рискови фактори могат да се повлияят от общи отговори за незаразните заболявания”.

**1.3. В Глобалния план за действие за профилактика и контрол на незаразните заболявания на СЗО 2013-2020** (Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, p. 8, ISBN 978 92 4 150623 6, (NLM classification: WT 500), © World Health Organization 2013) изрично се подчертава, че основната цел на Плана са не само четири основни незаразни заболявания – сърдечно-съдови, онкологични, хронични респираторни заболявания и диабет, но и други заболявания от значение за общественото здраве, които пряко се асоциират с четирите основни и едни от тях са оралните заболявания.

**1.4. Във Визия 2020 на Световната дентална федерация (FDI) „Оформяне на бъдещето на оралното здраве”** (FDI Vision 2020, Shaping the future of oral health, p. 8, 2011) се подчертава, че „...Всяка една от петте приоритетни области на този документ допринася за оформянето на нов модел на грижата за оралното здраве, която се стреми да бъде всеобхватна адаптивна и ефективна. Тя се фокусира на промоцията на оралното здраве и профилактика на оралните заболявания...”

**1.5. В Европейската орално-здравна платформа (ЕОЗП), създадена в отговор на призива „За по-добро орално здраве” на Комисаря по здравеопазване на Европейската комисия, (<http://www.oralhealthplatform.eu/>)** изрично се подчертава, че оралното здраве е определящ фактор за качество на живот, за благополучие и е интегрална част от общото здраве. В Европейския съюз (ЕС) оралните заболявания засягат мнозинството от децата и възрастните. Разходите за лечение на оралните заболявания в ЕС, които през 2000 година са били 54 милиарда евро, а през 2012 – 79 милиарда евро, се очакват да достигнат през 2020 93 милиарда. ЕОЗП предлага на страните членки на ЕС „...**три основни ключови приоритети:**

- Системи за събиране на данни;
- Профилактични политики;

- **Образование и знания (здравни)**”.

1.6. На свое заседание на 16.04.2009 г. Министерският съвет прие „Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България 2009 - 2014 г.” (НППОЗД). За първи път в историята на България и в историята на българското здравеопазване бе приета програма за профилактика на оралните заболявания при децата, с която България се нареди сред най-напредналите европейски държави. Програмата е постижение и е положителен пример за страните членки на FDI, ERO FDI (European Regional Organization FDI - Европейската регионална организация на FDI) и CED (Council of European Dentists - Съвет на европейските зъболекари, консултативен орган на Европейската комисия от 1961 г.). Резултатите от нея до този момент ще бъдат разгледани в следващите раздели.

## 2. Ситуационен анализ в Република България

### 2.1. Демографски данни

Населението на Р България към 31.12.2013 г. наброява общо - 7 245 677, а децата до 19 годишна възраст са 1 314 858 разпределени по възрастови групи и местоживееене, посочени в:

таблица № 1:

#### ДЕЦА КЪМ 31.12.2013 Г. ПО ОБЛАСТИ, ВЪЗРАСТ, МЕСТОЖИВЕЕНЕ И ПОЛ<sup>1</sup>

| Области<br>Възраст | Общо           |               |               | В градовете   |               |               | В селата      |               |               |
|--------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                    | всичко         | мъже          | жени          | всичко        | мъже          | жени          | всичко        | мъже          | жени          |
| 0                  | 64755          | 33054         | 31701         | 48384         | 24675         | 23709         | 16371         | 8379          | 7992          |
| 1 - 4              | 277725         | 142685        | 135040        | 208301        | 107185        | 101116        | 69424         | 35500         | 33924         |
| 5 - 9              | <b>334783</b>  | <b>172308</b> | <b>162475</b> | <b>245387</b> | <b>126062</b> | <b>119325</b> | <b>89396</b>  | <b>46246</b>  | <b>43150</b>  |
| 10 - 14            | 318881         | 163878        | 155003        | 229466        | 117882        | 111584        | 89415         | 45996         | 43419         |
| 15 - 19            | 318714         | 164105        | 154609        | 231806        | 118977        | 112829        | 86908         | 45128         | 41780         |
| <b>Общо</b>        | <b>1314858</b> | <b>676030</b> | <b>638828</b> | <b>963344</b> | <b>494781</b> | <b>468563</b> | <b>351514</b> | <b>181249</b> | <b>170265</b> |

<sup>1</sup>НАЦИОНАЛЕН СТАТИСТИЧЕСКИ ИНСТИТУТ (НСИ) - <http://www.nsi.bg/bg/content/2979/>

През учебната 2012/2013 година самостоятелните детски градини са 2070. Броят на децата, настанени в тях за учебната 2012/2013 година, е 235 000. Броят на лицензираните частни детски градини нараства значително – през учебната 2012/2013 година в страната функционират 65 с 2 357 деца в тях.

В началото на учебната 2012/2013 година учебни занятия се водят в 2 040 общообразователни училища, от които 152 начални, 1 337 основни, 10 прогимназии, 140 гимназии и 401 средни общообразователни училища (СОУ). През учебната 2012/2013 година броят на учениците във всички видове общообразователни училища е 604 800, от които 107 900 са в селата.

