

**Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»**

**РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО ТА МІСЦЕВОГО
САМОВРЯДУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

Гапон Ольга Василівна
студентка 5 курсу медичного факультету

Науковий керівник:
Белікова Інна Володимирівна –
кандидат медичних наук, викладач
кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою та медичним
правознавством

Полтава - 2010

ЗМІСТ

ВСТУП

Розділ 1. Визначення взаємозв'язку між показниками стоматологічної захворюваності дитячого населення та хімічним складом питної води.

Розділ 2. Заходи інформаційного забезпечення населення щодо профілактики стоматологічних захворювань у дітей.

Розділ 3. Профілактичні заходи щодо попередження захворювань твердих тканин зубів у дітей.

ВИСНОВКИ

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

ДОДАТКИ

Додаток 1. Адміністративно-територіальний розподіл геохімічної провінції Полтавщини

Додаток 2. Терміни прорізування, формування та розсмоктування молочних (тимчасових) зубів

Додаток 3. Терміни формування і прорізування постійних зубів

ВСТУП

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади.

Студентство у всі часи виступало своєрідним “барометром” соціально-економічного та політичного стану суспільства. Це зумовлює новий підхід до взаємовідносин студентської спільноти та виконавчої влади. Майбутнє України, її історична перспектива багато в чому обумовлені соціальним самопочуттям молоді, її орієнтирами. Молодь є тією верствою населення, яка найбільш чутливо реагує на соціальні зміни, якій притаманне негативне ставлення до порушення законів, прав, моральних принципів.

Тому формування студентської молоді нерозривно пов'язане із відродженням нації, демократизацією та гуманізацією суспільства, поглибленням самоврядування народу, що полягає у захисті прав в тому числі і на здоров'я.

Однією з важливих соціальних та медичних проблем, в масштабах міста та країни, залишається стабільно висока поширеність стоматологічних захворювань населення у всі вікові періоди, насамперед значна ураженість твердих тканин зубів дітей (поширеність серед них карієсу становить від 73,3% до 93,3%) та потреба 98% населення стоматологічної допомоги свідчать про необхідність удосконалення організації профілактики

стоматологічних захворювань (Давидов Б.Н., 2005, Косенко К.Н. 2007, Борисенко А.В. 2008, Хоменко Л.О. 2008).

Європейські цілі, визначені ВООЗ до 2010 року, передбачають конкретні заходи щодо підвищення рівня стоматологічного здоров'я, визначають чіткі показники інтенсивності і поширеності стоматологічних захворювань.

Запровадження рекомендацій ВООЗ у країнах Європи довело значну соціальну і медичну ефективність стосовно підвищення і збереження високого рівня стоматологічного здоров'я населення. Більшість країн Євросоюзу, які запровадили рекомендовані ВООЗ принципи, вже досягли вказаних цілей.

Актуальність проблеми полягає в тому, що основні стоматологічні патологічні стани супроводжуються не тільки больовим синдромом, але й значними розладами жувального апарату, шлунково-кишкового тракту та спричиняють неприємності від косметичних вад. Відомо багато загальних захворювань нервової та серцево-судинної систем, органів травлення, станів сенсibiliзації організму, які пов'язані зі стоматологічними хворобами.

У зв'язку з цим необхідно підкреслити, що в ринкових умовах роль держави залишається значною: оскільки здоров'я є суспільним надбанням, яке формується при прямій допомозі держави, зобов'язаної створити умови для забезпечення реальної доступності дитячого населення до якісних стоматологічних послуг, сприяти переведенню масового стоматологічного обслуговування на сучасний рівень розвитку із широким використанням наукомістких технологій, а також підвищувати ефективність обслуговування населення шляхом переведення стоматології на цивілізований ринок послуг.

Суттєву роль в активізації уваги місцевих громад до питань профілактики стоматологічних захворювань у дітей, а також організації інформаційних процесів здатні відіграти студентське самоврядування вищих навчальних закладів, в тому числі педагогічних та медичних.

