

УДК 616.314-002-053.2-058 (048.8)

©В. Я. Крупей

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського»

## **Крізне ураження зубів у дітей – медико-соціальна проблема (огляд літератури)**

**Резюме.** Наведено огляд вітчизняних та іноземних джерел із проблем карієсу в дітей та раннього дитячого карієсу як однієї із сучасних медико-соціальної проблеми.

**Ключові слова:** карізне ураження зубів у дітей, ранній дитячий карієс, поширеність та інтенсивність карієсу, етіологія карієсу, хронічні захворювання організму.

**В. Я. Крупей**

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет  
имени И. Я. Горбачевского»

## **Кариозное поражение зубов у детей – медико-социальная проблема (обзор литературы)**

**Резюме.** Наведено огляд вітчизняних та зарубіжних джерел по проблемам карієсу у дітей та раннього дитячого карієсу як однієї із сучасних медико-соціальних проблем.

**Ключевые слова:** кариозное поражение зубов у детей, ранний детский карієс, поширеність та інтенсивність карієсу, етіологія карієсу, хронічні захворювання організму.

**V. Ya. Krupей**

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky»

## **Carious lesions of teeth in children – medical and social problem (literature review)**

**Summary.** The review of domestic and foreign sources of the problems of caries in children and early childhood caries as one of modern medical and social problems is presented.

**Key words:** carious lesions of teeth in children, early childhood caries, the prevalence and intensity of caries, etiology of dental caries, chronic diseases of the digestive system.

Карізне ураження зубів у дітей є однією з найактуальніших проблем не тільки дитячої стоматології, але і педіатрії в цілому. Згідно з літературою, поширеність карієсу серед дитячого населення України досягає від 63 до 100%. Вивчення карієсу з точки зору клімато-географічних, соціально-економічних, гігієнічних та інших чинників необхідно для отримання даних про особливості поширеності та інтенсивності карієсу, його впливу на стан інших органів і систем та організм у цілому, розробки профілактичних заходів [4, 13, 14, 18].

Проблема крієсу зубів у дітей, особливо множинного, має велике медичне і соціальне значення. Не дивлячись на певні успіхи в профілактиці й лікуванні цього захворювання, поширеність та інтенсивність крієсу в дітей залишаються дуже високими [17, 32, 50].

Покращення поширеності крієсу зубів у дітей 6-річного віку в нашій країні складалося з 87,9 % при інтенсивності ураження крієсом – 4,6 та у дітей 12-річного віку – 72,3 % при значенні інтенсивності ураження – 2,75. Розповсюдженість захворювання в Україні становить 70–80 %, сягаючи в окремих регіонах 95–98 %, зубо-щелепних патологій у дітей та підлітків віком 7–18 років перевищує 60 % [4, 8, 22, 23].

У сучасній стоматологічній літературі існує поняття «early childhood caries» (ранній дитячий крієс – РДК) [50]. Це рання (після прорізування) ураження крієсом тимчасових зубів у дітей переддошкільного й дошкільного віку. Термін «early childhood caries» (ЕСС) найширше відображає цю проблему. Спостереження батьків та лікарів вказують на певну специфічність, унікальність раннього дитячого крієсу [34, 35]. Вік 5–6 років є одним із основних для вивчення стоматологічної захворюваності з методикою ВООЗ [36]. Глобальною метою стоматологічного здоров'я з ВООЗ у 2000 році було зменшення поширеності крієсу серед дітей цього віку до 50 %, європейські цілі стоматологічного здоров'я на 2020 рік з проектом ВООЗ передбачають 80 % стоматологічно здорових дітей цього віку при середньому значенні індексу ураження, з пломбованих бо утрчених зубів (КПВ) не більше 2,0 [34].