През 2012 г. съгласно регистъра на БЗС броят на практикуващите лекари по дентална медицина е 8 239. Осигуреността с лекари по дентална медицина е 92, при показател за ЕС – 66‰ (Национална здравна стратегия (2014-2020)).

На един лекар по дентална медицина се падат 879 души от населението на страната. За сравнение СЗО препоръчва съотношение 1:2000/3000, повечето европейски страни препоръчват съотношение до 1:1200. Лекарите по дентална медицина със специалност детска дентална медицина в България са 577.

## 2.2. Състояние на оралното здраве

В България над 20 години не бе провеждано национално епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралното здраве на децата и учениците до 18 годишна възраст.

След приемането от Министерски съвет на Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България 2009 - 2014 г. се създадоха ръководството и се определиха изпълнителите на програмата. Със заповед на министъра на здравеопазването се създаде Национален координационен съвет (НКС), в който се включиха представители на МЗ, лекари по дентална медицина, редовни членове на БЗС, националния консултант по „Детска дентална медицина“, представител на Министерството на образованието и науката, представител на Националния център за обществено здраве и анализи, специалисти по хранене. С конкурс, обявен на интернет страниците на МЗ и Българския зъболекарски съюз и др., бяха избрани 28-те областни координатори на НППОЗД. След разяснителна кампания за целите и задачите на програмата бяха определени и първите изпълнители на НППОЗД, като в момента техният брой достига 400.

Една от първите задачи (План за действие на НППОЗД) на Програмата бе да се съберат епидемиологични данни и направи ситуационен анализ на оралното здраве на децата в нашата страна.

Проведено бе епидемиологично проучване за разпространението на зъбния кариес при деца от три възрастови групи.

Във всяка от 28-те области в страната бяха прегледани по 360 деца от областния център и 360 деца от урбанизирани територии, избрани на случаен принцип, с изключение на гр. София където са прегледани 360 деца от града. Обхванати са деца от три прицелни възрастови групи – 5-6 години, 12 години и 18 години, по равен брой момичета и момчета.

Общият брой прегледани деца за страната бе 20160 – по 720 от всяка област.

Прегледите бяха извършени след вземане на информирано писмено съгласие от родителите или настойниците на децата. За всеки пациент бяха осигурени еднократни инструменти и консумативи. Изследванията се проведах в класните стаи с преносими източници на светлина при стандартизирани условия, препоръчвани от СЗО.

Резултатите от направеното епидемиологично проучване на оралното здраве на децата в България сочат следното:

Данните за разпространението на зъбния кариес показват много по- високи стойности на разпространение от глобалните цели на СЗО. Относителният дял на свободните от кариес на 5-6 години (dmft=0) е само 28.87%. С увеличаване на възрастта намалява относителният дял на децата без кариес. При 12 годишните относителният дял на здравите деца (DMFT=0) е 21.31% , при 18 годишните е само 8.31%. Съпоставянето на резултатите съобразно населеното място показва по-висок относителен дял на децата без кариес в градовете в сравнение със селата:

**таблица № 2**

|                           | Села          | Градове       | Общо          |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>dmft=0 5-6 годишни</b> | <b>31,73%</b> | <b>26,00%</b> | <b>28,87%</b> |
| <b>DMFT=0 12 годишни</b>  | <b>25,82%</b> | <b>16,81%</b> | <b>21,31%</b> |
| <b>DMFT=0 18 годишни</b>  | <b>10,17%</b> | <b>6,47%</b>  | <b>8,31%</b>  |

Най-висок е относителния дял на децата със здрави временни зъби на 5-6 години в област Хасково (44.33%) и най-нисък в София-град (9.58%). При 12 годишните най-висок е процентът на здравите деца в област Добрич (37.92%). В някои от областите още на 12 години, разпространението на зъбния кариес е над 90.00%: относителния дял на децата с DMFT=0 в област Смолян е 6.25%, в област Кюстендил е 7.10% в област София е 7.25%. При 18 годишните отново най-висок е относителният дял на здравите деца в област Хасково (24.17%) и най-нисък в област Смолян (1.66%).

Стойностите на индексите dmft и DMFT по възрастови групи средно за страната са значително по-високи в сравнение с глобалните цели на СЗО и някои стани с традиции в профилактиката на зъбния кариес:

**таблица № 3**

|                         | Села        | Градове     | Общо        |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>dmft 5-6 годишни</b> | <b>3,32</b> | <b>4,05</b> | <b>3,69</b> |
| <b>DMFT 12 годишни</b>  | <b>2,69</b> | <b>3,37</b> | <b>3,03</b> |
| <b>DMFT 18 годишни</b>  | <b>5,98</b> | <b>6,51</b> | <b>6,25</b> |

Във всички възрастови групи стойностите на индексите са по-високи в селските райони в сравнение с градовете. Анализът на данните за dmft по области отново показва драстични разлики: от 2.21 в област Плевен до 6.66 в област Смолян. При 12 годишните нивото на DMFT индекса е най-високо в София-град (5.97) и най-ниско в област Добрич (1.86). При 18 годишните най-високи са стойностите на DMFT индекса в София-град (10.07), следвани от стойностите в област Смолян (9.06). Най- ниски са стойностите на DMFT индекса в областите Плевен (3.78) и Добрич (3.97).

