

PREVALENȚA CARIEI DENTARE LA COPIII CU DIZABILITĂȚI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Rezumat

Obiectivele studiului: evaluarea prevalenței cariei dentare și a experienței carioase la copiii cu dizabilități și compararea acestor parametri cu copiii sănătoși din Republica Moldova. **Materiale și metode:** materialul clinic al prezentei lucrări constituie datele investigației a 2315 copii cu dizabilități cu vârstele cuprinse între 1 și 18 ani, 2358 de copii sănătoși au constituit lotul martor. Date clinice au fost colectate în conformitate cu criteriile Organizației Mondiale a Sănătății. Au fost estimați indicii de frecvență și intensitate a cariei dentare. Studiul a fost realizat în conformitate cu cerințele etice cu obținerea acordului scris al părinților copiilor sau reprezentanților lor legali. Pentru analiza statistică folosind teste parametrice și non-parametrice a fost utilizat programul SPSS 16.0. **Rezultate:** au fost observate diferențe semnificative între frecvența cariei dentare la subiecții cu dizabilități comparativ cu cei fără dizabilități. Caria dentară a fost prezentă la $79,40 \pm 0,84\%$ din copiii cu dizabilități în comparație cu $56,49 \pm 1,02\%$ copii ($t=17,32$; $p < 0,001$) din lotul martor. Valorile medii ale indicelui COA la copiii cu dizabilități și lotul martor au constituit $3,95 \pm 0,07$ și $1,62 \pm 0,04$ ($t=13,14$; $p < 0,001$), respectiv. **Concluzii:** Studiul de față oferă dovezi a prevalenței și severității relativ ridicate a cariei dentare la copiii cu dizabilități. Actuala stare de sănătate orală la copiii cu dizabilități subliniază necesitatea instituirii unor programe de prevenire în scopul reducerii prevalenței cariei dentare.

Cuvinte cheie: caria dentară, prevalența, copii cu dizabilități.

Summary

PREVALENCE OF DENTAL CARIES IN DISABLED CHILDREN IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The objectives of the study were to assess the prevalence of dental caries and the caries experience in children with disabilities and to compare these parameters **with** healthy children in the Republic of Moldova. **Material and Methods:** The clinical material of this article is data investigation of 2315 disabled children aged between 1 and 18 years, and 2358 children were healthy controls. Clinical data were collected according to the World Health Organization's criteria. The frequency and intensity indices of dental caries have been estimated. The study was conducted in compliance with ethical requirements, obtaining the written consent of children's parents or legal custodians. SPSS 16.0 was used for statistics analysis using both parametric and non-parametric tests ($p < 0.05$). **Results:** Significant differences were noted in the frequency of dental caries among subjects with disabilities and their healthy controls ($p < 0.001$). Dental caries was present in $79.40 \pm 0.84\%$ of children with disabilities as compared with $56.49 \pm 1.02\%$ of children ($t=17.32$; $p < 0.001$) from the control group. Mean DMFT values in disabled children and healthy controls were 3.95 ± 0.07 and 1.62 ± 0.04 ($t=13.14$; $p < 0.001$) respectively. **Conclusions:** The present study provides some evidence of relatively high caries prevalence and severity in disabled children. The current state of the oral health in disabled children underlines the needs to establish prevention programs in order to reduce caries prevalence.

Key words: dental caries, prevalence, disabled children.

Introducere

Potrivit Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități, dizabilitatea este definită ca fiind „rezultatul interacțiunii dintre o persoană care are o infirmitate și barierele ce țin de mediul social și atitudinal de care ea se poate lovi“

Aurelia Spinei,
conferențiar universitar

Catedra Chirurgie OMF
Pediatică, Pedodonție
și Ortodonție, IP USMF
„Nicolae Testemițanu“

[29]. La nivelul Uniunii Europene, dizabilitatea este considerată o problemă a întregii societăți. Această viziune presupune pregătirea și adaptarea continuă în toate sferele vieții pentru primirea și menținerea acestor persoane în curentul principal al vieții sociale [29, 45]. Estimările întreprinse la nivel global au stabilit că persoanele cu dizabilități actualmente reprezintă circa 15% din populația lumii, iar circa două treimi din aceste persoane sunt din țările în curs de dezvoltare și cu economie de tranziție. Totodată, numărul copiilor cu dizabilități atinge 150 de milioane pentru grupa de vârstă de 0-18 ani [29].

Numărul total al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova este de 184,3 mii și reprezintă 5,2% din populația totală a țării. Numărul copiilor cu dizabilități constituie 14,7 mii ceea ce reprezintă 2% din numărul lor total. Principalele forme de boală ale copiilor cu dizabilități constituie malformațiile congenitale și anomaliile cromozomiale (6,1 cazuri la 1000 copii), tulburările mintale și de comportament (4,1 cazuri la 1000 copii) și bolile sistemului nervos (4,0 cazuri la 1000 copii) [37,38].

Ratificarea de către Republica Moldova a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități în anul 2010 a pus bazele unei reforme substanțiale în domeniul asigurării sociale a acestei categorii de populație din țara noastră [19]. Totodată, în prezent situația persoanelor cu dizabilități rămâne a fi una problematică și sunt necesare eforturi comune atât a guvernării, cât și a societății în întregime în alocarea de resurse adecvate pentru majorarea accesului și îmbunătățirea calității asistenței medicale, inclusiv a asistenței stomatologice.

Starea sănătății orale la copiii cu dizabilități a fost obiectivul studiilor întreprinse în diferite țări ale lumii. Majoritatea dintre acestea relatează frecvența și intensitatea sporită a afecțiunilor stomatologice, în particular, a cariei dentare, la copiii cu deficiențe severe și leziuni degenerative ale sistemului nervos central [1-4, 8-18, 22-25, 28, 30-33]. Astfel, un număr impunător de studii a elucidat creșterea intensității cariei dentare în funcție de gravitatea tulburărilor neurologice, gradul de retardare mintală, numărul și severitatea infecțiilor suportate. Cariile multiple au fost depistate la copiii cu leziuni organice ale sistemului nervos central și paralizie cerebrală infantilă [10, 11, 14, 30-33]. Cea mai mare intensitate a procesului carios este caracteristică pentru pacienții cu forme severe ale patologiei SNC, cauzate de un complex de factori etiologici care acționează la etape diferite de dezvoltarea organismului copiilor.

În țara noastră, până la momentul actual, nu a fost studiat minuțios gradul de afectare prin caria dentară a copiilor cu dizabilități. Studiile epidemiologice pot oferi date care să oglindească starea sănătății orale și factorii de risc din colectivitatea cercetată, sunt necesare pentru a stabili prioritățile în planificarea asistenței stomatologice și implementarea măsurilor preventive. Acest fapt ne-a motivat să întreprindem un studiu amplu al morbidității prin caria dentară la

copiii cu dizabilități comparativ cu copiii sănătoși din Republica Moldova.

Obiectivul lucrării: evaluarea prevalenței cariei dentare și a experienței carioase la copiii cu dizabilități și compararea acestor parametri cu copii sănătoși din Republica Moldova.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat în cadrul Catedrei de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică, pedodontie și ortodontie a USMF „Nicolae Testemițanu“, în perioada de implementare a Programului de sănătate orală la copiii cu dizabilități și cerințe educative speciale (aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 443 din 15.05.12) [39].

Pentru evaluarea gradului de morbiditate prin caria dentară, precum și a unor particularități morfologice și funcționale ale aparatului dento-maxilar, în perioada anilor 2011—2014 au fost examinați clinic 4673 de copii cu vârstele cuprinse între 1 și 18 ani. Studiul s-a efectuat prin aplicarea instrumentelor de colectare a datelor pe întreg teritoriul țării. În studiu au fost incluși 2315 ($49,54 \pm 1,04\%$) de copii cu diferite tipuri de dizabilități, care au constituit lotul de cercetare (L_1), iar 2358 ($50,46 \pm 1,03\%$) copii fără dizabilități au format lotul martor (L_0). Datele clinice pentru aprecierea indicilor de carie dentară au fost colectate în conformitate cu criteriile Organizației Mondiale a Sănătății [5, 7, 26, 36]. Au fost estimați indicii de frecvență a cariei dentare (IF) și experiență carioasă: co , cos , COA , $COAS$, $COA+co$, $COAS+cos$, rata cariei dentare și indicatorii $SiC\ 30$ și $SiC\ 10$.

