

MORBIDITATEA PRIN CARIE DENTARĂ ȘI STAREA IGIENEI ORALE LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Ion Lupan,
doctor habilitat,
profesor universitar,

Aurelia Spinei,
doctor în medicină,
conferențiar universitar,

Iurie Spinei,
doctor în medicină,
conferențiar universitar,

Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodontie
și Ortodontie, USMF
"Nicolae Testemițanu"

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele evaluării indicatorilor de carie dentară și igienă orală la 2461 copii de 6, 12 și 15 ani din localitățile rurale și urbane din Republica Moldova. Lotul 1 l-au constituit 840 copii din zone cu concentrația în limitele normei (0,8 — 1,1 mg/l) a fluorurilor în apa potabilă; lotul 2- 809 copii din zone cu concentrația sub limitele normei (0,4 — 0,6 mg/l), iar lotul 3 — 812 copii din zone cu concentrație excesivă (3,3 — 14,0 mg/l) a fluorurilor în apa potabilă.

Statusul dentar a fost apreciat în conformitate cu criteriile OMS. Experiența carioasă a fost evaluată prin aprecierea indicelui de prevalență (IP) a cariei dentare, DMFT, indicele Sic10 și Child-OIDP. Starea igienei orale a fost estimată folosind Indicele de Igiena Orala OHI-S (G.Green, I.Vermillion, 1964).

Studiul a constatat un nivel sporit al indicatorilor de carie dentară la copiii proveniți din zonele cu concentrația F în apa potabilă sub limitele normei, în special la copiii din localitățile rurale. Studiul a stabilit că cel mai frecvent factor predispozant în evoluția cariei dentare a constituit nerespectarea igienei orale, constatată la 85,45% copii.

Autorii concluzionează necesitatea instituirii unor programe preventive care vor contribui la scăderea indicatorilor de carie dentară. Ameliorarea asistenței stomatologice copiilor în actualele condiții ale Republicii Moldova trebuie concepută prin orientarea asistenței stomatologice spre prevenirea principalelor afecțiuni stomatologice.

Cuvinte cheie: caria dentară, igiena orală, concentrația fluorurilor în apă potabilă.

Summary

MORBIDITY DUE TO DENTAL CARIES AND ORAL HYGIENE IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

This article presents the results of the evaluation of dental caries and oral hygiene indicators in 2461 children 6, 12 and 15 years old from rural and urban areas of the Republic of Moldova. Group 1 included 840 children from areas with a concentration of fluoride in drinking water within the limit (0.8 — 1.1 mg/l); group 2 — 809 children from areas with this concentration below the limit (0.4 — 0.6 mg/l), and group 3 — 812 children in areas with excessive concentrations of fluoride in drinking water (3.3 — 14.0 mg/l).

Dental status was assessed according to WHO criteria. Caries experience was evaluated by estimating the prevalence index (PI) of dental caries, DMFT Sic10 index and Child-OIDP. Oral hygiene was evaluated by OHI-S (G. Green and I. Vermillion, 1964).

The study revealed high indices of dental caries found in children from areas with fluoride concentration in drinking water below normal level, especially in children from rural areas. The most frequent factor predisposing to the development of dental caries is oral hygiene neglect, found at 85.45% of children.

The authors conclude the need for preventive programs that will help reduce the presence of dental caries is obvious. Improvement of children's dental care in the current circumstances of the Republic of Moldova should be designed so as to target the dental assistance to the prevention of major dental disorders.

Key words: dental caries, oral hygiene, fluoride concentration in drinking water.

Introducere

Morbiditatea prin carie dentară reprezintă unul din indicatorii majori de apreciere a stării de sănătate a populației și a eficienței asistenței medico-sanitare în țară [4, 5].

Semnalată din timpurile cele mai vechi, caria dentară a cunoscut o creștere a indicilor de frecvență și de intensitate odată cu progresul civilizației, ca urmare a însușirii unor practici dăunătoare în modul de viață, creșterii consumului de produse rafinate și reducerii alimentației naturale, ajungând să fie considerată astăzi, afecțiunea cu cea mai îndelungată durată de evoluție în viața omului întâlnită în toate teritoriile globului, cu o prevalență și incidență înaltă, ceea ce îi conferă un caracter endemo-epidemic [9, 11, 16].