СПИТН показва, че приблизително 2/3 от децата на 18 годишна възраст страдат от заболявания на гингивата и пародонта.

Данни за 18 годишните, които са без заболявания на гингивата и пародонта са представени в:

таблица № 4

| СПИТН - процент на 18 годишните деца без заболявания на венците и пародонта |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| Села                                                                        | Градове | Общо   |
| 39,07%                                                                      | 30,39%  | 34,73% |

Установи се също, че всеки четвърти 18 годишен е с един изваден постоянен зъб.

Средните стойности на OHI-S на Greene-Vermilion за страната са по-високи от 1.00, което доказва незадоволителна орална хигиена. При този показател също има големи разлики между отделните области в страната.

Съвременни проучвания в България доказват повишена консумация на бутилирани натурални минерални води, както и минерални води от обществено достъпни места (пунктове) за водоналиване, които съдържат над 1-1.5 мг/л флуор. Свободният достъп до минерални води с такова съдържание на флуор е предпоставка за повишен прием на флуор при деца до 7 години. Резултатите от националното епидемиологично проучване доказват наличие на случаи с флуороза в някои населени места с ниско съдържание на флуор в питейната вода. В по-голямата част от областите в страната има зъбна флуороза при всички изследвани възрастови групи. При децата на 5-6 години най-голямо е разпространението в област Бургас (11.67%); при 12 и 18 годишните най-голямо е разпространението в област Хасково (43.33% на 12 години, 22.50% на 18 години).

Основните изводи, произтичащи от националното епидемиологично изследване са:

- Показателите за зъбния кариес имат значително по високи стойности от глобалните цели за оралното здраве на СЗО при всички възрастови групи;
- Наличието на зъбна флуороза при свободния достъп до различни източници на флуор, който предлагат съвременните условия на живот, доказва недостатъчна информираност за действието на флуора и флуорната профилактика на зъбния кариес;
- Оралната хигиена е незадоволителна, което определя необходимостта от повишаване на познанията на родителите и децата чрез образователни и мотивационни мероприятия;
- Наблюдават се големи различия в изследваните показатели в отделните области, което изисква диференциран подход при определяне на ресурсите за профилактика.

Данните бяха обобщени в подробен доклад „Национално епидемиологично проучване за установяване състоянието на оралния статус на деца от три възрастови групи”, декември 2011, който бе одобрен от Националния координационен съвет и предоставен на министъра на здравеопазването.

### **2.3. 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.

Частична информация се предоставя на населението от денталните лекари, от Български зъболекарски съюз, от различни търговски фирми с оглед реклама на техни продукти.

В публикувания през 2010 година специален доклад „Орално здраве” на Евробарометър (Report Oral health, Fieldwork: October 2009, Publication: February 2010, Special Eurobarometer 330) в анкетно проучване се посочва, че само 45% от българите са посетили зъболекар през предходната година. Това изследване подчертава липсата на здравно възпитание и култура сред населението на страната ни сравнено със здравно възпитание на населението от редица развити европейски държави.

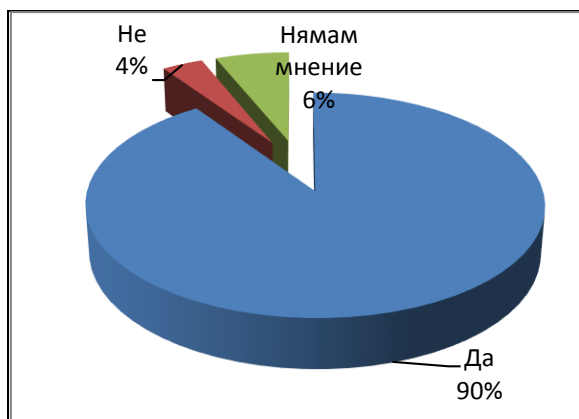
В Държавните образователни изисквания (стандарт) на МОН за учебно съдържание, теми, свързани със здравно образование и възпитание, са включени в:

- програмните моменти и сюжетно ролеви игри в детските градини;
- 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.

В България след приемането на НППОЗД се постави научно обосновано начало и започна и се реализира цялостна организирана система за информиране на населението по тези въпроси, като започна провеждането на организирани информационни кампании с подкрепата и активното участие на Българския зъболекарски съюз.

В края на 2013 г. се проведе анкетно проучване сред 1072 родители на деца на възраст 6-8 г., обхванати от НППОЗД.