Studiul a fost aprobat de Comitetul de Etică a cercetării a USMF „Nicolae Testemițanu“ și realizat în conformitate cu cerințele etice, cu obținerea acordului scris al părinților copiilor sau reprezentanților lor legali. Analiza datelor descriptivă și inferențială folosind teste parametrice și non-parametrice ($p < 0,05$) a fost realizată utilizând programele EXCEL și SPSS 16.0 cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe.

Rezultate

Toți subiecții luați în observație sunt nativi și rezidenți în Republica Moldova. Loturile de cercetare și martor prezintă o structură proporțională după sexe, grupurile de vârstă, *medii de reședință*, condiții socio-economice și de trai (*Tab.1*). Copiii din loturile de observare au fost divizați în grupuri conform perioadelor de dezvoltare. Astfel, au fost examinați 362 ($7,75 \pm 0,39\%$) copii de vârstă ante-preșcolară (0-3 ani), 290 ($6,21 \pm 0,35\%$) — de vârstă preșcolară (4-6 ani), 1291 ($27,63 \pm 0,65\%$) — de vârstă școlară primară (7-10 ani), 1357 ($29,04 \pm 0,66\%$) — de vârstă școlară medie (11-14 ani) și 1373 ($29,38 \pm 0,67\%$) — în perioada pubertară de dezvoltare (15-18 ani). Reducerea numărului de copii instituționalizați de vârstă ante-preșcolară și preșcolară, se explică prin dezinstituționalizarea copiilor și încadrarea lor în familiile

biologice sau adoptive, prin reducerea numărului de copii recunoscuți cu dizabilități primare și aflați sub supraveghere în instituțiile medico-sanitare. De exemplu, conform datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova, în 2014 acest indicator s-a redus cu circa 16%, comparativ cu anul 2009 [38]. Menționăm că din numărul total de copii examinați, atât în lotul de cercetare, cât și cel martor au prevalat numeric băieții — 59,14±1,02% în L₁ și 57,51±1,02% în L₀, comparativ cu fetele — 40,86±1,02% și 42,49±1,02% (Tab.2).

O mare parte din copiii luați în studiu provin din familii defavorizate, cu 2-6 copii, condițiile lor de trai fiind precare. Astfel, 52,35±1,04% din copiii din

lotul de cercetare și o mare parte din copii din lotul martor (46,44±1,03%) provin din familii social-vulnerabile, iar din familii cu starea materială nesatisfăcătoare — provin 42,33±1,03% din copiii din lotul L₁ și 45,12±1,03% din copiii din lotul L₀ (Fig.1).

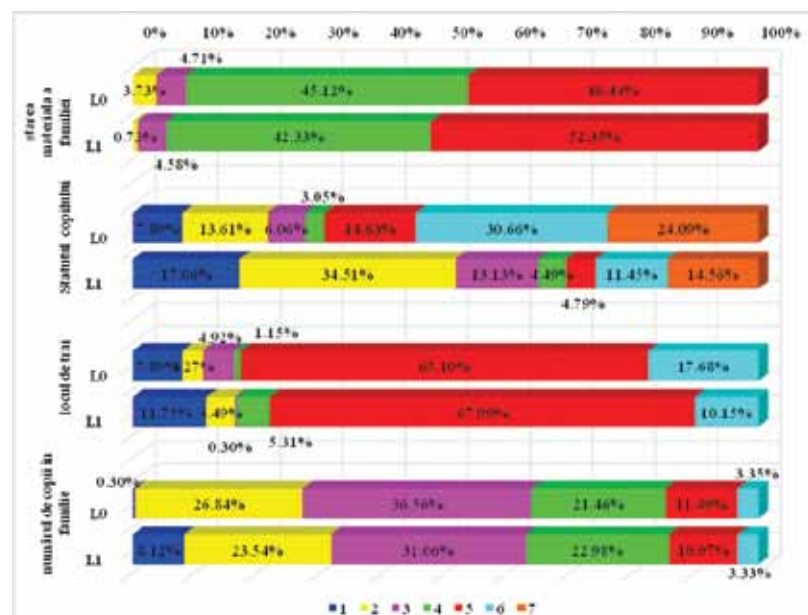
Majoritatea copiilor sunt amplasați în instituții rezidențiale — 85,67±0,73% din copiii cu dizabilități și 75,25±0,89% din copiii din lotul martor. Cauzele instituționalizării copiilor incluși în studiu sunt multiple, majoritatea copiilor având 2-3 motive care au determinat plasarea lor în instituție. Pentru analiză au fost luate în calcul toate motivele de instituționalizare la fiecare copil (Fig.2). Astfel, principalele motive de instituționalizare a copiilor din lotul de cercetare sunt

Tabelul 1. Repartiția copiilor în loturi după vârstă și mediul de tra

Vârsta	Lotul de cercetare						Lotul martor						Rural/rural	Urban/urban	Total/total
	rural		urban		total		rural		urban		total				
	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)			
0-3	49	27,22	131	72,78	180	7,78	47	25,82	135	74,18	182	7,72			
4-6	77	54,23	65	45,77	142	6,13	71	47,97	77	52,03	148	6,28	$\chi^2=8,4$, gl=4, p>0,05	$\chi^2=8,2$, gl=4, p>0,05	$\chi^2=9,2$, gl=4, p>0,05
7-10	502	79,18	132	20,82	634	27,39	500	76,10	157	23,90	657	27,86			
11-14	573	84,76	103	15,24	676	29,20	476	69,90	205	30,10	681	28,88			
15-18	576	84,33	107	15,67	683	29,50	513	74,35	177	25,65	690	29,26			
Total	1777	76,76	538	23,24	2315	100,0	1607	68,15	751	31,85	2358	100,0			

Tabelul 2. Repartiția copiilor în loturi după vârstă și sexe

Vârsta	Lotul de cercetare						Lotul martor						F/F	M/M	Total/total
	feminin		masculin		total		feminin		masculin		total				
	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)	abs.	P(%)			
0-3	76	42,22	104	57,78	180	7,78	85	46,70	97	53,30	182	7,72			
4-6	49	34,51	93	65,49	142	6,13	60	40,54	88	59,46	148	6,28	$\chi^2=6,8$, gl=4, p>0,05	$\chi^2=7,4$, gl=4, p>0,05	$\chi^2=9,3$, gl=4, p>0,05
7-10	276	43,53	358	56,47	634	27,39	268	40,79	389	59,21	657	27,86			
11-14	267	39,50	409	60,50	676	29,20	284	41,70	397	58,30	681	28,88			
15-18	278	40,70	405	59,30	683	29,50	305	44,20	385	55,80	690	29,26			
Total	946	40,86	1369	59,14	2315	100,0	1002	42,49	1356	57,51	2358	100,0			



- Legendă:
- Starea materială a familiei:
- 1 foarte bună
 - 2 bună
 - 3 satisfăcătoare
 - 4 nesatisfăcătoare
 - 5 social-vulnerabilă
- Statutul copilului:
- 1 ambii părinți
 - 2 amplasat temporar în instituție rezidențială
 - 3 refuzat în maternitate
 - 4 sub tutelă
 - 5 orfan
 - 6 abandonat
 - 7 părinți privați din drepturi
- Locul de trai:
- 1 în mediul familial
 - 2 cu tutela sau familia adoptivă
 - 3 cu mama
 - 4 cu tata
 - 5 scoala internat
 - 6 scoala internat și în mediul familial