Отже, зважаючи на значущість досить поширеного явища, як карієс та флюороз зубів, відсутність дієвих місцевих програм профілактики стоматологічних захворювань, відсутність інформації у населення стосовно адекватних заходів профілактики та регіональних чинників виникнення захворювань, виконання даної роботи є актуальним та важливим.

Метою нашої роботи стало оптимізувати модель первинної профілактики захворювань твердих тканин зубів у дітей в залежності від ступеня кількісного вмісту фторидів в джерелах питного водопостачання.

Розділ 1. Визначення взаємозв'язку між показниками стоматологічної захворюваності дитячого населення та хімічним складом питної води.

Аналіз стоматологічної захворюваності проводиться з урахуванням різних факторів, як природних, в тому числі клімато-географічних, так і соціальних. Обов'язково слід враховувати регіональні особливості, які впливають на рівень стоматологічного здоров'я дитини та можуть значною мірою змінювати дію основних патогенетичних факторів виникнення стоматологічних захворювань.

Карієс зубів – найбільш розповсюджене стоматологічне захворювання людини. До найбільш вивчених зовнішніх факторів, які впливають на його розповсюдженість та інтенсивність, можна віднести вміст фтору у питній воді. Розповсюдженість та інтенсивність карієсу постійних зубів наростає з віком.

Флюороз – ендемічне захворювання, яке виникає завдяки підвищеному вмісту фтору у питній воді. Вважається, що фтор токсично діє на амелобласти, призводить до неправильного формуванню емалі. Вміст фторидів у слині та на поверхні емалі при флюорозі збільшується, що обумовлено зниженням активності ряду ферментів, що знаходяться у слині, зокрема, лужної фосфатази. Це призводить до підвищення проникливості емалі та дентину. Ураження флюорозом як тимчасових, так і постійних зубів в першу чергу відбувається у дітей.

М.І. Грошиков (1985) виявив пряму залежність між вмістом фтору у питній воді та розповсюдженістю флюорозу: чим більше фтору у питній воді, тим більше виражений флюороз. При концентрації фторидів 0,8-1,0 мг/л розповсюдженість флюорозу становить 10-12%, при 1,0-1,5 мг/л- 20-40%, 1,5-2,5 мг/л – 30-40%, більш ніж 2,5 мг/л – 50% [156, 165].

Результати багатьох досліджень свідчать, що на здоров'я людини діють ряд чинників зовнішнього середовища, що різняться між собою як за експозицією, інтенсивністю впливу, так і за характером дії. Крім того, вони

впливають не тільки на людський організм, але й один на одного, підсилюючи, а то й зовсім змінюючи вплив того чи іншого чинника, тим самим в значній мірі нівелюючи адаптивні реакції з боку організму людини.

Вперше припущення щодо залежності елементного складу живих організмів від складу води та ґрунту, висловив академік В.І.Вернадський. Розвиваючи це положення, академік А.П. Виноградов (1949) розробив положення про біогеохімічні провінції – місцевості, у межах яких рослинні та тваринні організми характеризуються певним складом, обумовлюючим вмістом хімічних елементів навколишнього середовища (вода, ґрунт).

Нестача чи надлишок тих чи інших мікроелементів у ґрунті та воді є в ряді випадків причиною розвитку ендемічних захворювань тварин та людини. А так як порожнина рота є переддвір'ям травного та дихального трактів, вона в першу чергу підлягає впливу хімічних агентів оточуючого середовища.

Для досягнення поставленої мети ми вибрали для спостереження окремі регіони Полтавщини, які відрізнялися за ступенем мінералізації джерел водопостачання. Відповідно населення Полтавського сільського та Карлівського районів споживає воду, що містить надлишкову кількість розчинних сполук фтору (1,8 – 3,7 мг/л), тому що ці райони розташовані в межах геохімічної провінції з надлишковим вмістом фторидів. Населення Гадяцького району забезпечене питною водою підземних джерел, де вміст фторидів знаходиться в межах норми (0,5 – 1,5 мг/л). Населення м. Кременчука забезпечується питною водою з поверхневого водозабору р. Дніпра. Водозабезпечення переважно централізоване, вміст розчинних сполук фтору не досягає нижньої границі норми за ДСТУ (до 0,18 мг/л). Мешканці м. Полтави споживають воду артезіанських свердловин, яка за показниками фізико-хімічних досліджень характеризується як низькомінералізована (м'яка) та містить фториди в межах норми. Такий

ареал регіонів спостереження дав нам можливість проводити порівняльну оцінку вірогідного впливу загальної мінералізації питної води та, зокрема, вмісту в ній розчинних сполук фтору на показники враженості твердих тканини зубів дитячого населення флюорозом та карієсом.