Фигура № 1 показва процентно съотношение на родителите, които са повишили информираността си по въпросите на профилактиката на оралните заболявания в резултат на проведените в рамките на НППОЗД дейности към тези, които не са повишили информираността си или нямат мнение:



фигура № 1

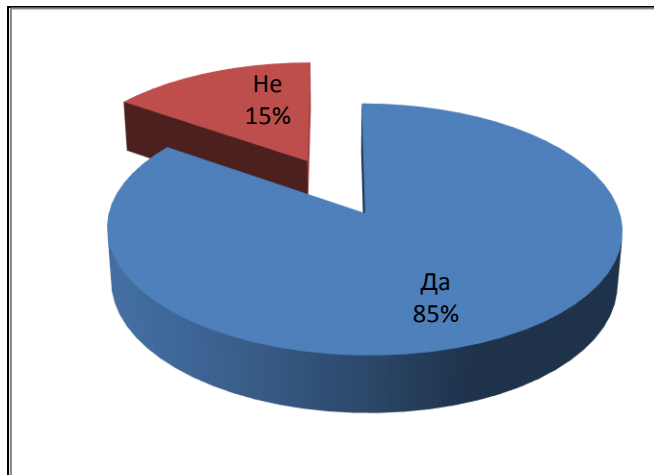


Фигура № 2 показва цялостна оценка, дадена от родителите на НППОЗД 2009-2014 г.:



фигура № 2

На фигура № 3 е показан процентът на родителите, които са разбрали повече за профилактично запечатване на фисурите в рамките на НППОЗД към тези, които не са:



фигура № 3

От изложените данни личи, че девет от десет родители са получили нова информация относно профилактика на оралните заболявания благодарение на НППОЗД, девет от десет имат положителна оценка на НППОЗД и също почти толкова са научили повече за силанизиране на детските зъби. Това показва съществен позитивен ефект от информационните дейности, проведени в рамките на НППОЗД през изминалите години.

Създаде се интернет страница на Програмата – [www.oralnaprofilaktika.bg](http://www.oralnaprofilaktika.bg), на която всеки може да получи подходяща информация за оралните заболявания, тяхната профилактика, да се запознае с и да ползва пълнометражен анимационен филм и образователни листовки, да осъществи контакт с регионалните координатори и изпълнителите на НППОЗД и др. По време на кампанията за поставянето на силанти бе открит и функционираше безплатен телефон на НППОЗД, с номер 0800 14 546.

В началото на всяка учебна година, са организирани и провеждани кръгли маси по проблемите на профилактиката на оралните заболявания; въпроси и

отговори, свързани с дейностите на НППОЗД и др. Проведени са 33 кръгли маси в областни градове на страната, с присъствие на повече от 1 850 души.

Във всяка една от 28-те области под ръководството на БЗС и регионалните координатори на НППОЗД ежегодно са провеждани минимум по три здравни беседи на тема: "Орална хигиена и профилактика на оралните заболявания при деца" в училища или в детски градини. Беседите, общо 312 на брой, са провеждани по следния тематичен план:

1. Методи и средства за поддържане на стриктна орална хигиена при деца.
2. Практическо обучение на децата на методите на орална хигиена.
3. Силанизиране като профилактична дейност - същност, технология,

ефект.

В края на всяка календарна година се организира Заключителна кръгла маса в гр. София, на която се отчитат постигнатите резултати по Програмата за текущата година и се дават отговори на актуални питання от страна на присъстващите.

В рамките на три години по програмата са отпечатани хиляди дипляни и плакати, свързани с профилактиката на оралните заболявания и ползите от поставянето на силанти, които се раздават безплатно на детските градини и училища, заинтересуваните институции, изпълнители на НППОЗД, родители, деца и др.

Като цяло няма данни за нивото на информираност на населението, вкл. децата и техните родители, по различните аспекти на профилактиката на оралните заболявания, но при продължаване на Програмата за следващ петгодишен период предстои да се направи такова изследване.

### **3. Принципи на профилактиката на зъбния кариес**

#### **3.1 Здравословно хранене**

Безспорен научен факт е, че небалансираното хранене, в частност – високата консумация на захар и захарни изделия, е сред основните рискови фактори за възникване и развитие на оралните заболявания. Количеството, вида, честотата и начина на прием на въглехидратите са предпоставка за формиране 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 дейности във всяка съвременна превантивна програма за борба с оралните заболявания.

През 2004 година е проведено национално епидемиологично проучване на хранителния прием и хранителния статус на населението в България - известно като Национален мониторинг на хранителния прием. От таблицата по-долу е видно, че среднодневната консумация на захар и захарни изделия варира от 37.0 г при децата от 3 до 7 години до 55.2 г при девойките на 14-19 години (от горния училищен курс).

**таблица № 6**

| <b>СРЕДНОДНЕВНА КОНСУМАЦИЯ НА ЗАХАР И ЗАХАРНИ ИЗДЕЛИЯ ПРИ ДЕЦА И ЮНОШИ В БЪЛГАРИЯ</b> |                 |                 |                           |                            |                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <b>Вид захарни продукти g/дневно</b>                                                  | <b>1-3 год.</b> | <b>3-7 год.</b> | <b>10-14 год. момчета</b> | <b>10-14 год. момичета</b> | <b>14-19 год. момчета</b> | <b>14-19 год. момичета</b> |
| <b>Захар</b>                                                                          | <b>12.4</b>     | <b>11.1</b>     | <b>8.5</b>                | <b>110.6</b>               | <b>8.9</b>                | <b>10.8</b>                |