Pentru aprecierea morbidității prin caria dentară la copii Organizația Mondială a Sănătății recomandă estimarea indicelui de prevalență, frecvența indivizilor indemni de carie și indicii dmf/DMFT [4, 16, 17]. Acești indici se calculează pentru grupele de vârstă de referință: 6, 12 și 15 ani pentru depistarea tendințelor de îmbolnăvire prin carie și evaluarea eficienței programelor de prevenție.

Lucrarea de față urmărește evaluarea stării de igienă orală și a indicatorilor de carie dentară în conformitate cu criteriile OMS la copii de 6, 12 și 15 ani din localitățile rurale și urbane din Republica Moldova pentru a stabili prioritățile în planificarea asistenței stomatologice și implementarea măsurilor preventive.

Material și metode de cercetare

Materialul clinic al prezentei lucrări constituie datele investigației a 2461 copii de 6, 12 și 15 ani proveniți din mediu urban și rural, (91,23% din care s-au născut și locuiesc permanent în aceeași localitate). *Lotul 1* l-au constituit 840 copii din zone cu concentrația în limitele normei (0,8 -1,1 mg/l) a fluorurilor în apa potabilă; *lotul 2* - 809 copii din zone cu concentrația sub limitele normei (0,4 — 0,6 mg/l), iar *lotul 3* — 812 copii din zone cu concentrație excesivă (3,3 — 14,0 mg/l) a fluorurilor în apa potabilă. Statusul dentar a fost apreciat după criteriile OMS [14, 17, 25, 28].

Tabelul 1. Repartiția copiilor după vârstă, mediul de trai și concentrația fluorurilor în apa potabilă

Concentrația F în apa potabilă	Lotul 1 0.8-1.1 mg/l			Lotul 2 0.4-0.6 mg/l			Lotul 3 3.3-14.0 mg/l		
	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban
Vârsta (ani)									
6	277	134	143	260	122	138	268	132	136
12	299	142	157	307	146	161	291	148	143
15	264	129	135	242	118	124	253	127	126
Total	840	405	435	809	386	423	812	407	405

Experiența carioasă a fost evaluată prin aprecierea indicelui de prevalență (IP) a cariei dentare, indicele

DMFT și indicele Sic10 [2, 28], indicele igienei orale OHI-S, G.Green, I.Vermillion, 1964. Nivelul inițial de cunoștințe igienice a copiilor, părinților și profesoriilor a fost apreciat prin aplicarea chestionarelor având 3 niveluri după gradul de dificultate.

Pentru obținerea unei imagini complete a stării de sănătate orală, pe lângă estimarea indicilor de prevalență și incidență a cariei dentare, recent se evaluează și impactul afecțiunilor orale asupra calității vieții. Evaluarea prevalenței și severității impactului sănătății orale asupra calității vieții la copii s-a efectuat prin aprecierea indicelui Child-OIDP [8]. Prin intermediul Child-OIDP s-a analizat impactul afecțiunilor orale asupra următoarelor activități zilnice: alimentație, vorbire, igienizarea dinților, zîmbet, stabilitate emoțională, relaxare, efectuarea temelor acasă și contactul social. Pentru fiecare din activitățile afectate s-au înregistrat frecvența și gravitatea impactului. În plus, copiii au fost invitați să precizeze care din problemele de sănătate orală din lista inițială consideră ei că ar afecta activitățile menționate anterior. Calculul scorului impactului problemelor de sănătate orală asupra fiecăreia dintre activitățile zilnice din chestionar a fost realizat prin înmulțirea scorului frecvenței (0, 1, 2 sau 3) cu cel al severității (0, 1, 2 sau 3), rezultând pentru fiecare activitate valori ale scorului impactului cuprinse între 0 și 9. Scorul final se obține prin însumarea scorurilor celor 8 activități și împărțirea la 72, exprimat procentual. Intensitatea se referă la efectul cu cel mai mare grad de severitate asupra oricăreia din cele 8 tipuri de activități, sau la cel mai mare scor al impactului. Astfel, efectele afecțiunilor orale se pot clasifica pe o scală cu 6 nivele, după cum urmează: nici un efect; efect foarte redus; efect redus; efect moderat; efect grav; efect foarte grav [6, 7, 8, 19]. Procesarea statistică a materialului a fost realizată pe PC în programele Excel-2003, Statistica 4.3, Stat.ru.

Rezultate și discuții

Prin estimarea indicelui de prevalență (IP) a cariei dentare am constatat variații considerabile ale acestui indice în funcție de vârstă, concentrația fluorurilor în apa potabilă și particularitățile zonei de trai a copiilor examinați.