У процесі вивчення захворюваності за даними профілактичних оглядів дітей шести та 12-тирічного віку за період 2003-2007 роки встановлено, що каріозні ураження займають перше місце в структурі стоматологічної захворюваності. Поширеність карієсу в групі шестирічних дітей коливається від 61% до 80,9%, при інтенсивності 1,2 – 4,3. В групі 12-ти річних поширеність становить від 57,2 % до 80,1%, інтенсивність 1,9 – 2,5.

Виходячи з отриманих даних, слід зазначити, що поширеність та інтенсивність карієсу зубів у дітей досліджених регіонів має чіткий зворотно-кореляційний зв'язок з концентрацією фторидів в питній воді джерел водопостачання місць постійного проживання (сила кореляційного зв'язку склала - 0,6 при вірогідності відмінностей $p \leq 0,05$).

Для вирішення поставлених завдань нами були відібрані для спостереження окремі регіони Полтавської області в межах геохімічної провінції за надлишковим вмістом розчинних фторидів у джерелах питного водопостачання. Також під нашим спостереженням знаходилися регіони з нормальним та зниженим вмістом фтору в питній воді. Це дало нам можливість шляхом порівняльної оцінки поширеності захворювань твердих тканин зубів у дітей, що проживають у цих регіонах, виявити залежність стану захворюваності на флюороз та карієс від вмісту розчинних фторидів у джерелах питного водопостачання та ступеню загальної мінералізації питної води.

У процесі дослідження знайдено відсутність флюорозних уражень тканин зубів у дітей лише в тому регіоні, де вміст фтору в питній воді був значно нижчий нормативної величини державного стандарту України. У

регіонах з нормальним вмістом розчинних фторидів в джерелах питного водопостачання ми спостерігали поширеність флюорозу у 8 – 13% дітей.

Нами виявлено прямо пропорційну залежність поширеності флюорозу зубів у дітей від вмісту фтору в питній воді, чіткий зворотно-кореляційний зв'язок поширеності карієсу з концентрацією фторидів в питній воді джерел водопостачання місць постійного проживання (сила кореляційного зв'язку 0,6).

Згідно з «Концепцією реформування стоматологічної служби України» нормативні акти щодо запровадження засад стоматологічного здоров'я населення, організації стоматологічної допомоги та управління стоматологічною галуззю застаріли і в сучасних умовах не дають змоги реалізувати необхідні управлінські та лікувально-профілактичні заходи. Профілактика та лікування стоматологічних захворювань визнані загальнодержавним завданням і здійснювались у формі "Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки", затвердженої указом Президента України від 21 травня 2002 року №475/2002, а на територіальному рівні за складовою частиною комплексної програми. Однак запровадження вказаної програми в умовах вкрай обмеженого фінансування не дозволило підвищити рівень стоматологічного здоров'я населення України.

На основі вищевикладеного можна зробити висновок, що існує нагальна необхідність створення та широкого впровадження вдосконаленої моделі профілактики стоматологічних захворювань, яка б могла покращати стан твердих тканин зубів у дітей, тим самим знизити показники потреби дитячого населення в стоматологічній допомозі. Це, в свою чергу, знизить фінансовий тягар на державне фінансування шляхом корекції штатних посад дитячих лікарів стоматологів, що в умовах ринкової економіки є доцільним та економічно вигідним.

Розділ 2. Заходи інформаційного забезпечення населення щодо профілактики стоматологічних захворювань у дітей.

Запропонована модель профілактики базується на рекомендаціях ВООЗ (1987), існуючому світовому досвіді організації та впровадження профілактичних заходів і вивченні сучасного стану надання лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги населенню України.