З визначенням американської стоматологічної асоціації (American Dental Academy – ADA) та американської асоціації дитячої стоматології (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD) «ранній дитячий крієс визначається як присутність одного або більше уражень (без утворення порожнини або з порожниною), утрчених (з причини крієсу) або з пломбованих поверхонь зубів в будь-якому тимчасовому зубі в дошкільний віком від народження до 71 місяця» [35]. ADA виділяє також поняття «тяжкий ранній дитячий крієс» (severe early childhood caries – SECC), яке включає в себе наступні критерії:

будь-який ознак крієсу на будь-якій поверхні в дитини, молодшої 3 років; будь-який глибокий порожня переднього бо жувального зубу, зруйнований різним процесом, утрченим (з причини крієсу) або з пломбованим, у дитини віком від 3-х до 5-ти років; індекс ураження, утрчених бо з пломбованих зубів, що дорівнює або перевищує 4, у дітей 3-х років, 5 – у дітей 4-х років і 6 – у дітей 5-ти років. З визначенням ДРД, «РДК є значною проблемою суспільної охорони здоров'я в деяких популяціях і це кож суттєво стосується всієї популяції».

РДК є значною проблемою суспільної охорони здоров'я [51]. Відомий дитячий стоматолог R. J. Berkowitz (2003) характеризує РДК як проблему охорони здоров'я у світі [38].

Результати досліджень ряду вторинних свідчать про суттєвий вплив тимчасових зубів на розвиток ротової порожнини та скелет обличчя, на формування вимови, тимчасові зуби відіграють важливу роль у механічній обробці та засвоєнні їжі, мають значення для невербального вираження емоцій і спілкування [1, 21, 42]. При різному ураженні зубів у дітей формується порушення оклюзії, знижується самооцінка [20, 31]. В дітей з раннім крієсом виявлено зниження м'язової сили, порівняно зі здоровими, причому після санації ротової порожнини вона приходила до норми [17].

Згідно з даними Н. В. Біденко, за останні 20 років поширеність раннього крієсу тимчасових зубів серед дітей – мешканців різних областей і регіонів України – значно зросла: у межах від 9,05 до 95,3 %, інтенсивність – від 0,6 до 3,0 [4].

Етіологічним чинником крієсу зубів є мікрофлора, що реалізує свій крієсогенний потенціал при наявності сприятливого середовища (порожнини рота, зуби) та субстрату – вуглеводів, здатних ферментуватися [5, 41]. Крієс визначається як інфекційне, контігійне та мультифакторне захворювання, для розвитку якого необхідні такі умови: наявність крієсогенної мікрофлори; наявність субстрату для життєдіяльності бактерій – редуцуваних вуглеводів; наявність зубів і певного середовища, де розвивається процес, наявність певного проміжку часу для реалізації цієї мікроорганізмів свого кислототворного потенціалу та розвитку патологічного процесу в зубі [12, 14, 41].

У світі переконливо доведеною є мікробна теорія розвитку крієсу зубів. Найбільш крі-

есогенним мікроорг нізмом вв ж ють стрептококи, в основному *Streptococcus mutans* [6, 13, 43], що зд тні колонізув тись н поверхні зуб й продукув ти кислоту, як при недо ст тній нейтр ліз ції призводить до знижен ня рН до критичних величин, що може спри чинити деструкцію ем лі [37]. Що ж до РДК, то пок зовим є визн чення цього з хворюв ння R. J. Berkowitz: «Р нній дитячий к ріес — це особлив вірулентн форм к ріесу зубів, як х р ктеризується м сивним інфекцій ним н в нт женням в соці ції з незвич й ною пр ктикою х рчув ння» [38]. У дітей р ннього віку відбув ється перед в ння *Streptococcus mutans* від б тьків і ст рших дітей — цей період отрим в н зву «вікно інфікув ння» [15, 38]. Р ння бо дуже м сив н перед ч к ріесогенної мікрофлори, що може тр питись при високій ур женості н к ріес б тьків і ст рших дітей, як пр вило, призводить до р ннього руйнув ння тимч сових зубів у дитини [1, 3, 16].