Tabelul 2. Valoarea indicelui de prevalență a cariei dentare copii

Concentrația F în apa potabilă	Lotul 1 0.8-1.1 mg/l		Lotul 2 0.4-0.6 mg/l		Lotul 3 3.3-14.0 mg/l	
	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural
Vârsta (ani)						
6	72,04%	80,56%	84,36%	83,94%	56,26%	59,94%
12	67,86%	74,12%	74,91%	83,01%	42,73%	46,35%
15	85,21%	89,96%	93,04%	95,41%	38,65	43,97%

La estimarea indicelui DMFT s-a stabilit că intensitatea cariei dentare se micșorează în funcție de majorarea concentrației F în apa potabilă.

Tabelul 3. Valoarea indicelui DMFT la copii

Concentrația F în apa potabilă	Lotul 1 0.8-1.1 mg/l		Lotul 2 0.4-0.6 mg/l		Lotul 3 3.3-14.0 mg/l	
	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural
Vârsta (ani)						
6	0,41±0,25	0,45±0,17	0,56±0,14	0,60±0,12	0,06±0,21	0,11±0,34
12	3,11±0,26	3,48±0,31	3,48±0,36	4,64±0,11	0,54±0,24	0,58±0,02
15	3,71±0,15	4,27±0,22	4,31±0,37	4,98±0,63	0,67±0,23	0,72±0,17

Între concentrația fluorurilor în apa potabilă și intensitatea cariei dentare la copii de 6, 12 și 15 ani am stabilit o corelație inversă statistic semnificativă ($r = -0,79$, $p < 0,0028$).

La copiii din zonele cu concentrații excesive ale fluorurilor în apa potabilă (lotul 3), dar care nu manifestă semne de fluoroză dentară, valorile DMFT sunt $1,69 \pm 0,18$ mai înalte vis-à-vis de copiii cu fluoroză dentară. Însă la copiii cu gradul III-V de fluoroză valoarea DMFT este mai înaltă — $1,8 \pm 0,32$, vis-à-vis de valoarea DMFT estimată la copiii cu formele chestionabilă și foarte ușoară de fluoroză — $1,29 \pm 0,14$.

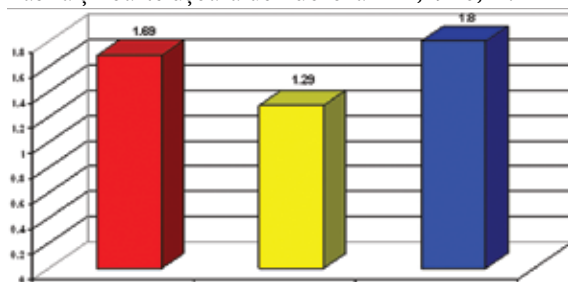


Figura 1. Valoarea indicelui DMFT la copiii din zone cu concentrații excesive a fluorurilor în apa potabilă: 1- fără semne de fluoroză; 2- fluoroză chestionabilă și foarte ușoară; 3- fluoroză medie, moderată și severă.

În ceea ce privește componentele indicelui de carie (DMFT), rezultatele noastre sunt similare cu cele mai multe studii: componenta „carie“ (D) este cel mai mare contribuitor la index. Această tendință este caracteristică majorității țărilor mai puțin dezvoltate, atât în dentația temporară și mixtă, cât și în cea permanentă demonstrând o prevalență crescută a necesității de sănătate orală. Conform studiului realizat, nivelul crescut al cariei la copii și a numărului impunător de dinți extrași în urma consecințelor cariei dentare, în special din zonele rurale, se datorează adresabilității scăzute la medicul stomatolog și lipsei de tratament.

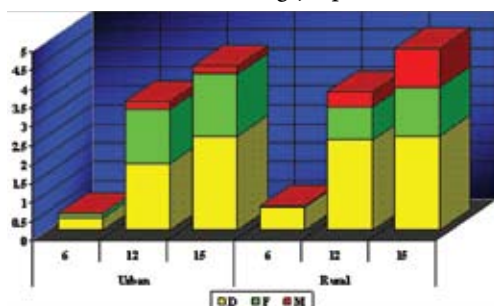


Figura 2. Componentele indicelui DMFT la copii de 6, 12 și 15 ani.