Одним з найважливіших постулатів первинної профілактики вважається достатня інформованість населення щодо питань запобігання впливу несприятливих чинників, які здатні викликати патологічні зміни в організмі.

Однак на сьогодні розповсюдження та сприйняття населенням медичної інформації має більш комерційну направленість, ніж соціальну, що виражається в зацікавленості в першу чергу окремих фармацевтичних фірм в реалізації своєї продукції на споживчому ринку. І як результат цієї діяльності населення має недостатньо інформації щодо профілактики виникнення захворювань, зате має надлишок відомостей з питань лікування.

В зв'язку з вищевикладеним, нами запропоновано максимально забезпечити населення вірогідною інформацією щодо виникнення стоматологічних захворювань, факторів ризику в регіоні проживання та шляхів їх запобігання.

Це можливо шляхом всебічного охоплення населення інформаційними процесами. Ця модель обумовлює інформування широких верств населення через засоби масової інформації, лекції та бесіди, особливо для окремих груп населення (дітей та вагітних).

Реалізація зазначених пропозицій повинна здійснюватись шляхом залучення фахівців охорони здоров'я до участі в пропаганді санітарно-гігієнічних знань через телебачення, радіомовлення та пресу. Але, як показує практика, цей вид діяльності малоефективний.

Тому більш доцільно надавати інформацію конкретним визначеним групам населення, що дає можливість здійснювати зворотній зв'язок, контролювати отримання та засвоєння, своєчасно коригувати її.

Соціологічним дослідженням доведено, що на рівень знань дітей впливають в першу чергу батьки та середовище спілкування. Тобто необхідно підвищувати рівень гігієнічних знань цієї категорії населення. Це можливо за рахунок надання інформації в жіночих консультаціях, де організовані школи матерів, на які також запрошуються їхні чоловіки, в роботі сімейних лікарів, дитячих дошкільних та шкільних закладів.

За умови регіональних особливостей нами запропоновано та впроваджено метод інформаційного забезпечення шляхом контролю стану питної води, якою користується вагітна. Таким чином, на даному етапі починається антенатальна профілактика стоматологічних захворювань. Виконання цього суттєвого кроку профілактичних заходів та контроль за їх виконанням покладено на жіночі консультації та СЕС.

Шляхи інформаційного забезпечення населення щодо питань профілактики стоматологічних захворювань у дітей представлено у рис. 1.

Важливим етапом впровадження профілактичних заходів є забезпечення осіб, що беруть участь у виховній та навчальній роботі (вихователі дитячих дошкільних закладів та вчителі загальноосвітніх шкіл) інформаційними матеріалами та методологією формування гігієнічних навичок у дітей. Ми вважаємо надзвичайно важливим та дієвим заходом залучення фахівців до проведення уроків догляду за порожниною рота.

Таким чином, забезпечення всебічного максимального інформування населення щодо чинників ризику виникнення захворювань порожнини рота, доступне роз'яснення наслідків недбайливого ставлення до цієї проблеми та надання реальних можливостей здійснення належним чином та своєчасно профілактичних заходів – все це обов'язково позитивно буде впливати на формування у населення відповідального відношення до запобігання виникнення стоматологічних захворювань у дітей.



Рис. 1. Шляхи інформаційного забезпечення населення щодо питань профілактики стоматологічних захворювань у дітей.

Розділ 3. Профілактичні заходи щодо попередження захворювань твердих тканин зубів у дітей.

Особливо треба підкреслити значущість урахування регіональних профілів ризику стоматологічних захворювань у дітей при розробці програм з профілактики. На прикладі Полтавської області ми продемонстрували важливе значення врахування надлишкового вмісту розчинних фторидів в питній воді як чинника виникнення патології твердих тканин зубів - флюорозу. Профілактичні заходи щодо попередження захворювань твердих тканин зубів у дітей представлено на рис. 2.