Fig.1. Condițiile de trai și statutul social al copiilor

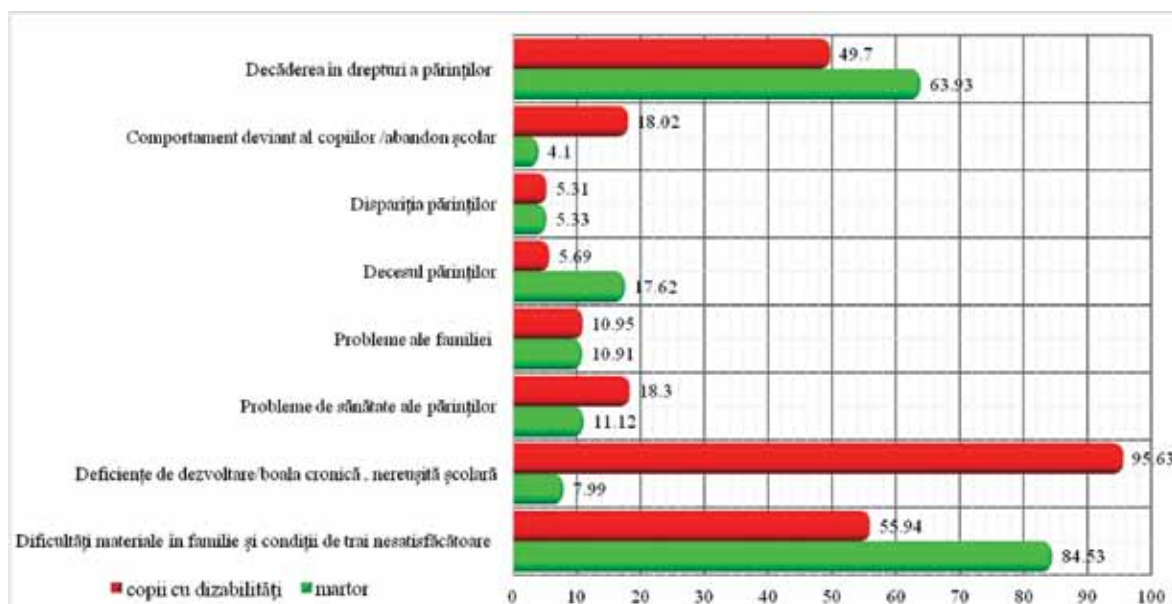


Fig.2. Cauzele instituționalizării copiilor

deficiențele de dezvoltare ale copiilor și incapacitatea familiilor biologice de a îngriji copiii în 95,63±0,42% din cazuri spre deosebire de 7,99±0,56% din cazuri în lotul martor. Dificultățile materiale în familie și condițiile nesatisfăcătoare de trai a fost unul din motivele de instituționalizare a 84,53±0,74% din copiii sănătoși și 55,94±1,03% din copiii cu dizabilități. Decăderea în drepturi a părinților (cauzată de alcoolism cronic, maltratarea, neglijarea sau refuzului oficial al copiilor, modul asocial de viață ș.a.) a fost motivul amplasării în instituții rezidențiale a 63,93±0,99% din copiii sănătoși și 49,7±1,04% din copiii cu dizabilități.

Majoritatea copiilor incluși în studiu (87,73±0,68%) suferă de dizabilități severe: retardare mintală profundă și severă, hidrocefalie severă, hernie cervicală severă, tetrapareză/tetraplegie spastică ș.a. Ei sunt ținutiți la pat și necesită îngrijiri speciale. Cu dizabilități accentuate au fost diagnosticați 11,32±0,66% dintre copii, aceștia prezentând retardare mintală moderată, au-

tism, epilepsie, hemiplegie dublă, diplegie spastică ș.a. Ei nu sunt capabili să se autodeservească și să efectueze de sine stătător igienizarea cavității orale. Doar 22 (0,95±0,20%) copii din lotul de cercetare aveau un grad moderat de dizabilitate, fiind diagnosticați cu retardare mintală ușoară, formă hemi-paretică, hiperkinetică și atonică-astatică de PCI. Acești copii sunt capabili să se deservescă independent și să efectueze de sine stătător igienizarea cavității orale, dar au nevoie de ghidarea persoanelor care-i îngrijesc (Tab.3, 4).

Analiza amplă a rezultatelor studiului integral referitor la nivelul de morbiditate prin caria dentară poate explica decalajul dintre indicatorii de frecvență și intensitate a acestei afecțiuni la copiii cu dizabilități și cei fără dizabilități. Indicatorii de morbiditate prin caria dentară la copiii din lotul de cercetare și lotul martor diferă semnificativ. Astfel, prin estimarea indicelui de frecvență a cariei dentare (IF) la copiii luați în studiu am constatat variații considerabile ale acestor

Tabelul 3. Repartiția copiilor în funcție de gradul de severitate a dizabilităților

Gradul de severitate a dizabilităților	Lotul de cercetare, L ₁ =2315							
	feminin		masculin		t	p	Total	
	abs.	P±ES(%)	abs.	P±ES(%)			abs.	P±ES(%)
sever	823	35,55±0,99	1208	52,18±1,04	11,5654	<0,001	2031	87,73±0,68
accentuat	112	4,84±0,45	150	6,48±0,51	2,4161	<0,05	262	11,32±0,66
moderat	11	0,48±0,14	11	0,48±0,14	0,0000	>0,05	22	0,95±0,20
Total	946	40,86±1,02	1369	59,14±1,02	12,6516	<0,001	2315	100,0±0,00

Tabelul 4. Repartiția copiilor în funcție de sexe și tipul de dizabilitate

Tipul dizabilităților	feminin		masculin		t	p	Total	
	abs.	P±ES(%)	abs.	P±ES(%)			abs.	P±ES(%)
Intelectuale	351	15,16±0,75	554	23,93±0,89	7,5707	<0,001	905	39,09±1,01
Locomotorii	8	0,35±0,12	13	0,56±0,16	1,0617	>0,05	21	0,91±0,19
Vizuale	7	0,30±0,11	12	0,52±0,15	1,1715	>0,05	19	0,82±0,18
Auditive	6	0,26±0,10	10	0,43±0,14	0,9865	>0,05	16	0,69±0,17
Multiple	574	24,79±0,89	780	33,69±0,98	6,6889	<,001	1354	58,49±1,02
Total	946	40,86±1,02	1369	59,14±1,02	12,6516	<0,001	2315	100,0±0,00

tui indicator în funcție de vârstă, tipul și severitatea dizabilităților și a maladiilor asociate. După cum denotă datele din tabelul 5, caria dentară a fost depistată la 1838 (79,40±0,84%) la copiii cu dizabilități, iar la copiii practic sănătoși, respectiv la 1332 (56,49±1,02; t=17,3238, p<0,001). Valorile maxime ale IF au fost depistate la copiii cu gradul sever de dizabilități intelectuale (77,79±0,86%) și multiple (82,71±0,79%). În decursul perioadei de observație, valorile IF s-au majorat la copiii din toate grupurile, rata de creștere a acestui indicator fiind corelată cu tipul și gradul de severitate al dizabilității.

Tabelul 5. Valorile indicelui de frecvență al cariei dentare și al indicatorilor de experiență carioasă la copii

Indicatorul	Copii cu dizabilități L ₁ 2315	Copii fără dizabilități L ₀ 2358	t, p
Numărul de copii afectați de carie	1838	1332	
Frecvența cariei dentare P±ES (%)	79,40±0,84	56,49±1,02	17,3238, p<0,001
COA X±ES	3,95±0,07	1,62±0,04	19,8456, <0,001
co X±ES	2,23±0,05	1,47±0,05	3,2527, <0,01
COA+co X±ES	5,12±0,07	2,59±0,073	14,8492, 0,001
COAS X±ES	6,59±0,11	2,4±0,07	20,9381, <0,001
cos X±ES	4,2±0,09	2,56±0,09	5,1854, <0,001
COAS+cos X±ES	9,31±0,15	4,28±0,10	11,4823, <0,001
COAS/COA X±ES	1,67±0,04	1,48±0,06	1,6641, >0,05
cos/co X±ES	1,88±0,08	1,74±0,06	15,8000, <0,001
COAS+cos/COA+co X±ES	1,82±0,03	1,65±0,02	0,5547, >0,05

Doar 20,60±0,84% dintre copii cu dizabilități examinați sunt indemni de carie. Rezultatele studiului nostru au elucidat faptul că numărul de copii și adolescenți liberi de carie dentară din lotul de cercetare este de 2,11 ori mai mic comparativ cu lotul martor. La o mare parte din copiii din lotul de cercetare (44,15±1,03%) s-au constatat leziuni carioase netratate, la 21,86±0,86% — dinți permanenți extrași și doar la 13,39±0,7% au fost rezolvate toate leziunile carioase (Fig.3).

Spre deosebire de copii cu dizabilități, în lotul martor numărul copiilor indemni de carie este semnificativ mai mare, constituind 43,51±1,02%, precum este mai mare și ponderea copiilor cu cavități carioase obturate — 38,97±1,0% (Fig.4). Semnificativ redus a fost numărul de copii cu leziuni carioase nerezolvate (14,63±0,73%) și cu dinți permanenți extrași din cauza complicațiilor cariei dentare (2,89±0,34%).