Т ким чином, для стом тологічного здоро в'я дітей р ннього віку в жливими є н ступні чинники: стом тологічний ст тус т ст н гігієни порожнини рот б тьків бо опікунів; особливості поведінки т дотрим ння гігієни дорослими стосовно дитини (облизув ння ложки, соски, спільний посуд, постіль тощо).

Н думку ряду вторів, н йбільш к ріесоген ною вв ж ють їжу, що містить р фінов ні вуглеводи (цукор, глюкоз , фруктоз , мед). Виріш льне зн чення для розвитку к ріесу м є не тільки ф кт спожив ння т кої їжі, ле і висок ч стот т трив лість її зн ходження в конт кті із зуб ми [2, 7, 41]. У дітей р ннього віку т кий вплив вуглеводів н зуби можн спостеріг ти при ч стому і трив лому году в нні з пляшечки, в більш ст ршому віці — ч стим спожив нням р фінов них вуглеводів з відсутності н лежної гігієни порожнини рот [6, 12, 13].

American Academy of Pediatrics ( Р) вв ж є чинником ризику розвитку к ріесу в дітей, трив ле штучне вигодовув ння з пляшечки, т кожневипр вд неч сте і трив ленічне груд не году в ння [34 – 36]. Тому РДК можн розг ляд ти одноч сно і як хворобу, і як нег тивну звичку [7]. Вітчизняні дослідники широко вивч ли лімент рний чинник у розвитку к ріесу, проте це не стосув лось дітей р ннього віку. Дослідження в цьому віці, як пр вило,

обмежув лись вивченням впливу грудного вигодовув ння н розвиток к ріесу, ле без ур хув ння інших чинників, в гомих для роз витку к ріесу при грудному вигодовув нні [23, 25]. Ризик розвитку к ріесу може зумовлю в тись вл стивостями с мих зубів (незрілістю молоді ем лі, гіпопл зією ем лі, морфологіч ними т генетичними особливостями зубів) [16, 38, 40], вл стивостями ротової рідини (кількістю, мінер лізуючим потенці лом, н тиб ктері льними, буферними вл стивостя ми, функціонув нням систем місцевого з хи сту, вмістом фториду) [15, 17, 19, 44]. Ці чин ники зумовлює низк інших, т ких як: хвороби в гітної (інфекції, мет болічні пору шення — гіпоксія, порушення х рчув ння, гіпок льціємія тощо); недоношеність; ст н новон родженого, хвороби дитини; вид виго довув ння; прийом медик ментів (н прикл д, нтигіст мінних бо преп р тів для лікув ння бронхі льної стми, які пригнічують с лі в цію, цукровмісних інг лядорів і сиропів тощо); з лізодефіцитн немія, що веде до зни ження с лів ції т буферних вл стивостей слини; потр пляння в орг нізм свинцю бо інших в жких мет лів (що, як пр вило, при зводить до ушкодження слинних з лоз); по рушення з боку слинних з лоз; ч с прорізу в ння зубів; незрілість імунної системи [10, 11, 20, 24, 30].

Крім провідних, виділяють ще соційов ні чинники ризику, до яких н леж ть: нез довільні умови життя; н лежність до етнічних і р сових меншин; неповн сім'я; низький рівень освіти б тьків; недоїд ння, хронічні хво роби, хронічні порушення х рчув ння; низь к м с тіл при н родженні [5, 7, 13, 17, 29].