Valoarea indicelui Sic 10 estimată la copiii din zonele cu concentrații sporite ale fluorurilor în apa potabilă este mai redusă vis-à-vis de valoarea indicelui Sic 10 estimată la copiii din zonele cu concentrații reduse ale fluorurilor în apa potabilă. Însă, copiii din zonele rurale prezintă valori mult mai superioare ale indicelui Sic 10 în toate grupele de vârstă, atât în zonele cu concentrații insuficiente, cât și în cele cu concentrații optime și excesive ale fluorurilor în apa potabilă.

Tabelul 4. Valoarea indicelui Sic 10 la copii

Concentrația F în apa potabilă	Lotul 1 0.8-1.1 mg/l		Lotul 2 0.4-0.6 mg/l		Lotul 3 3.3-14.0 mg/l	
	Urban	Rural	Urban	Rural	Urban	Rural
Vârsta (ani)						
6	0,82±0,46	1,13±0,37	2,13±0,31	2,81±0,91	0,07±0,25	0,71±0,27
12	5,17±0,98	5,21±0,22	6,21±0,22	6,95±0,26	2,78±0,23	3,12±0,18
15	6,18±0,32	6,49±0,14	7,49±0,21	8,12±0,58	4,91±0,29	5,19±0,16

Prevalența impactului asupra calității vieții a fost de 57,4%, cea mai mare prevalență înregistrându-se asupra consumului alimentelor (46,1%), urmat de impactul asupra igienizării dinților (21,9%), stabilității emoționale (13%). În ceea ce privește intensitatea efectelor, 4,8% dintre copii au semnalat efecte foarte grave asupra activităților zilnice, 3,8% grave; 14,1% dintre copii au semnalat efecte negative moderate, 8,7% au prezentat efecte reduse, iar 45% — efecte negative foarte reduse. Principalii factori depistați ca având impact asupra calității vieții cotidiene au fost: caria dentară (57,4%), durerea dentară (36,5%), accidentele de erupție a dinților (32,8%), și sensibilitatea dentară (31,6%). 42,6% dintre copii nu au prezentat nici un impact asupra stării de sănătate orală, 52,5% au raportat impacte asupra a 1-4 activități. Severitatea impactului a fost mare pentru consumul alimentelor și stabilitatea emoțională și redusă pentru activitățile școlare și contactele sociale.

Prezentul studiu a stabilit că cel mai frecvent factor predispozant în evoluția cariei dentare a constituit nerespectarea igienei orale, constatată la 85,45% copii. Prin urmare, s-au constatat valori medii și înalte ale indicelui de igienă orală OHI-S (Figura 3). Numai la 6,72% copii a fost constatată igiena orală optimă, la 34,23% copii — igienă orală medie, la 49,18% — igienă orală deficitară, iar la 9,87% — igiena orală absentă.

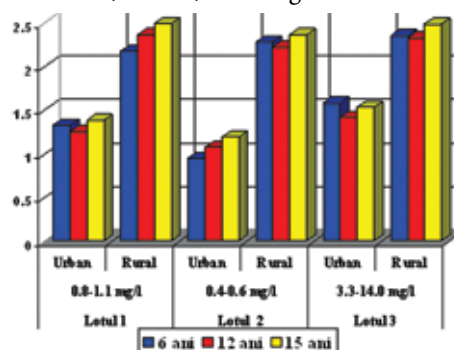


Figura 3. Valorile indicelui OHI-S la copii

Aceste date denotă că metodele educative, aplicate anterior de studiul nostru, nu au fost eficiente la aceste grupuri de copii, iar copiii nu au manifestat interes față de sănătatea orală și însușirea tehnicii corecte de periaj dentar. Majoritatea copiilor efectuau un brosaj dentar formal, incorect și discontinuu.

Analiza rezultatelor chestionării a 2461 copii a relevat următoarele: majoritatea copiilor chestionați (68,23%) practicau un singur periaj dentar în zi, preponderent dimineața, până la dejun, 24,75% copii efectuau brosajul dentar neregulat și numai 7,03% copii realizau periajul dentar de 2 ori în zi.

Analiza multivariată, pe lângă caracteristicile epidemiologice, a scos în evidență principalii factori de risc care pot contribui la afectarea dinților temporari. Riscul afectării prin caria dentară crește de 3,28 ori la copiii care nu respectă igiena orală, comparativ cu copiii care realizează un program corect și regulat de igienizare a cavității orale (Figura 4).