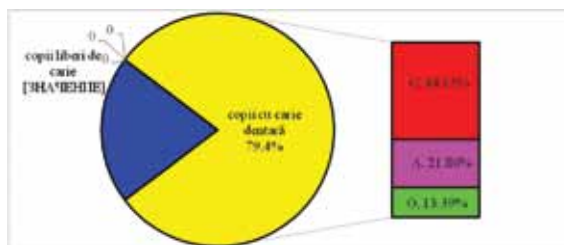


Fig.3. Frecvența leziunilor carioase la copiii cu dizabilități (%)

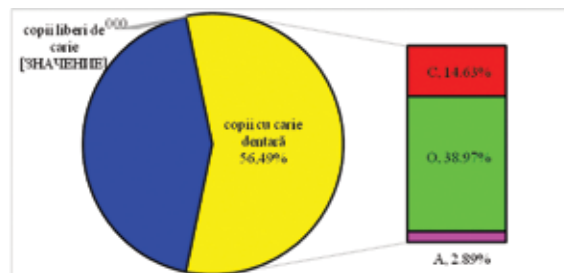


Fig.4. Frecvența leziunilor carioase la copiii din lotul martor (%)

Conform datelor prezentate în tabelul 5, la copiii cu dizabilități s-au estimat valori semnificativ sporite ale indicatorilor care reflectă experiență carioasă în dentițiile temporară (p<0,01), definitivă (p<0,001) și mixtă (p<0,001): co=2,23±0,05 și cos=4,2±0,09; COA=3,95±0,07 și COAS=6,59±0,11, COA+co=5,12±0,07 și COAS+cos=9,31±0,15, comparativ cu valorile acestor indicatori apreciați la copiii din lotul martor (co=1,47±0,05 și cos=2,56±0,09, COA=1,62±0,04 și COAS=2,4±0,07, COA+co=2,59±0,07 și COAS+cos=4,28±0,10). Pentru valorile indicelui COAS este specifică o progresie mult mai importantă, comparativ cu indicele COA, care este deosebit de accentuată în grupul de copii cu dizabilități.

Afectarea prin caria dentară este diferită la fete și băieți. În lotul de copii sănătoși, la fete am înregistrat o rată majorată a cariei comparativ cu băieții, fapt care devine evident, în special la vârsta de 10-14 ani. Spre deosebire de copiii sănătoși, în lotul de copii cu dizabilități, la băieți au fost observate valori superioare ale indicelui de frecvență (de 1,2 ori) și a indicelui de intensitate a cariei dentare (de 1,62 ori) comparativ cu fetele. De remarcat faptul că rata cariei dentare este corelată cu starea de sănătate psiho-somatică a copiilor cu dizabilități (r=0,68) și sexul acestora (r=0,24), băieții având mai frecvent gradul sever de dizabilitate, comparativ cu fetele.

Vârsta posteruptivă are o relație directă (r=0,84) cu receptivitatea la carie a dinților definitiv tineri. Primii molari deseori devin carioreceptivi imediat după erupție, molarii doi sunt supuși aceluiași proces, dar în măsură mai mică. Acest fapt este corelat în mod diferit, în funcție de starea de sănătate a copiilor: în lotul de cercetare a fost constatată o corelație puternică, iar în lotul martor — o corelație medie între vârsta posteruptivă și receptivitatea la carie a dinților definitiv tineri. La estimarea ratei cariei dentare (după indicatorii COA și COAS) în loturile L₁ și L₀ am constatat o creștere importantă a acestui indicator la copiii cu dizabilități.

În decursul perioadei de observație, la majoritatea copiilor practic sănătoși, am remarcat succesiunea ritmică a perioadei de cariorezistență și carioactivitate. De regulă, o perioadă de vulnerabilitate este urmată de una de rezistență, și invers. Cea mai vulnerabilă perioadă de vârstă este cea a pubertății. La copiii cu dizabilități, perioadele de carioactivitate sporită sunt influențate, în mare măsură, de evoluția maladiilor psiho-somatice și medicația administrată.

Tabelul 6. Gradul de activitate carioasă la copii

Grupul de copii		Gradul de activitate carioasă		
		Carioactivitate redusă	Carioactivitate moderată	Carioactivitate sporită
Dizabilități severe 2032 copii	nr.	852	559	325
	P±ES (%)	41,93±1,09	27,51±0,99	15,99±0,81
Dizabilități accentuate 261 copii	nr.	25	42	31
	P±ES (%)	9,58±1,82	16,09±2,27	11,88±2,00
Dizabilități moderate 22 copii	nr.	2	2	0
	P±ES (%)	9,09±6,27	9,09±6,27	0,00±0,00
Total copii cu dizabilități L ₁ =2315	nr.	879	603	356
	P±ES (%)	37,97±1,01	26,05±0,91	15,38±0,75
Total copii sănătoși L ₀ =2358	nr.	761	512	59
	P±ES (%)	32,27±0,96	21,71±0,85	2,50±0,32
t		4,0878	3,4827	15,7878
p		<0,001	<0,001	<0,001

La compararea gradului de activitate carioasă în lotul de cercetare și martor (Tab.6), am elucidat faptul că carioactivitatea sporită este de 6,15 ori mai frecventă la copiii cu dizabilități, comparativ cu copiii practic sănătoși. Gradul redus de activitate carioasă a fost constatat la 37,97±1,01% din copiii cu dizabilități și 32,27±0,96% (t=4,0878, p<0,001) din copiii din lotul martor. Pentru acest tip de carioactivitate sunt caracteristice următoarele semne: afectarea primilor molari, eventual și a molarilor secunzi, localizarea leziunilor selectiv ocluzală; evoluția cariei având un caracter cronic iar progresia leziunilor fiind lentă.

Copiii cu activitate carioasă moderată, constituind în lotul L₁ 26,05±0,91% și în lotul L₀ 21,71±0,85% (t=3,4827, p<0,001) din copiii examinați, prezentau următoarele caracteristici esențiale: afectarea selectivă a grupurilor dentare cu respectarea celor cu rezistență înaltă la carie, cum sunt caninii și frontalii inferiori; localizarea preferențială a leziunilor pe suprafețele proximale cu o evoluție moderată în suprafață și profunzime; rata de creștere a leziunilor carioase este determinată de starea de sănătate psiho-somatică a copiilor și de metodele preventive aplicate anterior, indicele COA constituind 4,73±0,48 la copiii din lotul L₁ și 3,36±0,09 la copiii din lotul L₀.



Fig. 5. Pacienta P, 7 ani. PCI, tetrapareză spastică. Activitate carioasă sporită.



Fig. 6. Pacientul V.T., 8 ani. Retard mintal sever. Activitate carioasă sporită.

Activitatea carioasă sporită a fost constatată la 15,38±0,75% din copiii din lotul de cercetare și 2,50±0,32% subiecți din lotul martor (t=15,7878, p<0,001). Valoarea indicelui COA reprezintă 7,71 în lotul L₁ și 2,4 la copiii din lotul L₀. Tiparul carial este caracterizat de următoarele semne distinctive: debutul cariei anarhic, afectând în egală măsură atât zonele vulnerabile cât și cele imune, tendința de afectare a tuturor grupurilor dentare, inclusiv caninii și frontalii inferiori, iar localizarea poate fi simultan pe toate suprafețele unui dinte. Astfel, valoarea indicelui COAS constituie 11,12±0,07 la copiii cu dizabilități, în comparație cu 3,27±0,06 la copiii practic sănătoși. Timpul posteruptiv necesar debutului cariei este, de regulă, foarte scurt pentru toate grupurile dentare, dar în special pentru primii molari și, eventual, pentru cei secunzi, care pot fi afectați în timpul perioadei de erupție, iar evoluția cariei are un caracter acut cu viteză mare de extindere în suprafață și profunzime (Fig.5, 6).

În rezultatul analizei corelaționale au fost stabilite legături directe între gradul de activitate carioasă și un șir de factori. Astfel, corelația medie a fost stabilită între gradul de activitate carioasă și gradul de dezvoltare intelectuală a copilului (r=0,68), mediul rural de trai (r=0,69), starea materială nesatisfăcătoare și social-vulnerabilă a familiei de proveniență a copilului (r=0,66), precum și termenii de erupere a dinților (r=0,62). Corelația puternică a fost stabilită între gradul de activitate carioasă și starea igienei orale (r=0,78), vârsta copiilor (r=0,84), precum și gradul de

severitate al dizabilităților ($r=0,73$). Astfel, la copiii cu gradul moderat de dizabilitate predomină carioactivitatea redusă, iar la copiii cu dizabilități accentuate și severe crește semnificativ frecvența activității carioase moderate și sporite.

Analiza particularităților evoluției cariei dentare la copiii și adolescenții cu dizabilități, în funcție de vârstă, tipul și gradul de severitate al dizabilității, a permis stabilirea celor mai înalte valori ale indicelui de intensitate a cariei dentare la copiii cu PCI, retard mintal sever și profund și epilepsie (Fig.7).