R. Harris et al. (2004) виділили 106 чинників ризику, що вплив ють н розвиток р ннього к ріесу в дітей [41].

Комплекс чинників ризику, в гомість кож ного з яких вивч ли як укр їнські, т к і російські дослідники, був вст новлений ще в контексті «Робочої концепції п тогенезу к ріесу зубів» . І. Риб ков (1970). Ост нніми рок ми вивч ли вплив н розвиток РДК струк турно-функціон льної резистентності ем лі, вл стивостей слини, ст ну місцевого імуніте ту, хоч ці дослідження проводили перев ж но в дітей ст рше 3-х років [6, 7, 26, 27]. Оціню в ли т кож комплекс чинників, пов'яз них із перебігом в гітності м тері, ст ном дитини,

соціально-економічними умовами, мотивцією батьків до збереження стоматологічного здоров'я дитини, вивчати значимість різних чинників їх значення для прогнозування РДК [17, 22, 24, 31]. У 1992 році було запропоновано індивідуальні критерії скринінгового обстеження дітей до 3-х років, призначені для з'ясування як стоматологом, так й іншими спеціалістами, які стикаються з дитиною перших місяців і років після народження, протекти розроблений не був поширеним у практичній медицині.

Вітчизняні стоматологічні школи значно увагу приділяють впливу на розвиток кріесу в дітей порушень мінерального обміну, соматичним захворюванням, особливостям імунітету [10, 13, 17, 19]. Однією з цілей дослідження в основному стосуються дітей старшого віку. Ретроспективний кріес слід розглядати як проблему педіатра, стоматолога батьків дитини. Як правило, більшість дітей уперше потрапляє до стоматолога в дошкільному віці. Тому «сімейному лікарю відкривається широке поле діяльності у визначенні чинників ризику РДК та можливість навчати осіб, які опікуються дитиною, того, як зменшити ризик цього захворювання» [21]. Кріес — це попереджує на захворювання, його профіль катик починається в педіатрі [25]. Стоматолог повинен злучити педіатра до профілактики РДК, злучити їх до уважності стосовно стану зубів під час перших візитів, щеплення тощо [22]. Стан стоматологічного здоров'я дітей не сучасному етапі характеризується зростанням питомої ваги чинників ризику формування і прогресування хвороб твердих тканин зубів та пародонт, та кожним значною поширеністю цих захворювань [4, 21, 23].

На стан стоматологічного здоров'я дитини суттєво впливає наявність характерних перебігів згальних захворювань [8, 17, 29, 39]. Результати досліджень ряду авторів свідчать про взаємозв'язок високого рівня стоматологічної захворюваності у дітей з хронічними захворюваннями організму в цілому, в тому числі шлунково-кишкової системи [7–9, 13, 21]. Згідно з класифікацією гастроентерологічної рефлюксної хвороби, викладеною у Монреальському консенсусі (2006), синдром рефлюксних ерозій зубів вважають складовою екстрагаstralного синдрому [39, 40, 42]. Усвідомлення взаємозалежності обтяжуючо-

го впливу чинників ризику згального стоматологічного здоров'я стосовно підґрунтям для визначення нових цілей та завдань ВООЗ до 2020 року.

Одним з найважливіших завдань ВООЗ вважається виявлення та усунення чинників ризику формування стоматологічних захворювань, враховуючи характер перебігу та соціальні ризики, пов'язані згальним станом здоров'я дитини (ВООЗ, Женева, 1997). В Україні, як і у світі в цілому, місце значної поширеності хронічних згальних соматичних захворювань у дітей, напередодні встановлення [27]. Враховуючи соціально-економічну ситуацію в нашій країні та рівень інтропегенного забруднення, можна очікувати збереження негативних тенденцій у формуванні здоров'я дітей зростаючого захворюваності організму в цілому, дихальної, серцево-судинної, ендокринної, імунної систем тощо [28, 32]. Виявлено, що у дітей 6–18 років, які страждають від хронічного гастродуоденіту (ХГД), поширеність та інтенсивність кріесу в середньому в 1,4 рази вище, ніж у практично здорових дітей [29]. Насьогодні не розроблено диференціальних підходів до вибору тактики профілактики стоматологічних захворювань у даній групі дітей. Враховуючи вищеведене, набуває особливого значення пошук нових підходів до створення індивідуальних програм лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дітей із хронічними захворюваннями організму в цілому на основі ретроспективної діагностики своєчасного лікування та профілактики з захворювань твердих тканин зубів у дітей.