|                    |             |             |             |             |             |             |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Зах.изделия</b> | <b>22.2</b> | <b>21.3</b> | <b>34.1</b> | <b>35.5</b> | <b>29.8</b> | <b>33.2</b> |
| <b>Шоколад</b>     | <b>7.5</b>  | <b>4.6</b>  | <b>6.5</b>  | <b>6.4</b>  | <b>3.7</b>  | <b>11.2</b> |
| <b>Мед</b>         | <b>0.0</b>  | <b>0.0</b>  | <b>0.0</b>  | <b>0.0</b>  | <b>0.0</b>  | <b>0.0</b>  |
| <b>Общо</b>        | <b>42.1</b> | <b>37.0</b> | <b>49.1</b> | <b>52.5</b> | <b>42.2</b> | <b>55.2</b> |

Резултатите от Националния мониторинг на хранителния прием, 2004 г. 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.

В публикувания през 2010 година специален доклад „Орално здраве” на Евробарометър (Report Oral health, Fieldwork: October 2009, Publication: February 2010, Special Eurobarometer 330) в анкетно проучване за консумацията на напитки, съдържащи захар, се установява, че България, наравно със Словакия, Кипър и Чехия е на челна позиция.

Последните данни от анализ на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) за здравословния начин на живот на българите показва, че годишно българинът консумира по 36 кг захар, докато преди близо век употребата на този продукт у нас се е свеждала едва до 2 кг на година.

От научни изследвания 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.

Това налага контрол на храненето, контрол на продаваните въглехидратни храни в училищата, обучение в правилата за въглехидратната консумация. При продължението на НППОЗД трябва да се подпомогне мотивираното обучение и придобиване на знания за правилно хранене сред децата и учениците, съобразени с:

- Наредба № 37 от 2009 г. на МЗ за здравословно хранене на учениците;
- Наредба № 6 от 2011 г. на МЗ за здравословно хранене на децата на възраст от 3 до 7 години в детски заведения;
- Наредба № 2 от 2013 г. на МЗ за здравословно хранене на децата на възраст от 0 до 3 години в детските заведения и детските кухни.

### **3.2. Флуор и флуорна профилактика**

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

Значението на оптималния ендегенен и екзогенен прием на флуор за зъбното здраве е отдавна известно и доказано. У нас само 11.58% от децата провеждат ендегенна 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.

### **3.2.1 Флуор в питейни води**

В страната за питейно-битово водоснабдяване се използват 6 335 водоизточника, от които повърхностни - 247 (данни за 2013 г.). Независимо от много по-големия брой подземни водоизточници, 52,19% (данни за 2012 г.) от общото годишно количество консумирана питейна вода в страната е от повърхностни водоизточници, а приблизително 47,81% 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 2012 г. данни броят на зоните за водоснабдяване е 2 810. 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 196 (данни за 2012 г.). Общият брой на населението постоянно живущо в тези зони е около 5 500 000 души, което представлява приблизително 78 % от населението на страната.

Тези данни показват, че в България като брой значително преобладават малките 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 12 населени места в Хасковска област и за три населени места в Благоевградска и в Бургаска области. 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.

Независимо от обстоятелството, че като цяло в питейната вода в страната съдържанието на флуор е много ниско, дейности, свързани с флуорирането на питейната вода не следва да бъдат предприемани. Водоснабдителните системи в България, 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 флуор 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. Също така липсва консенсус и информизирано съгласие сред българското общество по този въпрос.

### **3.2.2 Бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

България е страна богата на минерални води, не малка част от които са с повишено съдържание на флуор. 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 23 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 2009/54/ЕО относно експлоатацията и предлагането на пазара на натурални 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 11 от тях са със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l. От тези 11 води, 9 са със съдържание флуорид в диапазона от 3 до 5 mg/l и 2 в диапазона от 1,5 до 3 mg/l.

На база горепосоченото, може да се каже, че натуралните минерални води със съдържание на флуорид над 1,5 mg/l са почти 1/2 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“.

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 храни по смисъла на Закона за храните, горната възможност има по-скоро теоретично, отколкото практическо значение.

Не са налични данни относно потреблението на количествата вода от различните видове от населението, но както е посочено по-горе, проведеното Националното епидемиологично проучване по НППОЗД доказва наличие на флуороза в населени места с ниско съдържание на флуор в питейната вода. В по-голямата част от областите в страната има зъбна флуороза при всички изследвани възрастови групи, дължаща се на неправилна консумация на бутилирани минерални води с висока концентрация на флуор в тях или други флуор съдържащи продукти.

### **3.2.3. 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 (хранителни добавки) или под формата на флуорирано прясно или кисело мляко. Дозите се определят и предписват от лекаря по дентална медицина. Флуорната профилактика с флуорни капки и таблетки трябва да се провежда единствено и само след писмено изразеното информирано съгласие на родителите на децата.

На пазара у нас се продават флуорни капки и таблетки, произведени в България и внос. Не са налични данни за закупените количества.