При розробці моделі профілактики стоматологічних захворювань у дітей нами було запропоновано наступні принципи:

1. Ранній початок профілактичних заходів – з моменту взяття вагітної на облік в жіночій консультації.
2. Безперервність (від періоду закладки зубних зародків до повної мінералізації зубів).
3. Послідовність - профілактичні заходи здійснюються на всіх етапах розвитку дитини відповідними фахівцями медичного профілю, працівниками закладів освіти та батьками
4. Достатня інформованість – максимальне всебічне забезпечення інформаційними матеріалами зацікавленого контингенту населення.
5. Своєчасна динамічна корекція профілактичних заходів на основі проведення епідеміологічного моніторингу стоматологічних хвороб.

На рівні закладів місцевого самоврядування, запропоновані профілактичні заходи щодо попередження захворювань твердих тканин зубів у дітей охоплюють наступні періоди розвитку дитини:

- **антенатальний період:** у цей період проходить закладка зубних зародків як молочних, так і постійних зубів, формування білкової матриці зубних зародків та початок мінералізації білкової матриці емалевого шару та дентину молочних зубів.

Надзвичайно важливо в цей період забезпечити оптимізацію формування білкової матриці зародків зубів, що закладає основу міцності емалі та дентину як молочних, так і постійних зубів, а також їхню опірність дії ушкоджуючих чинників в майбутньому. Також важливо забезпечити оптимальний мінеральний склад внутрішнього материнського середовища, з якого відбувається вилучення мінеральних складових для мінералізації білкової матриці емалевого шару та дентину зубів. У цей період необхідно проводити:

- заходи щодо забезпечення повноцінного раціонального харчування матері;
- заходи з контролю та забезпеченню оптимального хімічного складу питної води та їжі матері.

Проведення вищенаведених заходів організаційно покладається на лікарів жіночої консультації; СЕС, сімейних лікарів, які повинні забезпечити достатню інформованість вагітних про необхідність виконання вимог щодо раціонального харчування та важливості використання питної води з оптимальним мінеральним складом для здоров'я дитини. Особливо якщо вагітна жінка користується місцевим джерелом водопостачання, то першочерговим завданням СЕС є лабораторне дослідження питної води цього джерела на вміст фторидів, нітратів, загальну жорсткість.

Дані лабораторних досліджень на вищенаведені компоненти повинні бути використані лікарями жіночої консультації, сімейними лікарями для корекції питного водопостачання та забезпечення оптимального мінерального складу харчування вагітних.

- **період до 1 року:** у цей період закінчується формування білкової матриці зубних зародків окремих постійних зубів (ікла, сьомі та восьмі моляри) та мінералізація білкової матриці емалевого шару та дентину молочних зубів.



Рис. 2. Профілактичні заходи щодо попередження захворювань твердих тканин зубів у дітей

Важливо забезпечити оптимальні умови для формування повноцінної білкової матриці зубів, для цього потрібно забезпечити достатнє білкове та мінеральне харчування як матері (при грудному вигодовуванні), так і дитини (докорм, прикорм).

У цей період необхідно проводити:

- заходи з мотивування до грудного вигодовування максимально тривалий фізіологічний термін;
- заходи щодо забезпечення повноцінного раціонального харчування матері.

Якщо дитина знаходиться на штучному вигодовуванні потрібно проводити заходи з оптимізації хімічного складу питної води, на якій готується дитяче харчування.

Проведення вищенаведених заходів організаційно покладається на сімейних лікарів та педіатрів, які повинні забезпечити достатню інформованість матерів про необхідність виконання вимог щодо раціонального харчування матері та дитини, а також важливості використання питної води з оптимальним мінеральним складом для здоров'я дитини.

- період від 1 до 3 років: у цей період продовжується мінералізація дентину та кореневої частини постійних зубів.

В цей період необхідно:

- формувати навички гігієни порожнини рота;
- формувати навички здорового способу життя;
- раціонально використовувати зубні пасти.

Проведення таких заходів організаційно покладається на сімейних лікарів, педіатрів, дитячих стоматологів, які повинні забезпечити достатню інформованість матерів та всієї родини про необхідність виконання вимог щодо раціонального харчування дитини та прищеплення дитині правил

особистої гігієни. Інформація допоможе правильному вибору засобів гігієни (зубної пасти, зубної щітки тощо).