Відомо, що урження зубів кріесом починається в період їх прорізування і характеризується швидким прогресуванням [1, 45, 47, 54]. Сучасні досягнення у вивченні етіології стоматологічних захворювань дозволяють використовувати ефективні методи їх профілактики і лікування. Чим глибше вивчають механізми виникнення якого-небудь з захворювань, тим ширше відкривають можливості для його попередження [33, 45, 49]. Насьогодні в літературі є переконливі дані про механізми виникнення кріесу зубів, основними причинами якого є дефіцит фториду, накопичення на зубах гресивної зубної осадки і неадекватний режим харчування із значною кількістю вживання цукровмісних продуктів

[46, 48, 52, 53]. Крієс рннього дитинства є результатом існуючих соціально-медичних проблем і тому його поширеність злишється на високому рівні [45, 47]. Крієс тимчасових зубів характеризується його розвитком на гладких поверхнях безпосередньо після прорізування зубів і гресивністю перебігу. До недвнього часу цій проблемі приділяли недостатньо уваги на укові працівники, керівники служб охорони здоров'я, лікарі-стоматологи, педіатри, педогоги і батьки [12, 50, 51]. Результати досліджень ряду авторів переконливо показують необхідність своєчасного лікування крієсу молочних зубів [21, 43]. При відсутності лікування крієсу молочних зубів та його ускладнень розвиваються запальні процеси в періодонті та патологічні зміни в зв'язку з постійними зубів [7, 19]. У результаті цього порушується формування тканин постійних зубів, зміщуються їх зв'язки з наступними елементами прорізування. Різні види ураження тимчасових зубів сприяє передачу прорізуванню постійних зубів, у яких легко виникає крієс і розвиваються щелепно-лицеві порушення. Тому своєчасне лікування молочних зубів є одним із способів профілактики розвитку зубо-щелепних аномалій [8, 26, 30, 44]. Одним з живих з ходом щодо збереження тимчасових зубів до періоду їх природної заміни постійні, є первинний профілактичний крієсу зубів, як повинні бути зв'язані з індивідуальною [2, 14, 20, 21, 31].

Ряд авторів показує, що крієс зубів несприятливо впливає на перебіг гастроуденальної патології [17], у зв'язку з чим стоматологічна допомога дітям, які страждають від хронічних захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, набуває великого практичного значення.

У свою чергу, ХГД, як і будь-яке соматичне захворювання, у зв'язку з порушенням фізіологічної рівноваги (порушення функцій органів та імунного статусу, зміни нейроендокринної регуляції та гомеостазу), може зумовлювати виникнення і вплив на перебіг стоматологічної патології, у тому числі крієсу, особливо на етапі формування твердих тканин постійних зубів — 11—14 років [29]. Порушення функціональної активності обкладувальних клітин шлунка при ХГД,

що виявляється у зміні секреції соляної кислоти, різний рівень кислотності шлункового соку, наявність моторно-евакуаторних розладів можуть прямо (у зв'язку з функціональною спільністю) чи опосередковано (через нейрогуморальні зв'язки) змінювати активність місцевих крієсогенних чинників, ускладнювати сприйнятливості тканин порожнини рота до виникнення патологічних процесів [29, 49]. Дослідження щодо встановлення впливу вищеперерахованих особливостей перебігу ХГД на стоматологічний статус, які проводять у основному в дорослому населенні, не дозволили зробити однозначного висновку про характер змін статусу твердих тканин зубів. Результати комплексних досліджень, присвячених статусу стоматологічного здоров'я у дітей із хронічними гастритом та гастродуоденітми, представлені в окремих роботах [17, 27]. В них показують особливості клінічної симптоматики в порожнині рота при неспецифічному запаленні слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, результати біохімічного дослідження слини хворих дітей [32, 42].