### **3.2.4 Флуорирана готварска сол**

На българския пазар се продава флуорирана готварска сол, внос от Р. Гърция и родно производство. Не са налични данни за закупените количества. Изборът за нейната употреба е индивидуален, като на практика консумацията на флуорирана готварска сол не може да бъде контролирана.

### **3.2.5. 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.

Доказано е, че 40% от децата не ползват флуорни зъбни паста и те имат занемарена устна хигиена и повече кариозни зъби. Установено е също 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.

Изплакване устата с води за уста, съдържащи флуор е допълнителен адекватен подход за локална флуорна профилактика на зъбния кариес и подобряване на устната хигиена. У нас на пазара се продават води за уста с флуор, произведени в България и внос. Не са налични данни за закупените количества.

Проведеното Национално епидемиологично проучване по НППОЗД доказва, че средните стойности на ОНI-S на Greene-Vermilion за страната са по-високи от 1.00, което доказва незадоволителна орална хигиена всред всички прицелни групи деца – 5-6 годишните, 12 годишните и 18 годишните. При 18 годишните се доказва, че близо 2/3 от тях са със заболявания на гингивата и пародонта, което е пряк резултат от лошата устна хигиена.

### **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 задържане 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, чието повлияване е трудно или невъзможно и с флуорна профилактика и съответно се стига до образуване на кариес.

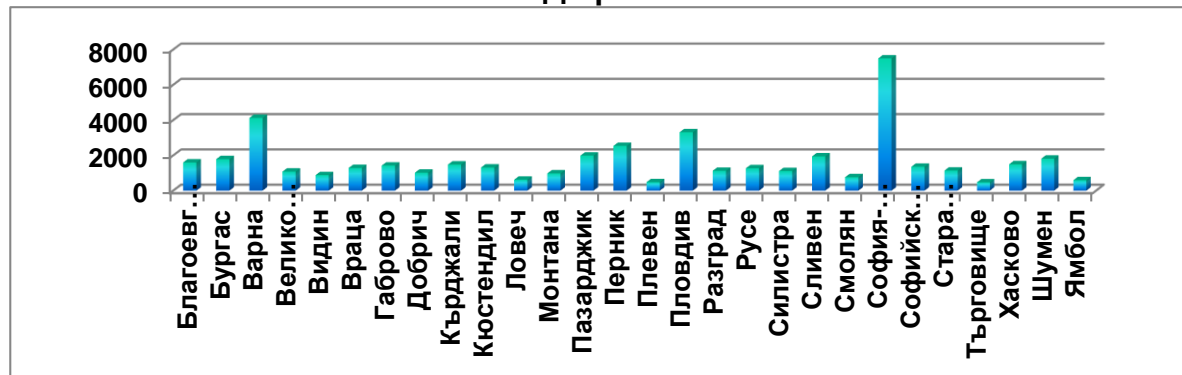
Запечатването със силанти (силанти, гласйономерни цименти, течни композити), трябва да се осъществява до две години след пробива на зъбите, период, през който емайлт „узрява“ и достига най-висока степен на минерализация. Поради финансовите възможности на държавата всяка година биха могли да се силанизират 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.

Един от основните компоненти на комплексната НППОЗД е запечатването на ямките и фисурите на първите постоянни молари на децата на възраст 6 – 8 години. Кампанията стартира през 2011 г. с участието на около 400 лекари по дентална медицина (ЛДМ).

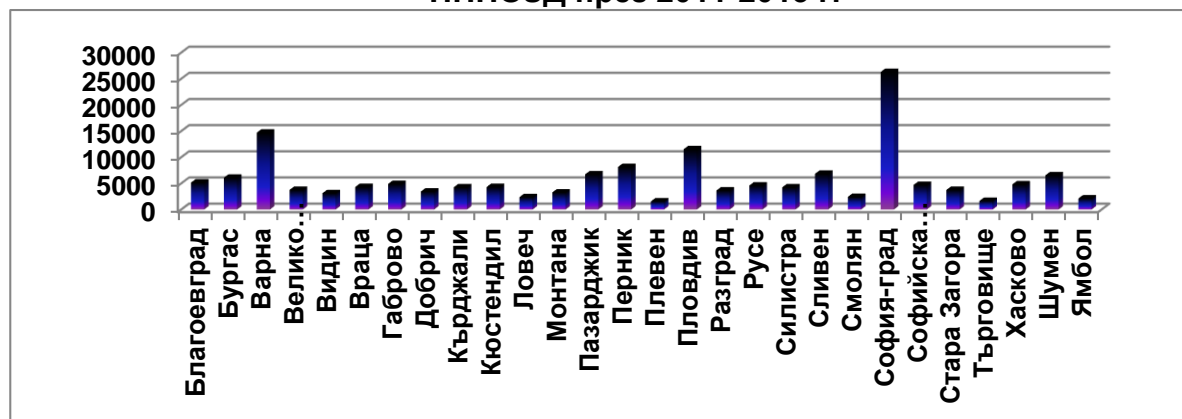
ЛДМ извършват поставянето на силанти на децата в регистрирани лечебни заведения (ЛЗ) само след изричното информирано писмено съгласие на родителя/настойника. ЛЗ са разпределени териториално след внимателен анализ, индивидуален за всяка област, като покриват почти всички общини в България.