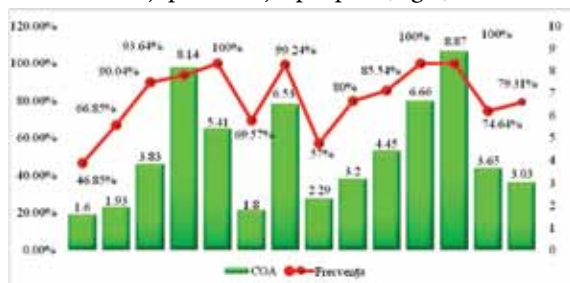


Fig.7. Experiența carioasă la copii în funcție de tipul dizabilităților

Analiza comparativă a indicatorilor de experiență carioasă în funcție de tipul și gradul de severitate a dizabilităților a evidențiat cel mai înalt nivel de afectare prin caria dentară la copiii cu deficiențe intelectuale și multiple severe: $co=2,12\pm 0,05$, $COA=4,01\pm 0,06$ și $COA+co=5,03\pm 0,07$ (Tab.7).

Pentru a evidenția dacă există asociere între caria dentară, tipul și gradul de dizabilitate, au fost aplicate metodele statistice de calcul al riscului relativ estimat (RR), luând în considerare faptul că există un risc crescut de producere a bolii în cazul când valoarea $RR>1$, risc scăzut dacă $RR<1$ (factorul analizat este factor de protecție), iar atunci când $RR=1$, nu există nici o asociere cu producerea bolii. În rezultatul estimărilor efectuate am stabilit că riscul de apariție a cariei dentare la copiii cu dizabilități intelectuale este de 1,75 ori mai mare în comparație cu copiii fără dizabilități ($RR=1,75$, 95,0% $I\dot{I}$: 1,349-1,464). Estimarea riscului evoluției cariei dentare în funcție de severitatea dizabilităților (Tab. 8) nu a evidențiat diferențe semnificative statistic la copiii cu dizabilități moderate, comparativ cu lotul martor, probabil din cauza numărului insuficient de copii examinați. Diferențe semnificative au fost elucidate la copiii cu dizabilități severe, acești copii având risc redus de carioactivitate redusă ($RR=1,3$, 95,0% $I\dot{I}$: 1,202-

1,404) și moderată ($RR=1,3$, 95,0% $I\dot{I}$: 1,142-1,406). Riscul foarte mare de evoluție agresivă a cariei dentare (carioactivitate sporită) a fost stabilit la copiii cu dizabilități severe ($RR=6,4$, 95,0% $I\dot{I}$: 4,875-8,381).

Tabelul 8. Riscul evoluției cariei dentare la copiii cu gradul sever de dizabilitate (RR)

Gradul de activitate carioasă	L_1	L_0	RR	95,0 % $I\dot{I}$
	Abs.	Abs.		
Carioactivitate redusă	852	761	1,3	1,202-1,404
Carioactivitate moderată	559	512	1,3	1,142-1,406
Carioactivitate sporită	352	59	6,4	4,875-8,381

Pentru aprecierea necesității de tratament este importantă estimarea indicelui SiC (Significant Caries Index), propus de Brathall în 2000, cu ajutorul căruia sunt identificați subiecții care necesită mai mult de 50% din totalul surselor alocate pentru asistența stomatologică. În studiul nostru a fost estimat indicele SiC 30, la 30% din subiecți cu valorile cele mai mari ale activității carioase, și indicele SiC 10 — la 10%. La copiii cu dizabilități, valorile indicilor SiC 30 ($7,54\pm 0,07$) și SiC 10 ($10,48\pm 0,06$) pentru dinții permanenți depășesc statistic semnificativ valorile acestor indici estimați la copiii din lotul martor: SiC 30= $4,58\pm 0,04$ și SiC 10= $6,6\pm 0,08$ ($p<0,001$). Pentru dinții temporari situația este diferită, indicii SiC 30 fiind aproximativ identici, constituind $4,68\pm 0,04$ în lotul de cercetare și $4,78\pm 0,06$ în lotul martor ($p>0,05$). Valorile indicelui SiC 10= $7,31\pm 0,05$ la copiii din lotul martor este majorat statistic semnificativ comparativ cu indicele SiC 10= $6,12\pm 0,06$ estimat la copiii din lotul de cercetare ($p<0,01$). Acest fapt poate fi explicat prin extracția timpurie a dinților temporari afectați de carie dentară sau complicațiile acesteia la copiii cu dizabilități (Fig. 8).

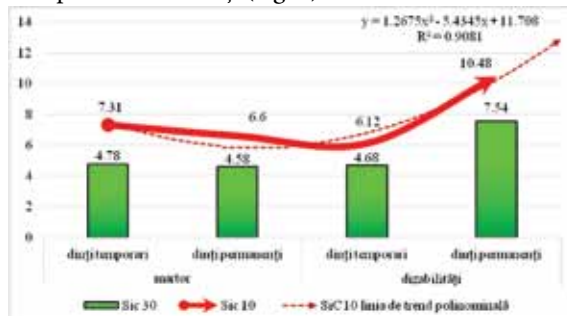


Fig.8. Indicatorii SiC 30 și SiC 10 pentru dinții temporari și permanenți la copii

Tabelul 7. Valorile indicelui de frecvență și intensității cariei dentare în funcție de severitatea dizabilităților

Gradul de severitate a dizabilităților	Numărul de copii cu carie dentară					Indicatorii			
	feminin		masculin		total		co	COA+co	COA
	abs.	P±ES(%)	abs.	P±ES(%)	abs.	P±ES(%)			
Sever 2031 copii	669	28,90±0,94	1001	43,24±1,03	1670	72,14±0,93	2,12±0,05	5,03±0,07	4,01±0,06
Accentuat 262 copii	37	1,59±0,26	53	2,29±0,31	90	3,89±0,40	1,50±0,13	2,86±0,20	1,69±0,21
Moderat 22 copii	1	0,04±0,04	3	0,13±0,07	4	0,17±0,09	0,50±0,46	0,73±0,69	0,23±0,72

* $p>0,05$, **** $p<0,001$

Valorile sporite ale indicilor Sic 30 și Sic 10 estimate la copiii cu dizabilități evidențiază nivelul precar de asistență stomatologică acordată copiilor și lipsa implementării măsurilor preventive. Curba polinomială a indicelui Sic 10 (care face o aproximare prin regresie față de aceeași variabilă ridicată la puteri diferite; $R^2 = 0,9081$) ne permite să obținem o linie de tendință care este un indicator al creșterii eventuale pentru acest indicator în timp, fapt care atenționează asupra necesității instituirii cât mai rapide a tratamentului cariilor și complicațiilor ei, de asemenea, asupra aplicării metodelor de prevenire a afecțiunilor dentare.

Analiza structurii indicelui COA a elucidat faptul că la copiii cu dizabilități, componenta „C” (cavități cariate netratate $2,0 \pm 0,02$) este cel mai impunător contribuitor la index, constituind 50,51%, urmat de componenta „A” (anodonție secundară cauzată de extracția dinților în urma complicațiilor cariei dentare $1,65 \pm 0,01$), care reprezintă 41,67%, iar ponderea dinților obturați ($0,31 \pm 0,01$) — „O” este doar de 7,83% (Fig.9). La copiii fără dizabilități amplasați în instituții rezidențiale s-a constatat cea mai ridicată pondere a dinților obturați — 75,93% ($O=1,23 \pm 0,08$), comparativ cu copiii din lotul de cercetare este redus numărul de dinți cu leziuni carioase netratate — 13,58% ($C=0,22 \pm 0,03$) și dinți permanenți extrași — 10,49% ($A=0,17 \pm 0,02$), diferențele dintre indicatorii menționați în loturile L_1 și L_2 fiind statistic semnificative ($p < 0,001$).