Таким чином, наліз отриманих результатів досліджень показує, що крієс урження зубів у дітей є серйозною медико-соціальною проблемою, відсутність однозначних висновків щодо поширеності та особливостей перебігу крієсу зубів у дітей із хронічною патологією травної системи, що створює передбачувані стоматологічні та педіатричні конкретні завдання. До їх числа належать вивчення поширеності та інтенсивності крієсного процесу при хронічному запаленні шлунка, дванадцятипалої кишки чи при їх поєднанні урженні з ураженнями форми, особливостей перебігу, тривалості зв'язаного з захворювання, комплексної оцінки зв'язаних і місцевих чинників виникнення ризику, статусу імунної системи, перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантної системи з хисту та ендогенної інтоксикації. Це дозволить розробити індивідуальні схеми комплексного лікування з ураженнями виявлених змін, профілактичні заходи щодо попередження розвитку цієї патології у дітей, виділити діагностичні критерії ранняго виявлення та прогнозування крієсного урження зубів у дітей з хронічними захворюваннями травної системи.

## Список літер тури

1. Бромов Н. Е. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей с использованием герметиков и фторсодержащих пликционных средств: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук СПб., М. П. О., 2000. — 24 с.
2. Лимов Р. Г. Способ профилактики кариеса зубов и слизистой оболочки полости рта у детей / Р. Г. Лимов // Российский стоматологический журнал. — 2003. — 2. — С. 44.
3. Лимский А. В. Оценка коллективной и индивидуальной фторпрофилактики кариеса зубов у детей с экономической точки зрения / А. В. Лимский // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2007. — 2(22). — С. 14—17.
4. Біденко Н. В. Роль кариеса у дітей: стан проблеми в Україні / Н. В. Біденко // Современная стоматология. — 2007. — 1. — С. 66—71.
5. Бородин Н. Б. Особенности течения хронического катарального гингивита и его коррекция у больных с пародонтопатией желудочно-кишечного тракта и с хроническим диabetом: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Н. Б. Бородин. — Новосибирск, 2000. — 21 с.
6. Ворчлинская К. К. Влияние экологических факторов на эффективность профилактики кариеса стоматологических заболеваний у детей: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / К. К. Ворчлинская. — Москва, 2003. — 28 с.
7. Горбачев И. Хроническая одонтогенная очаговая инфекция и стоматические заболевания / И. Кирсанов // Педиодонтология. — 2001. — Т. 22, 4. — С. 34—35.
8. Дминов Т. О. Оценка состояния зубочелюстной системы у детей с пародонтопатией желудочно-кишечного тракта / Т. О. Дминов, Р. К. Якубов, И. Р. Мельников и др. // Стоматология. — 2001. — 4. — С. 63—65.
9. Кристаллические агрегаты ротовой жидкости у больных с пародонтопатией желудочно-кишечного тракта / А. Б. Денисов, Г. М. Берер, Т. М. Стуров, И. В. Мельников // Российский стоматологический журнал. — 2003. — 2. — С. 27—29.
10. Дисбаланс микроэлементов в организме детей с экологической патологией / В. В. Утенин, Е. В. Почечев, Е. И. Плигин и др. // Гигиена и санитария. — 2002. — 5. — С. 56—59.