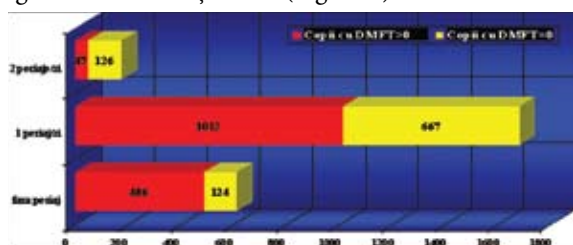


Figura 4. Corelația dintre prezența cariei și frecvența periajului dentar

Demonstrarea tehnicii de periaj pe mulaje de către copii a permis constatarea, că 98% fete și 99,46% băieți efectuau periajul dentar cu o tehnică incorectă, iar tehnică relativ corectă a periajului practicau numai 2,07% fete și 1,08% băieți. În majoritatea cazurilor copiii efectuau mișcări orizontale (61,62% fete și 59,89% băieți), mișcări orizontale și verticale practicau 37,21% fete și 34,59% băieți și numai 5,52% fete și 1,08% băieți periau dinții cu mișcări preponderent verticale.

Majoritatea copiilor depășesc considerabil termenul de utilizare a obiectelor de igienă orală (Figura 5).

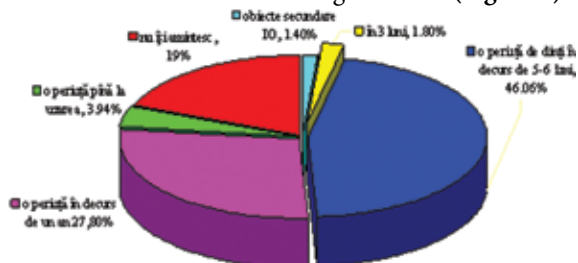


Figura 5. Frecvența utilizării obiectelor de igienă orală

La capitolul „respectarea regulilor igienei orale în mediul familial” numai 8,78% copii au răspuns că efectuează periajul dentar sub supravegherea unuia din părinți, 6,36% copii efectuau periajul dentar concomitent cu unul din părinți, însă 77,89% din copiii chestionați efectuau periajul desinestătător, 6,96% copii nu au dat răspunsuri concludente (Figura 6). Copiii în 56,06% cazuri au răspuns că părinții lor efectuează

periajul dentar o dată în zi (dimineața până la dejun), 12,12% copii au afirmat că părinții lor nu periază dinții sau nu au periute de dinți, 5,76% copii au indicat că părinții lor efectuează periajul dentar de 2 ori în zi, după mese, 17,88% copii nu știau dacă părinții lor periază dinții, iar 8,18% copii nu au răspuns.

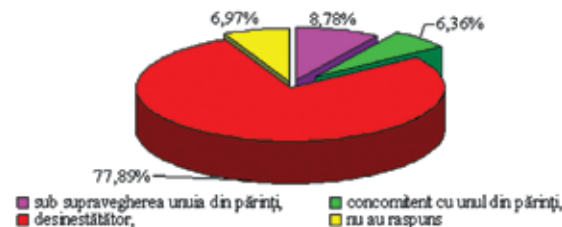


Figura 6. Realizarea periajului dentar în mediul familial

Analiza anchetelor completate de 349 părinți ne-a permis să constatăm că majoritatea părinților — 64,5% doar uneori verifică efectuarea periajului dentar de către copiii lor, 11,3% nu verifică periajul și numai 24,2% din numărul total părinți verifică regulat realizarea periajului dentar a copiilor lor. Prin urmare, majoritatea părinților nu creează mediul sanogen necesar în familie.

În ceea ce privește implicarea mamei în educarea copilului pentru igiena cavității bucale, s-a observat că o atitudine negativă a mamei se răsfrânge și asupra copilului, care nu va practica periajul dentar, ceea ce duce la un risc relativ de aproximativ 2 ori mai mare de sindrom carios (Figura 7).

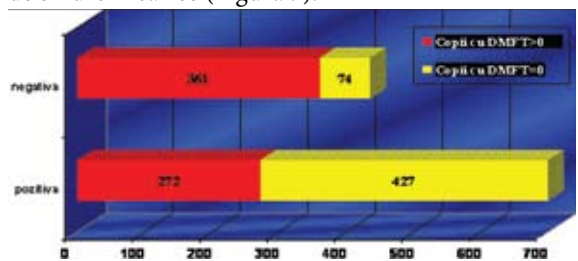


Figura 7. Corelația dintre prezența cariei și implicarea mamei în igienizarea cavității orale.