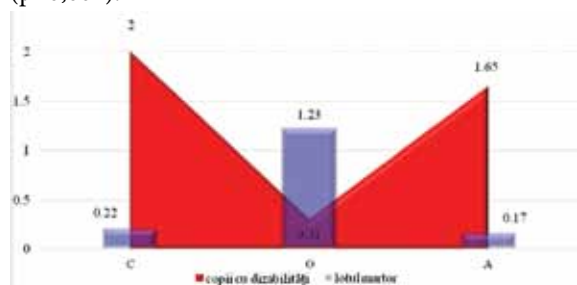


Fig.9. Structura indicelui COA la copiii din loturile de cercetare și martor

Structura indicelui COA variază în funcție de gradul de severitate al dizabilităților. Astfel, la copiii cu dizabilități severe (Fig.10,11), componenta „C” ($2,03 \pm 0,06$) este cel mai impunător contribuitor la index, constituind 50,62%, urmat de componenta „A” ($1,68 \pm 0,33$) care reprezintă 41,9%, iar ponderea dinților obturați ($0,3 \pm 0,03$) este minimă, constituind doar 7,48% (Fig.12). La copiii cu dizabilități accentuate ponderea dinților extrași ($A=0,21 \pm 0,02$) este comparativ redusă, constituind 18,1%, se observă o creștere statistic semnificativă a numărului dinților obturați — ($O=0,32 \pm 0,04$) 27,59% ($p < 0,001$). La copiii cu dizabilități moderate ponderea dinților extrași și a celor cu leziuni carioase netratate este identică ($C=0,05 \pm 0,02$; $A=0,05 \pm 0,03$, $p > 0,05$) constituind câte 20,83%, și se observă o creștere statistic semnificativă a numărului dinților obturați ($O=0,14 \pm 0,02$, $p < 0,001$) ponderea lor fiind de 58,33%.



Fig.10. Pacienta E.M., 7 ani. PCI, tetrapareză spastică. Leziuni carioase netratate



Fig.11. Pacientul O. N., 15 ani. Retard mental profund. Starea nesatisfăcătoare a igienei orale. Prezența leziunilor carioase netratate

Prin urmare, analiza datelor obținute în acest compartiment al studiului denotă insuficiența acordării asistenței stomatologice copiilor cu dizabilități, rezolvarea cazurilor de carie complicată și chiar de carie simplă prin extracții dentare, lipsa tratamentului adecvat la etapele timpurii de evoluție a procesului carios. Acest fapt este cauzat de abordarea clinică deosebit de dificilă a copiilor cu dizabilități, în special a celor cu dizabilități intelectuale accentuate și severe. Astfel, la copiii cu retard mental sever și profund au fost estimate valorile minime ale indicelui de restaurare (RI) și ponderea maximă a dinților permanenți extrași din motivul complicațiilor cariei dentare ($A=4,3 \pm 0,06$) (Fig.13, 14).

În consecință, la copiii cu dizabilități se atestă ponderea majorată a copiilor care necesită asanarea cavității orale ($76,85 \pm 0,88\%$) care este de 2,38 ori mai mare, comparativ cu copiii fără dizabilități ($32,27 \pm 0,96\%$). Frecvența complicațiilor cariei dentare la copiii din lotul de cercetare este de $65,44 \pm 0,98\%$, fiind de 3,77 ori mai mare comparativ cu copiii din lotul martor (Fig.15).

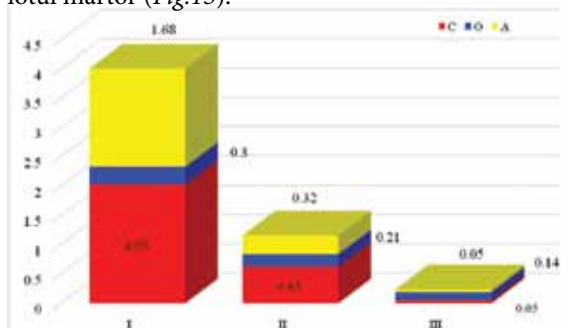


Fig.12. Structura indicelui COA la copii în funcție de gradul de dizabilitate

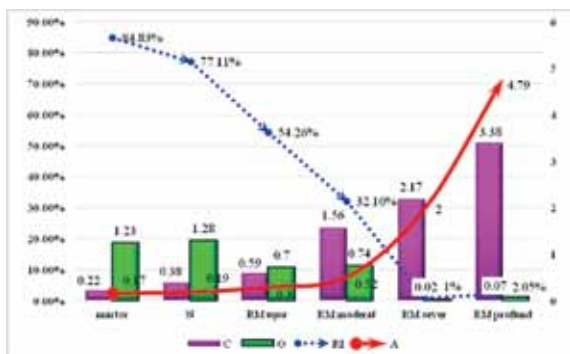


Fig.13. Structura indicelui COA și valoarea indicelui de restaurare (RI) la copiii în funcție de nivelul de dezvoltare intelectuală

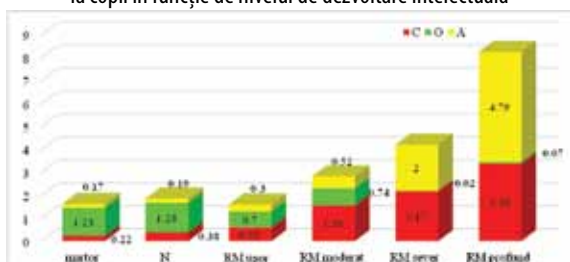


Fig.14. Structura indicelui COA la copiii în funcție de nivelul de dezvoltare intelectuală

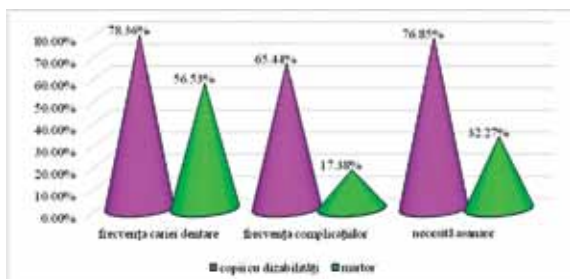


Fig.15. Frecvența complicațiilor cariei dentare și ponderea copiilor care necesită asanarea cavității orale

Pentru evaluarea ponderii tratamentelor dentare aplicate a fost estimat indicele de restaurare (RI), care reprezintă proporția dinților restaurați din totalul dinților care necesită restaurare. La momentul examinării, ponderea copiilor cu dizabilități la care s-au aplicat tratamente dentare a fost semnificativ redusă comparativ cu copiii din lotul martor. Astfel, în lotul de cercetare valoarea medie a indicelui de restaurare (RI) a dinților temporari a constituit doar $7,97 \pm 0,56\%$, iar a celor permanenți — $13,6 \pm 0,71\%$, spre deosebire de valorile indicelui RI în dinți temporari $39,37 \pm 1,03\%$ și $84,64 \pm 0,71\%$ în cei permanenți în lotul martor ($p < 0,001$). Ca rezultat al acordării asistenței stomatologice la un nivel insuficient, în special copiilor cu dizabilități, a crescut considerabil proporția cariei complicate, atingând $65,44 \pm 0,99\%$, fiind totodată de 3,77 ori mai frecventă decât în lotul martor. În plus la cele menționate, prevalența anodonției secundare a dinților permanenți în lotul de cercetare a constituit $42,51 \pm 1,03\%$, fiind de 3,65 ori mai frecventă în raport cu lotul martor ($p < 0,001$). Primii molari inferiori au fost extrași în $21,2 \pm 0,85\%$ din cazuri, molarii doi — $15,3 \pm 0,75\%$, premolarii — $4,02 \pm 0,41\%$, iar incisivii și caninii — $1,99 \pm 0,22\%$. În lotul martor, cel mai frecvent au fost extrași primii molari (Fig. 16).

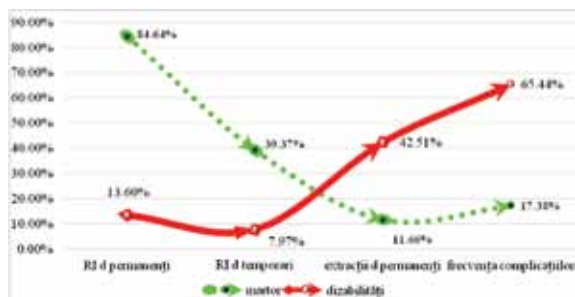


Fig.16. Relația dintre RI (pentru dinții permanenți și temporari), frecvența complicațiilor cariei dentare și extracțiilor dinților permanenți la copii

Analizând particularitățile evoluției cariei dentare la copiii și adolescenți cu dizabilități în funcție de tipul și gradul de severitate al dizabilității am constatat cele mai înalte valori ale indicatorilor de morbiditate prin carie dentară la copiii cu deficiențe intelectuale și multiple, având gradul sever de dizabilitate. Așadar, pe baza rezultatelor obținute putem conchide că indicele de intensitate al leziunilor carioase este corelat cu vârsta copiilor cu dizabilități, tipul, gradul de severitate al dizabilității și tipul medicației **maladiilor severe ale SNC**.

Discuții

Majoritatea surselor literare de specialitate din țară și de după hotare susțin că dizabilitatea reprezintă o problemă medicală și socială, iar copiii care suferă de deficiențe accentuate și severe au nevoie de îngrijire medicală de specialitate pe termen lung, iar în unele cazuri — pe tot parcursul vieții.