**Резултати от силанизиране – общ брой силанизирани деца в рамките на НППОЗД през 2011-2013 г.**



Фигура № 4

**Резултати от силанизиране – общ брой силанизирани зъби в рамките на НППОЗД през 2011-2013 г.**



Фигура № 5

**4. Предпоставки за продължаване на Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца 0-18 г. в България за периода 2015 – 2020:**

- Реализираният широк обществен отзвук и позитивни ефекти върху състоянието на оралното здраве на деца, орално-хигиенните умения и нивото на информираност на населението относно профилактика на оралните заболявания, постигнати в резултат на дейности, проведени в рамките на НППОЗД през 2009 – 2014 г.;
- Приетата Национална Здравна Стратегия (2014-2020) със заложените в нея мерки за постигане на здравни и обществени цели чрез продължаване на НППОЗД за нов петгодишен период;
- Обективна необходимост от продължаване програмните действия за повишаване познанията на родители и децата в България за орална хигиена чрез съвременни мотивационни мероприятия;



- Наложително разширяване на обхвата на децата до 18 годишна възраст с комплексни мерки за редукия на зъбния кариес и неговите усложнения с цел преодоляване на неговото широко разпространение и негативни последствия за здравето на подрастващите;
- Ефективно прилагане предвид динамиката на смяна на поколенията, обект на програмата, на принципите на оралната профилактика в посока балансирано здравословно хранене, флуорна профилактика, запечатване на подлежащите молари и др.;
- За постигане на устойчива позитивна тенденция в показателите за кариозност на подрастващата популация е необходимо продължаване на профилактичното покритие на фисурите на първите постоянни молари на децата на възраст 6-8 г., ежегодно и след 2014 г., както и обхващане на 5-годишни деца с включване на около 60 000 деца годишно в прицелна група, подходяща за силанизиране на първите постоянни молари;
- Постъпателното обхващане на новите генерации деца, подлежащи на силанизиране на дълбоките фисури на първите постоянни зъби, родени в периода 2006 – 2013 год. С това се продължава планомерно осъществения до сега обхват на деца, нуждаещи се от тази профилактична процедура;
- Епидемиологично оценяване на позитивното действие на Националната програма за профилактика на детските орални заболявания в снижаване на кариесната заболяемост и установяване нивото на информираност на населението - децата и техните родители, по различните аспекти на профилактиката на оралните заболявания чрез анкетни методики.

Всичко изброено по-горе подчертава необходимостта от Реализация на Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. в Р България за следващ пет годишен период от 2015 до 2020 г.

## **II. Цели**

### **1. Стратегическа цел**

Подобряване оралното здраве на децата до 18 г.

### **2. Оперативни цели**

1. Повишаване на нивото на информираност на населението - децата и техните родители, по различните аспекти на профилактиката на оралните заболявания чрез анкетни методики.

2. Продължаване на здравното обучение и възпитание на децата, учениците, родителите и учителите на правилата за опазване на оралното здраве – правилна устна хигиена, флуорна профилактика, обучение на правилно хранене и контрол на въглехидратното хранене, дъвченето на дъвки без захар, редовно посещение при лекаря по дентална медицина и др., като се повишава дела на децата, които имат знания, адекватно поведение и умения за опазване на оралното си здраве.

3. Намаляване интензитета на зъбния кариес на първите постоянни зъби чрез прилагането на силанти чрез продължаване на кампаниите за профилактично покритие на фисурите на първите постоянни молари при децата на възраст 5-8 години.

4. Епидемиологична оценка на кариеса при деца на възраст 8, 9 10 години, на които са поставени силанти, сравнена с контролна група деца на същата възраст, на които не са поставяни силанти;

5. Ограничаване и намаляване на случаите с флуороза поради употреба на питейни и минерални води с повишена концентрация на флуор в тях.

6. Оказване съдействие на регионалните (общински) орални профилактични програми.

### **III. Приоритети:**

**1. 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 при наличие на необходимите финансови средства с помощта и съдействието на БЗС:

- 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 и областни кръгли маси по профилактика на оралните заболявания;
- Разработване, издаване и разпространение на информационни и учебни 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 орална профилактика.
- Продължаване провеждането на разяснителни кампании сред децата и родителите им за ползата и необходимостта от поставянето на силанти.

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

В рамките на програмата се предвижда продължаване на ежегодното силанизиране на първите постоянни молари през първите 2 години от пробива им на до 20 000 деца на възраст 5-8 год., като броят на децата може да бъде увеличен при наличие на достатъчни ресурси. Предвижда се Националния координационен съвет да приеме 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-калибровка на лекарите по дентална медицина, определени за поставяне на силанти по програмата.

**3. Епидемиологична оценка на зъбния кариес и отчитане нивото на кариес редукция при деца на възраст 8, 9 и 10 години, на които са поставени**

**силанти сравнена с контролна група деца на същата възраст, на които не са поставяни силанти;**

### **Методика**

Обхват - 1200 деца на възраст между 8 и 10 г.