Este alarmant faptul că activitatea de educație sanitară efectuată de medicii stomatologi în colectivitățile organizate de copii este insuficientă (numai 21,79% copii din mediul rural și 76,48% copii din mediul urban au indicat medicul stomatolog ca sursă sau vector de informație sanitară), acest fapt având drept consecință igienizarea insuficientă sau nerespectarea totală a igienei orale și atitudinea negativă a copiilor față de tratamentul la medicul stomatolog sau refuzul tratamentului dentar.

Rezultatele studiilor noastre privind experiența carioasă estimată la copiii din localitățile cu concentrații optime, insuficiente și excesive ale fluorurilor în apa potabilă sunt în concordanță cu rezultatele unui număr mare de cercetări [1, 3, 18, 23, 27].

O parte din cercetători menționau că la copiii afectați prin fluoroză dentară, de regulă, nu sunt depistați dinți cariați și numai, ca excepție, la copiii cu semne de fluoroză chestionabilă și foarte ușoară se

poate determina un număr mic de dinți cariați [13, 15, 26].

În majoritatea publicațiilor se indică că în focare endemice de fluoroză frecvența și intensitatea cariei dentare la copii sunt mai reduse comparativ cu localitățile cu concentrații suboptimale ale F în apa potabilă. Însă, mărirea cantității F în apa potabilă nu duce proporțional la micșorarea frecvenței și intensității cariei dentare la populație [1, 4, 18].

În studiul nostru, am constatat că la copiii din zonele cu concentrații mai mari de 5,0 mg/l F în apa potabilă valorile IP și DMFT nu se micșorează proporțional cu majorarea concentrației fluorurilor în apa potabilă, iar din contra, sunt în creștere, comparativ cu valorile IP și DMFT estimate la copiii din zonele cu concentrații mai mici de 5,0 mg/l.

Analiza statistică a indicatorilor de carie ne-a permis să constatăm valori semnificativ mai înalte ale indicelui DMFT estimat la copiii din familii cu stare socio-economică precară.

Analizând experiența carioasă a copiilor în vârstă de 6, 12 și 15 ani în Republica Moldova am constatat valori sporite ale indicelui de prevalență și DMFT, vis-à-vis de recomandările WHO pentru anul 2010 [15, 28], fapt constatat de autorii din România, Ucraina, Rusia, Belarus ș.a. [13, 15, 16, 17, 25, 28].

Estimarea indicatorilor de carie dentară la copiii din zonele cu concentrații optime, insuficiente și excesive ale fluorurilor în apa potabilă ne permite să confirmăm studiile anterioare, care constată că experiența carioasă este determinată nu numai de nivelul de concentrație a fluorurilor în apa potabilă, dar și de un șir de factori de risc în declanșarea procesului carios: starea mediului ambiant (poluarea apei și solului cu diferiți compuși organici și neorganici etc.), caracterul alimentației, starea sănătății și gradul de dezvoltare fizică a copiilor, nerespectarea igienei orale, structura și gradul de mineralizare a dinților ș.a. [1, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 23, 24].

Starea sănătății orale a afectat calitatea vieții copiilor în principal prin efecte asupra consumului alimentelor, a igienizării cavității orale, a stabilității emoționale și a funcției estetice. Au fost depistate diferite cauze ale acestor efecte, în cea mai mare măsură contribuind: caria dentară, exfolierea dinților temporari și durerea dentară, sensibilitatea dentară, spațiul dentar cauzat de extracția dinților permanenți și sîngerarea gingivală.

Analizînd gradul de morbiditate prin carie dentară la copii din Republica Moldova estimată în anii 1993—1994 [10] și în anii 2010—2011 am constatat tendința de majorare considerabilă a prevalenței și incidenței cariei dentare în zonele rurale. Acest fapt evidențiază nivelul precar de asistență stomatologică copiilor și neglijarea măsurilor preventive, atenționează asupra necesității instituirii cât mai rapide a tratamentului cariilor, complicațiilor ei și aplicării metodelor de prevenire a afecțiunilor dentare.

Programele educaționale ar trebui să cuprindă pe lângă educatori, medici stomatologi, părinți și medicii

de familie care ar putea conștientiza în special mamele asupra factorilor predispozanți din perioada prenatală și în primii ani de viață a copilului, cu rol important în prevenirea afecțiunilor dento-parodontale și defectelor de dezvoltare ale structurilor dentare, adresabilitatea la medicul stomatolog făcîndu-se mult mai tîrziu.