Rezultatele cercetărilor unui șir de autori au relatat o incidență mai mare a cariilor dentare la pacienții cu dizabilități [14, 30-33]. Numeroși autori în studiile sale evidențiază prevalența sporită a cariei dentare, care este consecința afectării perinatale a sistemului nervos central și tulburărilor severe ale metabolismului osos [10, 17]. Astfel, A.P. Giardino și L.I. Arye în 2000 au semnalat la copiii cu PCI prevalența ridicată a cariei dentare, apariția cavităților multiple, activitatea carioasă intensă, distrugerea totală a părții coronale a dinților [12]. Frecvența cariei dentare și a complicațiilor ei, după datele diferitor autori variază de la 83,8% la 94,7% la copiii cu patologie congenitală a sistemului nervos central (SNC) și a aparatului locomotor [12, 30-33, 43, 44]. A fost stabilită creșterea intensității cariei dentare în funcție de gravitatea tulburărilor neurologice, maladiilor asociate și gradul de retardare mintală [12, 27, 30-33, 42-43]. Așadar, în rezultatul unui număr impunător de studii s-a relatat prevalență sporită a cariei dentare, apariția cariei multiple la copiii cu diferite tipuri de dizabilități.

În cadrul studiului nostru anterior [39], prin aplicarea microscopiei electronice cu baleiaj-SEM și a spectroscopiei IR, s-au stabilit următoarele particularități structurale și a componenței chimice a smalțului dentar la copiii cu dizabilități severe: structura electronooptică a suprafeței smalțului este caracterizată de prezența zonelor cu o cantitate considerabilă de pori

și microfisuri; concentrația sporită a ionilor CO_3^{2-} localizați în zona de tip B; majorarea ponderii componente organice a smalțului în raport cu componenta minerală și respectiv, reducerea masei procentuale a P, Ca, Cl, Mg, Na și a conținutului de hidroxiapatită, precum și majorarea concentrației carbonat-apatitei, cu intensitate redusă a peak-urilor de fosfat și o creștere semnificativă a componentelor organice. Am presupunat că particularitățile structurale ale smalțului depistate la nivel molecular și microscopic ar putea fi cauzate de dereglările de mineralizare survenite în perioada de formare a dinților și în perioada de mineralizare posteruptivă la copiii cu patologie severă a SNC, fapt care condiționează ulterior reducerea considerabilă a rezistenței smalțului la atacul acizilor, urmată de predominarea proceselor de demineralizare pe o perioadă mai îndelungată de timp, dizolvarea în masă a cristalelor de hidroxiapatită și formarea zonelor extinse de smalț demineralizat, constituind astfel un risc sporit de apariție a noilor leziuni carioase.

Actualul studiu, efectuat pe un eșantion de 4673 de copii (2315 copii cu dizabilități și 2358 copii fără dizabilități), confirmă supoziția noastră, oferind dovezi a prevalenței și severității relativ ridicate a cariei dentare la copiii cu dizabilități comparativ cu martorul. În baza rezultatelor obținute am conchis că indicele de intensitate al leziunilor carioase este corelat cu vârsta copiilor cu dizabilități, tipul și gradul de severitate al dizabilității. Cea mai mare intensitate a procesului carios este caracteristică pentru pacienții cu forme severe ale patologiei SNC cauzate de un complex de factori etiologici care acționează la etape diferite de dezvoltare a organismului. A fost elucidată creșterea intensității cariei dentare, în funcție de gravitatea tulburărilor neurologice asociate și gradul de retardare mintală. În plus la cele menționate, a fost evidențiată asocierea între caria dentară, tipul și severitatea dizabilităților, fiind stabilit că riscul de apariție cariei dentare la copiii cu dizabilități intelectuale este de 1,75 ori mai mare în comparație cu copiii fără dizabilități. Estimarea riscului evoluției ulterioare a cariei dentare în funcție de gradul de severitate a dizabilităților e elucidat riscul foarte mare ($RR=6,4$) de evoluție agresivă a cariei dentare (carioactivitate sporită) la copii cu dizabilități severe.

Analiza datelor obținute denotă insuficiența acordării asistenței stomatologice copiilor cu dizabilități, rezolvarea cazurilor de carie complicată și chiar de carie simplă prin extracții dentare, lipsa tratamentului adecvat la etapele timpurii de evoluție a procesului carios. Acest fapt este influențat de particularitățile comportamentale și abordarea clinică deosebit de dificilă a copiilor cu dizabilități, în special a celor cu dizabilități intelectuale accentuate și severe, și nu în ultimul rând — de accesul limitat a acestei categorii de copii la asistența stomatologică. Dispensarizarea stomatologică și reabilitarea copiilor cu dizabilități se realizează doar la un număr redus de copii, iar necesitatea îmbunătățirii calității asistenței stomatologice acordate copiilor cu nevoi speciale a fost menționată în lucrările multor autori [20, 34, 41,42].

În consecință, prevalența efectelor negative ale stării de sănătate orală asupra activităților zilnice ale copiilor cu dizabilități prezintă severitate sporită la 68,53% subiecți [40]. Principalele cauze ale impactului leziunilor carioase netratate asupra calității vieții copiilor cu dizabilități sunt: durerea dentară și extracția prematură a dinților permanenți. Starea sănătății orale afectează calitatea vieții copiilor în principal prin efecte asupra posibilității de relaxare și stabilității emoționale, consumului alimentelor și igienizării cavității orale. Analiza rezultatelor cercetărilor noastre a elucidat necesitatea inițierii și realizării programelor de sănătate orală în instituțiile pentru copii, cu aplicarea mijloacelor și metodelor moderne de prevenire și mini-invazive de tratament al afecțiunilor cavității orale, fapt care va contribui la reducerea prevalenței și incidenței principalelor afecțiuni stomatologice.

Așadar, actuala stare de sănătate orală la copiii cu dizabilități subliniază necesitatea instituirii unor programe de prevenire în scopul reducerii prevalenței cariei dentare, iar ameliorarea asistenței stomatologice la copiii cu dizabilități în Republica Moldova trebuie concepută prin orientarea spre prevenirea principalelor afecțiuni dento-parodontale, care va aduce un beneficiu atât medical, cât și social, asigurând nu doar sănătate cavității orale, dar și contribuind la îmbunătățirea calității vieții copiilor.

Concluzii

1. Frecvența cariei dentare la copiii cu dizabilități constituie $79,40 \pm 0,84\%$, fiind de 1,41 ori mai mare comparativ cu copiii fără dizabilități ($56,49 \pm 1,02\%$).
2. Indicatorii de experiență carioasă sunt majorați semnificativ statistic la copiii cu dizabilități, constituind în dentiția temporară $2,23 \pm 0,05$, permanentă $3,95 \pm 0,07$ și mixtă $5,12 \pm 0,07$ comparativ cu indicatorii estimați la copiii fără dizabilități care reprezintă $1,47 \pm 0,05$, $1,62 \pm 0,04$ și $2,59 \pm 0,073$ respectiv.
3. A fost stabilită corelația puternică între gradul de activitate carioasă și gradul de severitate al dizabilităților ($r=0,73$). La copiii cu gradul moderat de dizabilitate predomină carioactivitatea redusă, iar la copiii cu dizabilități accentuate și severe crește semnificativ frecvența activității carioase moderate și sporite.
2. Riscul de apariție a cariei dentare la copiii cu dizabilități este de 1,75 ori mai mare în comparație cu copiii fără dizabilități. Riscul foarte mare de evoluție agresivă a cariei dentare a fost estimat la copiii cu gradul sever de dizabilitate ($RR=6,4$, 95,0% $Î: 4,875-8,381$).
3. Nivelul crescut al morbidității prin caria dentară și numărul impunător de dinți extrași în urma complicațiilor cariei dentare la copiii cu dizabilități denotă prevalența sporită a necesității în tratament stomatologic și acordarea asistenței stomatologice la nivel insuficient la această categorie de populație.
4. Actuala stare de sănătate orală la copiii cu dizabilități subliniază necesitatea instituirii unor programe de prevenire în scopul reducerii prevalenței cariei dentare.