11. Загрязнение атмосферного воздуха крупного промышленного города и здоровье населения: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Е. И. Почечев. — Москва, 2002. — 22 с.
12. Иудашкин А. С. Прогнозирование, профилактика и лечение кариеса зубов у детей / А. С. Иудашкин, Г. С. Султанов // Российский стоматологический журнал. — 2002. — 4. — С. 34—37.
13. Калініченко Ю. Взаємозв'язок та вплив стоматологічного стану на загальне здоров'я дітей та підлітків як суцільно медико-соціальної проблеми / Ю. Калініченко, Т. Сиротченко // Здоровье ребенка. — 3(24). — 2010. — С. 71—74.
14. Кисельников Л. П. Индивидуальная профилактика кариеса зубов у детей школьного возраста / Л. П. Кисельников // Клиническая стоматология. 2006. — 4. — С. 52—56.
15. Кисельников Л. П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии / Л. П. Кисельников // Мэстро в стоматологии. — 2007. — 2(26). — С. 18—22.
16. Клименко И. Роль защитного слоя фторидов в предупреждении развития кариозных поражений твердых тканей зуба / И. Клименко // Мэстро в стоматологии. — 2008. — 1(29). — С. 44—46.
17. Клітинська О. В. Особливості стану та корекції стоматологічного здоров'я у дітей з хронічними формами захворювань верхнього відділу травного каналу: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.22 / О. В. Клітинська. — 2008. — 21 с.
18. Ковач И. В. Заболевания кариеса зубов у детей и уровень гигиены ротовой полости у детей дошкольного возраста в Днепропетровске / И. В. Ковач, В. Штомпель // Вісник стоматології. — 2010. — 3. — С. 75—78.
19. Кузнецов Н. Б. Стоматологический статус детей из сельской местности / Н. Б. Кузнецов, О. И. Годовица // Буковинский медицинский вестник. — 2010. — Т. 14, 1. — С. 53.
20. Кунинов В. Современные концепции борьбы с загрязнением полости рта. Роль поддерживающей гигиены в профилактике стоматологических заболеваний / В. Кунинов // Дент-люкс. 2008. — 5(54). — С. 24—25.
21. Курякин Н. В. Стоматология детского возраста / Н. В. Курякин. — М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. — 632 с.
22. Курякин Н. В. Стоматология профилактическая (руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний) / Н. В. Курякин, Н. Сельвель. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМ, 2003. — 288 с.
23. Левченко Н. В. Клинико-лабораторное обоснование использования сорбента "Ентеросгель" для экзогенной профилактики кариеса тимчасових зубів: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Н. В. Левченко. — Полтава, 2003. — 17 с.
24. Леонтьев В. К. Понятие "здоровый ребенок" в стоматологии / В. К. Леонтьев, О. Г. Воронков // Дент-люкс. — 2008. — 5(54). — С. 30—31.
25. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пихомов. — М., 2006. — 416 с.
26. Лобовкин Л. Профилактика в терапевтической стоматологии — это выгодно / Л. Лобовкин, М. Романов // Новое в стоматологии. — 2007. — 6(146). — С. 46—49.
27. Мельник И. Л. Стану організму ротової порожнини та його корекція у дітей з хронічними гастроуденітами: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.22 / Украинский медицинский стоматологический журнал. — Полтава, 2001. — 160 с.
28. Москаленко В. Ф. Здоров'я населення і проблеми охорони здоров'я у світі та Європі: стан питання