Studiile din literatura de specialitate subliniază importanța influenței mediului educațional asupra comportamentului copilului [4, 5, 29]. Una din metodele eficiente de schimbare a comportamentului sanogenic al copilului este aceea de a schimba mediul în care acesta este crescut și educat, iar schimbările de la nivelul educațional sanogenic al comunităților preșcolare pot duce la scăderea numărului de carii dentare și la îmbunătățirea stării de sănătate a cavității orale.

Importanța practică

Examinările stomatologice s-au efectuat conform cerințelor OMS pentru colectarea informației despre statusul dentar și aprecierea necesității în asistența stomatologică copiilor din zone cu concentrații optime, insuficiente și excesive ale fluorurilor în apa potabilă. Această informație poate fi aplicată în monitoringul și modelarea morbidității din aceste localități. Estimarea indicelui Sic10 prezintă importanță în contextul aprecierii necesităților de tratament deoarece mai mult de 25% [2] din totalul tratamentelor va fi acordat treimii cu valorile cele mai mari ale indicelui DMFT.

Child-OIDP analizează impactul afecțiunilor orale asupra următoarelor aspecte ale performanței zilnice: alimentație, vorbire, igienizarea dinților, zîmbet, stabilitate emoțională, relaxare, efectuarea temelor acasă și contactul social [7, 19]. Evaluarea impactului stării de sănătate orală asupra vieții zilnice este relevantă pentru crearea unor politici de sănătate care să se adreseze nevoilor populației, cu stabilirea unei ierarhii a priorității îngrijirilor și pentru evaluarea bugetelor alocate tratamentelor.

Concluzii

1. Estimarea indicilor de frecvență și intensitate a cariei dentare a evidențiat nivelul înalt de morbiditate prin carie dentară.
2. Studiul dat a demonstrat că 52,57% copii nu posedă cunoștințe suficiente pentru a efectua corect un program de igienizare a cavității orale. S-a constatat un nivel inferior de cultură igienică a populației, lipsa comportamentului sanogenic în mediul familial, fapt deosebit de evident în localitățile rurale.
3. Determinarea indicelui OHI-S ne-a permis să constatăm nivelul precar de igienă orală la copii, în special în zonele rurale.
4. Educația sanitară în instituțiile de educație și învățămînt, în special în teritoriul rural, este realizată de medicii stomatologi deseori formal, fără utilizarea mijloacelor și metodelor moderne de instruire și fără motivarea copiilor în vederea respectării igienei cavității orale. În

consecință, un număr mare de copii nu respectă igiena orală și manifestă atitudine negativă față de tratamentul la medicul stomatolog sau refuză tratamentului dentar.

5. Prevalența efectelor negative ale stării de sănătate orală asupra activităților zilnice ale copiilor a fost moderată, cu o severitate redusă a efectelor. Principalele cauze ale acestor efecte au fost: caria dentară, exfolierea dinților temporari, durerea dentară, sensibilitatea dentară și sîngerarea gingivală. Starea sănătății orale a afectat calitatea vieții copiilor în principal prin efecte asupra consumului alimentelor, a igieni-zării cavității orale, a stabilității emoționale și a funcției estetice.
6. Analiza rezultatelor lucrării a elucidat necesitatea inițierii și realizării programelor de educație pentru sănătate în instituțiile organizate de copii, cu aplicarea mijloacelor și metodelor moderne educaționale, fapt care vor contribui la reducerea prevalenței și incidenței principalelor afecțiuni stomatologice.
7. Cercetările realizate permit să atenționăm asupra: lipsei corespunderii serviciilor stomatologice existente necesităților actuale ale populației în asistența stomatologică și volumului și calității insuficiente a măsurilor preventive aplicate copiilor, în special în localitățile rurale. Ameliorarea asistenței stomatologice copiilor în actualele condiții ale Republicii Moldova trebuie concepută prin orientarea spre prevenirea principalelor afecțiuni dento-parodontale.

Bibliografie

- 1 Angelillo I.F., Torre I., Nobile C.G.A., Villari P. Caries and fluorosis prevalence in communities with different concentrations of fluoride in the water. *Caries Research* 1999; 2: 114-122.
- 2 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* 2000; 50 (6):378-384.
- 3 Calderara PC, Gerthoux PM, Mocarelli P, Lukinmaa P-L, Tramacere PL, Alaluusua S. *Dental Hygiene Process: Diagnosis and Care Planning*. Albany, NY: Delmar. 2005. p. 79-83.
- 4 Country profiles on oral health in Europe 1991. WHO. Regional office for Europe. Copenhagen. 1991. p.12.
- 5 Educational imperatives for oral health personnel: change or decay? Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No.821. Geneva. 2008. p. 96.
- 6 **Fteita D.** Slade G., Spenser J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. — *Community Dental Health*, 2004. V. 11, p. 3-5.
- 7 Gift H.C., Atchison K.A., Oral health, health and health-related quality of life, *Med Care*. 3 (11, suppl). NS57-NS77, 1995.