Bibliografie

1. Al-Hussyeen A.A., Al-Sadhan S.A. „Oral hygiene practices and dietary habits among children with Down's syndrome in Riyadh, Saudi Arabia“, *Saudi Dent J*, Nr.18/2006, pp. 141-148.
2. Allison P.J., Faulks D., Hennequin M. „Dentist-related barriers to treatment in a group of individuals with Down syndrome in France: implications for dental education“, *J Disabil Oral Health*, Nr.2/2001, pp. 18-26.
3. Al-Mutawa S., Al-Duwairi Y., Honkala E., Honkala S., Shyama M. „The trends of dental caries experience of children in Kuwait“, *Dent News*, Nr.9/2002, pp. 9-13.
4. Altun C., Guven G., Akgun O.M., Akkurt M.D., Basak F., Akbulut E. „Oral health status of disabled individuals attending special schools“, *Eur J Dent*, Nr.4/2010, pp. 361-366.
5. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. „Systematic review of selected dental caries diagnostic and management methods“, *J Dent Educ*, Nr.65/2001, pp. 960-968.
6. Bedi R., Champion J., Horn R. „Attitudes of the dental team to the provision of care for people with learning disabilities“, *Spec Care Dentist*, Nr.21/2001, pp. 147-152.
7. Bratthall D. „Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds“, *International Dental Journal*, Nr.50 (6)/2000, pp. 378-384.
8. Davies R., Bedi R., Scully C. „ABC of oral health: oral health care for patients with special needs“, *Br Med J*, Nr.321/2000, pp. 495-498.
9. Dogan C., Alacam A., Asici N. „Clinical evaluation of the plaque-removing ability of three different toothbrushes in a mentally disabled group“, *Acta Odontologica Scandinavica*, Nr. 62/2004, pp. 350-354.
10. Dougherty N.J. „A review of cerebral palsy for the oral health professional“, *Dent Clin North Am*, Nr.53(2)/2009, pp. 329-338.
11. Edwards D.M., Merry A.J. „Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Meryside“, *Br Dent J*, Nr.193/2002, pp. 253-255.
12. Giardino A.P., Arye L.I. Providing health care in the 21st century. In: *Children with disabilities*. Fourth edition (ed. Batshaw ML), Paul Brookes publishing company, USA. 2000, pp. 773-788.
13. Gizani S., Vinckier F., Declerck D. „Oral hygiene in 12-year old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity“, *Community Dent Oral Epidemiol*, Nr.28/2000, pp. 73-80.
14. Guaré R.O., Ciamponi A.L. „Dental caries prevalence in the primary dentition of cerebral-palsied children“, *J Clin Pediatr Dent*, Nr.27/2003, pp. 287-292.
15. Gunn E.R., White D.A., Brooks J.A. „An investigation into the dental health of children attending two special day schools in South Warwickshire“, *J Disabil Oral Health*, Nr.4/2003, pp. 79-84.
16. Hallberg U., Strandmark M., Klingberg G. „Dental health professional's treatment of children with disabilities: a qualitative study“, *Acta Odontologica Scandinavica*, Nr.62/2004, pp. 319-327.
17. Hennequin M., Faulks D., Roux O. „Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients“, *J Dent*, Nr.28/2000, pp. 131-136.
18. Idaira Y., Nomura Y., Tamaki Y., Katsumura S., Kodama S., Kurata K., et al. „Factors affecting the oral condition of patients with severe motor and intellectual disabilities“, *Oral Dis*. Jul, Nr.14(5)/2008, pp. 435-439.
19. Implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Raportul inițial de stat al Republicii Moldova prezentat conform art. 35 al Convenției, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei al Republicii Moldova. Chișinău, 2012.
20. Isman B., Newton R., Bujold C., Baer M.T. Planning guide for dental professionals serving children with special health care needs. Los Angeles, CA. University of Southern California University Affiliated Program, Children's Hospital, 2000.
21. Lupan Ion, Spinei Aurelia, Spinei Iurie „Programul de sănătate orală la copii cu dizabilități și cerințe educative speciale pentru anii 2012—2014: oportunități și perspective de realizare“, *Medicina stomatologică*, Nr.4(25)/2012, pp. 7-14.
22. Martens L., Marks L., Goffin G., Gizani S., Vinckier F., Declerck D. „Oral hygiene in 12-year-old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity“, *Community Dent Oral Epidemiol*, Nr.28/2000, pp. 73-80.
23. McAlister T., Bradley C. „The oral and dental health of children in special national schools in the Eastern regional health authority area, Ireland 1999/2000“, *J Disabil Oral Health*, Nr.4/2003, pp. 69-76.
24. Menacker S.J., Batshaw M.L. *Vision: our window to the world*. In: *Children with disabilities*. Fourth edition. (ed. Batshaw ML), Paul Brookes publishing company, USA. 2000, pp. 211-239.
25. Mitsea A.G., Karidis A.G., Donta-Bakoyianni C., Spyropoulos N.D. „Oral health in Greek children and teenagers, with disabilities“, *J Clin Pediatr Dent*, Nr.26/2001, pp. 111-118.
26. Nyvad B., Machiulskiene V., Baelum V. „Construct and predictive validity of clinical caries diagnostic criteria assessing lesion activity“, *J Dent Res*, Nr.82/2003, pp. 117-122.
27. Persson R.E., Stiefel D.J., Griffith M.V., Truelove E.L., Martin M.D. „Characteristics of dental emergency clinic patients with and without disabilities“, *Spec Care Dentist*, Nr.20/2000, pp. 114-120.
28. Rao D.B., Hegde A.M., Munshi A.K. „Caries prevalence amongst handicapped children of South Canara District, Karnataka“, *J Ind Soc Pedo Prev Dent*, Nr.19/2001, pp. 67-73.
29. Raportul cu privire la determinanții sociali ai sănătății și distribuția sănătății în Regiunea Europeană a OMS. Copenhaga, Biroul Regional pentru Europa al OMS. 2013.
30. Rodrigues dos Santos M.T., Masiero D., Novo N.F., Simionato M.R. „Oral conditions in children with cerebral palsy“, *J Dent Child (Chic)*, Nr.70/2003, pp. 40-46.
31. Rodrigues dos Santos M.T., Masiero D., Simionato M.R. „Risk factors for dental caries in children with cerebral palsy“, *Spec Care Dentist*, Nr.22/2002, pp. 103-107.
32. Santos M., Masiero D., Novo N.F., Simionato M. „Oral Conditions in children with cerebral palsy“, *J Dent Child (Chic)*, Nr.70(1)/2003, pp. 40-46.
33. Santos M.T., Guaré R., Leite M., Ferreira M.C., Nicolau J. „Does the neuromotor abnormality type affect the salivary parameters in individuals with cerebral palsy?“, *J Oral Pathol Med*, Nr.39(10) /2010, pp. 770-774.
34. Schultz S.T., Shenkin J.D., Horowitz A.M. „Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children“, *Pediatr Dent*, Nr.23/2001, pp. 321-325.
35. Seymen F., Aytepe Z., Kiziltan B. „Oral health status in children with Down syndrome“, *J. Disabil Oral Health*, Nr.3/2002, pp. 62-67.
36. Significant Caries Index. WHO web site. <http://www.whocolab.od.mah.se/exp/sic.html>.
37. Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2014. 27.05.2015. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4779&parent=0> (accesat 2.06.2015).
38. Situația persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova. 27.11.2014. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4566&parent=0> (accesat 28.11.2014).
39. Spinei Aurelia „Particularitățile structurale ale smalțului dentar la copiii cu dizabilități neuro-motorii severe“, *Medicina Stomatologică*, Nr. 1(30)/2014, pp.35-45.
40. Spinei A., Spinei I. „The impact of dental diseases on quality of life of children with neuromotor disabilities“, *Arhives of the Balcan Medical Union*, Nr. 3(48) 2013, pp.159-161.
41. Waldman H.B., Perlman S.P. „Deinstitutionalization of children with mental retardation: what of dental services?“, *ASDC J Dent Child*, Nr.67/2000, pp. 413-417.
42. Watson N. *Barriers, discrimination and prejudice. Disability and oral care*, Nunn J ed, FDI World Dental Press, London. 2000, pp. 15-28.
43. Weddell J.A., Sanders B.J., Jones J.E. *Dental problems of children with disabilities*. In: *Dentistry for the child and adolescent*. (eds. McDonald RE, Avery DR), Mosby, Inc, 2000, p. 566-599.
44. Weddell J.A., Vash B.W., Jones E.J., Lynch T.R. *Dental problems of children with disabilities*. In: *McDonald R.E., Avery D.R., Dean J.A. Dentistry for the Child and Adolescent*, 8th edn. St. Louis, MO: Mosby. 2000, pp. 628-634.
45. *World Report on Disability*. WHO and the World Bank. Geneva, 2011.