- період від 3 до 12 років:

В цей період необхідно:

- формувати навички гігієни порожнини рота;
- в залежності від мінералізації води призначення препаратів кальцію;
- в залежності від вмісту фторидів призначення препаратів фтору.

Проведення відповідних заходів організаційно слід покласти на педіатрів, дитячих стоматологів, медичних працівників дитячих та шкільних закладів. В цей період важливо надати інформацію дитині та проводити мотивацію до виконання правил особистої гігієни, а також необхідно проводити корекцію хімічного складу питної води, яку споживає дитина з метою запобігання виникнення захворювань твердих тканин зубів (призначення препаратів фтору та кальцію).

ВИСНОВКИ

1. Аналіз стану захворюваності твердих тканин зубів каріозного походження у дитячого населення Полтавської області, що споживає питну воду з джерел різних за вмістом фторидів та загальної жорсткості показав, що розповсюдженість карієсу у дітей шести та дванадцятирічного віку в районах з підвищеним вмістом фторидів у питній воді становила $62,1 \pm 0,95$ та $59,84 \pm 0,06$ відповідно на 100 осіб дитячого населення, а при використанні питної води з вмістом фторидів нижче за норму становила $76,8 \pm 1,4$, $80,9 \pm 0,47$ відповідно ($r = - 0,6$, $p \leq 0,05$).

2. Аналіз стану захворюваності на флюороз зубів дітей шести та дванадцятирічного віку в районах з підвищеним (2,3 та більше мг/л) вмістом фторидів у питній воді показав, що розповсюдженість становила $77,2 \pm 3,8$ та $83,3 \pm 0,2$ відповідно, на 100 осіб дитячого населення, а поширеність флюорозу у дітей шести та дванадцятирічного віку в районах з оптимальним (1,0-1,5 мг/л) вмістом фторидів у питній воді становила $12,64 \pm 1,76$ та $13,07 \pm 2,72$ відповідно ($r = 0,9$, $p \leq 0,05$).

3. Запропонована функціонально-організаційна модель профілактики стоматологічних захворювань у дітей побудована на принципах: **1.** Раннього початку профілактичних заходів – з моменту взяття вагітної на облік в жіночій консультації. **2.** Безперервності (від періоду закладки зубних зародків до повної мінералізації зубів). **3.** Послідовності – проведення профілактичних заходів на всіх етапах розвитку дитини відповідними фахівцями медичного профілю, працівниками закладів освіти та батьками **4.** Достатньої інформованості – максимального всебічного забезпечення інформаційними матеріалами зацікавленого контингенту населення. **5.** Своєчасності динамічної корекції профілактичних заходів на основі проведення епідеміологічного моніторингу стоматологічних хвороб.

4. Для здійснення більш широкої та дієвої санітарно-просвітницької роботи запропоновані шляхи інформаційного забезпечення населення щодо питань профілактики стоматологічних захворювань у дітей

5. Застосування запропонованої моделі профілактики стоматологічних захворювань у дітей, що побудована на взаємодії органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я та освіти прогнозує соціальну, медичну та економічну ефективність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Давыдов Б.Н. Толерантность к фториду при кариесе и флюорозе зубов / Б.Н.Давыдов, Ю.Н. Боринский, В.А.Беляев // Стоматология.- 2005.-№3.-С. 13-19.
2. Безвужко Е.В. Забруднення довкілля як фактор ризику виникнення флюорозу зубів у дітей/ Безвужко Е.В. // Новини стоматології. - 1999. - №3. - С 41-42.
3. Безвужко Е.В. Динаміка розповсюдження флюорозу зубів, обумовленого високим вмістом фтору та солей важких металів/ Безвужко Е.В. // Вісник стоматології. - 2003. - №1. - С. 61-63.
4. Безвужко Е.В. Реабілітація дітей з флюорозом зубів, які проживають у місцевості підвищеного вмісту фтору і солей важких металів / Безвужко Е.В. // Новини стоматології. - 2005. - № 4. - С 32 - 34.
5. Беляев В. В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и особенности их профилактики у детского населения Тверской области: автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Беляев В. В. - Тверь, 1998.- 18 с.
6. Биденко Н.В. Профилактика кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Н.В.Биденко // Современная стоматология. – 2005.-№2. – С. 93-97.
7. Биоиндикация загрязнений наземных экосистем: [сб. научн. трудов/ Под ред. Р.Шуберта. -М.: Мир, 1988.-320 с.
8. Боев В. М. Гигиеническая оценка формирования суммарного риска популяционному здоровью на урбанизированных территориях/ Боев В. М., Дунаев В. Н., Шагеев Р. М., Фролова Е. Г. // Гигиена и санитария. -2007.-№5.