- 8 Gherunpong S., Tsakos G., Sheiham A., Developing and evaluating an oral health- related quality of life index for children; the Child-OIDP, *Community Dent Health*, Jun; 21 (2): 161-9, 2004.
- 9 Global Forum for Health Research Meeting, Forum 8, Mexico City, 16-20 November, 2004, *Community Dental Health Journal*. 2005. V. 22. Nr. 1, p.71-74.
- 10 Godoroja P., Spinei I., Botnari A. Frecvența, intensitatea afecțiunilor stomatologice și starea igienei cavității bucale la copii. *Congresul II al stomatologilor*. Chișinău. 1994. P.156.
- 11 Guidelines for care in oral health. WHO. Regional office for Europe. Copenhagen. 1988. p.22.
- 12 Ide R., Yamamoto R., Mizoue T. The Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) — validation among young and middle-aged adults. // *Community Dental Health Journal*. 2006. V.2. Nr. 3, p. 158-163.
- 13 Leous P., Borisenko L. Utilization of the WHO programs in monitoring of oral health among Belarus populations. *Oral Health and Dental Management in the Black Sea Countries*. Constanța, 2003; 3: 20-23.
- 14 Luca R. *Pedodonție* (vol. 2). București, Romania: Ed. Cerna, 2003: 25; 35-47.
- 15 Luca Rodica, Prelipcean Daciana, Farcașiu Titus et al. Studiu epidemiologic privind patologia odontală la un lot de copii de 6-7 ani. *Medicina stomatologică*. Chișinău, 2010; 3: 90-93.
- 16 Monitoring and evaluation of oral health. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series. No. 782. Geneva. 2001. p.69-73.
- 17 Oral health in community health programs. WHO. Regional office for Europe. Copenhagen. 2000. p. 64.
- 18 Riordan P.J. Dental fluorosis, dental caries and fluoride exposure among 7-year-olds. *Caries Research* 1993; 7: 71-77.
- 19 Schor E.L., Children's health and the assessment of health-related quality of life, in measuring health- related quality of life in children and adolescents. Implications for research and practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum & Associates, pp. 25-37 Edited by: Drotar D.Mahwah, 1998.
- 20 Spinei A., Lupan I., Spinei I. Dental status of children in the Republic of Moldova. BaSS 2011. 16th Congress of the Balkan Stomatological Society. Bucharest, Romania. 2011. p. 202-203.
- 21 Spinei A., Spinei I., Bușmachiu A. Eficiența metodei de motivare a copiilor privind igiena orală. *Medicina stomatologică*. Chișinău, 2010. Nr. 3, p. 94-97.
- 22 Stoleriu S., Pancu G., Iovan G., Ghiorghe A. Lăcătușu Ș. Experiența carioasă și gradul de afectare prin fluoroză dentară la un grup de copii din satul Pârlița, Republica Moldova. *Medicina stomatologică*. 2007; 3: 17-19.
- 23 Weeks K.J., Milsom K.M., Lennon M.A. Enamel defects in 4- to 5-year-old children in fluoridated and non-fluoridated parts of Cheshire, UK. *Caries Research* 1993; 7: 317-320.
- 24 WHO. Fluorides and Oral Health. Report of a WHO Expert Committee on oral health. Status and fluorides Use. Geneva. 1994: 9-23.
- 25 WHO-Enquetes sur la santé bucco-dentaire. Méthodes fondamentales. 2002. Genève. p. 25-29.
- 26 Боровский Е.В., Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Васина С.А. Интенсивность поражения зубов кариесом у детей в зависимости от содержания фтора в питьевой воде. *Стоматология*. 2005; 6: 7-8.
- 27 Николишин А.К. Флюороз зубов. Полтава, 1999: 4-11.
- 28 <http://www.whocollab.od.mah.se/exp/sic.html>; source: WHO web site. Significant Caries Index.
- 29 <http://www.educatiapentrsanatale.go.ro/metodologia.htm>.