- тенденції (огляд) / В. Ф. Москленко // Охорон здоров'я України. — 2008. — 4. — С. 5–8
29. Профілактика кариесу зубів у дітей дошкільного віку / Л. Хоменко, Н. В. Биденко, Е. І. Остапко [и др.] // Современная стоматология. — 2005. — 4. — С. 73–75.
30. Стоматологический профилактический уход за детьми: руководство для врачей / В. Г. Сунцов, В. К. Леонтьев, В. Дистель и др. — Омск, 2005. — 343 с.
31. Черников И. И. Опыт работы отделения детской комплексной стоматологии в профилактике стоматологических заболеваний у детей / И. И. Черников, Г. Л. Гуськов // Новое в стоматологии. — 2005. — 1(125). — С. 32–33.
32. Чижевський І. В. Кариес зубів у дітей молодшої вікової групи / І. В. Чижевський, В. С. Стуліков, М. Д. Кириєнко // Профілактика дитячої стоматології. — 2010. — 1. — С. 38–41.
33. Шустов О. Особенности диагностики, клиники и лечения стоматологических заболеваний, проживающих в условиях йодного дефицита: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / О. Шустов. — Пермь, 2004. — 24 с.
34. American Academy of Pediatrics. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home // Pediatrics. — 2003. — Vol. 111. — P. 1113–1116.
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference manual 2003–2004 // Pediatr. Dent. — 2003. — Vol. 25. — P. 1–150.
36. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease / D. A. Ali, R. S. Brown, L. O. Rodriguez [et al.] // J. Am. Dent. Assoc. — 2002. — Vol. 133/ 6. — P. 734–737.
37. Bartlett D. W. Comparison of the erosive potential of gastric juice and a carbonated drink in vitro / D. W. Bartlett, P. Y. Coward // J. Oral Rehabil. — 2001. — Vol. 28. — 11. — P. 1045–1047.
38. Berkowitz R. J. Cause, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective / R. J. Berkowitz // J. Can. Dent. Assoc. — 2003. — Vol. 69. — P. 304–307.
39. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease / R. P. Carmichael, G. K. Sandor, R. P. Barron, M. A. Marcon // J. Can. Dent. Assoc. — 2003. — Vol. 69. — 2. — P. 84–89.
40. Gastroesophageal reflux disease and dental erosion in children / A. Dahshan, H. Patel, J. Delaney [et al.] // J. Pediatr. — 2002. — Vol. 140. — 4. — P. 474–478.
41. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature / R. Harris, A. D. Nicoll, P. M. Adair, C. M. Pine // Community Dent. Health. — 2004. — Vol. 21 (Suppl.). — P. 71–85.
42. Oral health of children with gastro-esophageal reflux disease: a controlled study / V. Linnett, W. K. Seow, F. Connor, R. Shepherd // Aust. Dent. J. — 2002. — Vol. 47. — 2. — P. 156–162.
43. Marino R. J. Caries prevalence in a rural Children community after cessation of a powdered milk fluoridation programme / R. J. Marino // J. Public Health Dent. — 2004. — 64. — P. 101–105.
44. Prevalence of fluorosis in children aged 6-9 years-old who participated in a milk fluoridation programme in Codegua, Chile / R. J. Marino, A. E. Villa, A. Weitz, S. Guerrero // Community Dent. Health — 2004. — 21. — P. 143–148.
45. Marshall T. A. Dental caries and beverage consumption in young children / T. A. Marshall // Pediatric. — 2003. — Vol. 112 (3Pt 1). — P. 184–191.
46. Mobley C. C. Nutrition and dental caries / C. C. Mobley // Dent. Clin. North. Am. — 2003. — Vol. 47(2). — P. 319–336.
47. Msefer S. Importance of early diagnosis of early childhood caries / S. Msefer // J. De l'Ordre des dentistes du Quebec. — 2006. — April (Suppl.). — P. 6–8.
48. Nainar S. M. Diet counseling during the infant oral health visit / S. M. Nainar // Pediatr. Dent. — 2004. — 26 (5). — P. 459–460.
49. Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion / A. M. Pedersen, A. Bardow, S. B. Jensen, B. Nauntofte // Oral Dis. — 2002. — Vol. 8. — 3. — P. 117–129.
50. Poulsen S. Dental caries in Danish children: 1988-2001 / S. Poulsen, M. Malling Pedersen // European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry. — 2002. — 3(4). — P. 195–198.
51. Roberts J. F. Primary dentition / J. F. Roberts, N. Attari // British Dental Journal. — 2004. — 196(2). — P. 64–65.
52. Sanders T. A. Diet and general health: dietary counselling / T. A. Sanders // Caries Res. — 2004. — Vol. 38, Suppl. — P. 3–8.
53. Stillman-Lowe C. Dietary factors and dental caries. / C. Stillman-Lowe // Evidence-based dentistry. — 2005. — 6(1). — P. 7–8.
54. Vargas C. M. Disparities in early childhood caries / C. M. Vargas, C. R. Ronzio // BMC Oral Health. — 2006. — Vol. 6 (Suppl. 1). — P. 3–12.

Отримано 05.09.11