Аргументация. Най-ранната възраст, обхваната от програмата до този момент е 6 години. Обхванати са деца до 9 г. От началото на програмата е изминал достатъчен период от време и може да се направи реална преценка за състоянието на първите постоянни молари. За целта ще бъдат прегледани първите постоянни зъби на деца с поставени силанти и контролна група деца без поставени силанти:

- Деца на 8 годишна възраст - 200 деца със силанизирани зъби + 200 деца без силанизирани зъби;
- Деца на 9 годишна възраст - 200 деца със силанизирани зъби + 200 деца без силанизирани зъби;
- Деца на 10 годишна възраст - 200 деца със силанизирани зъби + 200 деца без силанизирани зъби.

Проучването ще се извърши по методика на СЗО, като се снемат индекси за кариес статистика от специално обучени и калибрирани екипи, които ще извършват прегледите, като състоянието на оралното здраве на децата ще бъде оценено по изчислени основни индекси.

Ще се направи статистическа обработка за установяване на кариозност на първите молари и определяне на достоверност на разликите.

Децата ще се определят чрез непреднамерен подбор на случаен принцип.

### **4. Ограничаване и намаляване на случаите с флуороза.**

Необходимо е информиране на здравните и медицинските специалисти (общопрактикуващи лекари и т.н.), общинските органи и населението в населените места, в които съдържанието на флуориди в питейната вода е в оптимални граници, че не следва да се провежда флуорна профилактика. В населените места с наднормено съдържание на флуориди в питейната вода, не се препоръчва за деца под седем годишна възраст ежедневна консумация на тази питейна вода.

## **IV. Целеви групи**

Деца до 18 г. възраст, родители, учители, бременни жени, медицински специалисти и обществеността.

## **V. Очаквани резултати**

Продължаването на Националната програма ще доведе до следните резултати в дългосрочен план:

- 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 НППОЗД 2015 – 2020 г. министърът на здравеопазването създава **Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания (НКС)**, с негов председател, национален координатор и утвърждава правилник за дейността му.

Структура на НКС:

- **Председател на НКС** - пряко отговорен за изпълнението на дейностите по НППОЗД 2015 - 2020;
- **Национален координатор – член на НКС**, отговарящ пряко за регионалните координатори и изпълнението на Програмата в отделните области;
- **Членове на НКС** – представители от МЗ, ЛДМ, членове на БЗС, МОН, НЦОЗА, Национални консултанти по детска дентална медицина и при необходимост национални консултанти по други медицински специалности и др.

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

**Регионални координатори** за всяка от 28-те области. Всеки регионален координатор по програмата ще представя чрез секретариата на НКС годишни отчети за извършените в рамките на програмата дейности по области.

### 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 директорите, възпитателите и учителите в детските градини и училищата;
- За дейностите по промоция, профилактика и обучение – Факултетите по дентална медицина, РЗИ към МЗ, РИ към МОН, общините, лекари по дентална медицина, членове на НКС.

Регионалните координатори на НППОЗД в координация с НКС определят изпълнителите на дейностите по силанизиране – общо за страната 400 лекари по

дентална медицина. От всеки изпълнител по програмата ще се представят на регионалния координатор ежеседмични, ежемесечни и годишни отчети за извършените в рамките на програмата дейности.

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

## **VII. Оценка на програмата**

Оценката на НППОЗД 2015 – 2020 включва:

- Периодични отчети от регионалните координатори до НКС за изпълнението на дейностите по програмата за посочени от НКС срокове;
- 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 Министерство на здравеопазването, който се обсъжда и одобрява на заседание на Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания;
- Периодични отчети по дейностите по силанизирането от изпълнителите му;
- Окончателен анализ и оценка на програмата през 2021 г.

Резултатите от НППОЗ 2015 – 2020 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 на НППОЗД 2015 - 2020, е съставена Работна програма (Приложение №1).

**IX. Финансов разчет на необходимите средства за реализация на дейностите по програмата (Приложение № 2).**

**Съкращения и термини използвани в Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г.**

**dmft** - Индекс за кариес на временни зъби, показващ среден брой кариозни и obturirani временни зъби на едно прегледано дете (d - decayed – кариозни временни зъби, m - missing – липсващи поради екстракция временни зъби [при временните зъби този показател не се отчита] и f - filled - obturirani временни зъби)

**DMFT** - индекс за кариес на постоянни зъби, среден брой кариозни, obturirani и екстрахирани постоянни зъби на едно прегледано лице (D - Decayed – кариозни зъби, M - Missing – липсващи поради екстракция зъби и F - Filled - obturirani зъби)

**CPITN** - Обществен пародонтален индекс за нуждите от лечение

**ONI-S на Greene-Vermilion** - Оралнохигиенен индекс

**ЛДМ** - лекари по дентална медицина

**ЛЗ** - лечебни заведения

**НКС** - Национален координационен съвет по профилактика на оралните заболявания

**МОН** – Министерство на образованието и науката

**РЗИ** – Регионална здравна инспекция

**НЦОЗА** - Национален център по обществено здраве и анализи