– С.12-16.

9. Вплив антенатальних чинників на стан твердих тканин тимчасових зубів у дітей: матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України [Інноваційні технології – в стоматологічну практику], (Полтава, 16-18 жовтня 2008 р.) /Міністерство охорони здоров'я, Асоціація стоматологів України. – Полтава. - 2008. – 88 с.

10. Кучма В.Р. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков / Кучма В.Р., Сухарева Л.М. // Гигиена и санитария. -2005. -№6.-С.42-47.

11. Леонтьев В.К. Концепция подготовки врачей-стоматологов /Леонтьев В.К., Максимовская Л.Н., Леонова Л.Е. // Тр. VII Всероссийского съезда стоматологов. -М., 2001. -С. 251–257.

12. Леонтьев В.К. О стратегии и планировании профилактики в условиях переходной экономики / Леонтьев В.К., Абрамова О.Г. //Стоматология. – 1998. -№4. –С. 25-26.

13. Николишин А.К. К патогенезу системного и зубного флюороза /А.К. Николишин, О.И. Цебержинский //Український стоматологічний альманах.- 2003.-№2.-С. 5-7.

14. Силантьева Г.П. Медико-экономическое обоснование объемов профилактической работы в стоматологии : автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Г.П.Силантьева. – Москва, 2007. – 26 с.

15. Тимченко О.І. Профілактична медицина: стратегія зміцнення здоров'я населення України /Тимченко О.І, Сердюк А.М., Гойда Н.Г.[та співавт.] //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000.- №2., С. 89-93.

16. Указ Президента України №475/2002 від 21.05.2002. «Про програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2003 - 2007

рр. //Збірник нормативних документів з охорони здоров'я. – 2002. – С. 9-13.

17. Шепилев В.В. Влияние фтора и его соединений на формирование и созревание твердых тканей зубов. Профилактика флюороза / В.В. Шепилев, О.Д. Бакуменко, Т.В. Камина //Стоматолог.-2007.-№4.-С.40-41.

Додаток 2.

Терміни прорізування, формування та розсмоктування молочних
(тимчасових) зубів

Зуб	Початок мінералізації (внутрішньоутробний період) місяць	Терміни прорізування, місяць	Кінець формування, рік	Початок розсмоктування коренів, рік
I	4,5	6 – 8	до 2-го	з 5-го
II	4,5	8 - 12	до 2-го	з 6-го
III	7,5	12 – 16	до 4-го	з 7-го
IV	7,5	16 – 20	до 5-го	з 8-го
V	7,5	20 - 30	до 4-го	з 7-го

Додаток 3.

Терміни формування і прорізування постійних зубів

Зуб	Терміни закладки фолікула	Початок мінералізації	Закінчення формування емалі, рік	Терміни прорізування, рік	Терміни формування коренів, рік
I	8-й місяць вн. утр. розвитку	6-й місяць	4 – 5	6 – 8-й	10-й
II	8-й місяць вн. утр. розвитку	9-й місяць	4 – 5	8 – 9-й	10-й
III	8-й місяць вн. утр. розвитку	6-й місяць	6- 7	10 – 11-й	13-й
IV	2 роки	2,5 роки	5 - 6	9 – 10-й	12-й
V	3 роки	3,5 роки	6 – 7	11 – 12-й	12-й
VI	5-й місяць вн. утр. розвитку	9-й місяць вн. утр. розвитку	2 – 3	6-й	10-й
VII	3 роки	3,5 роки	7 – 8	12 – 13-й	15-й
VIII	5 років	8-й рік	після 18 - 20	різні	Не обмежений