

sity losses of led photopolymerization. The laboratory study was carried out using the experimental unit. The bar samples were placed into the unit pocket between the source of light and sensing device. The light guide of dental curing light unit with the initial intensity level 1500 mW/cm² was used as a source of luminous flux. The intensity of the light flux without sample was evaluated, the rate was taken as 100%, then the samples were placed into the unit pocket and evaluation of intensity was carried out again. The losses were determined in percent from the initial level.

Results and their discussion. The maximum index of intensity losses in the luminous flux of led photopolymerization was registered in the samples of the glass-fibre white color bar with the thickness 1.0 mm (I group) – 91.93±0.41% (p<0.05). The obtained index was almost nine times more than minimum indicator of intensity losses, which was registered in the samples of transparent glass-fibre bars with the thickness 0.7 mm (II group), – 10.76±0.24% (p<0.05). The increase in the thickness of the same bar samples in two times to 1.4 mm (IV group) caused the significant (p<0.05) increase of losses almost in two times – to 18.58±0.19%. Transparent bar samples of the same thickness, consisted of two fragments connected by fluid nanophotocomposite (III group), have represented losses at level 24.31±1.01%. The significant (p<0.05) difference between the last two indicators, probably is caused by the presence of fluid nanophotocomposite layer in III group samples and losses of light intensity on the connecting edge between the nanophotocomposite layer and glass-fibre bars. If the fragments of transparent glass-fibre bars with the thickness 1.4 mm (V group samples) were connected by nanophotocomposite, the losses significantly (p<0.05) increased in comparison with III group samples almost in 2 times – to 41.11±1,15%. In case of two transparent bars application with the total thickness 2.8 mm in bonded bridges construction, the intensity losses of the light flux does not reach even the half of initial level in 1,500 mW/cm². However, the initial intensity should be higher, if the glass-fibre bar even with minimum thickness of 1.0 mm, but white color was used as reinforcing element.

Conclusions. Thus, in case of reasonable choice of the glass-fibre reinforcing elements for the optimal bonded bridges construction manufacturing it is necessary to consider the degree of bars optical density and their thickness, and also dependance on the estimated intensity losses of the light flux which can be determined according to the results of conducted study, to choose the source of the light flux, that is led curing light unit, with necessary initial intensity to ensure the sufficient degree of restorative material hardening.

Keywords: bonded bridges, glass-fibre reinforcing elements, intensity of luminous flux, losses.

Рецензент – проф. Новіков В. М.

Стаття надійшла 09.02.2017 року

© Удод О. А., Оболонська Г. О.

УДК 616.314 – 089.28 – 037.5 + 616.314.28 – 85

Удод О. А., *Оболонська Г. О.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЙ БІЧНИХ ЗУБІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ Донецький національний медичний університет (м. Лиман)

*Приватний вищий навчальний заклад

«Київський медичний університет УАНМ» (м. Київ)

iohova@ukr.net

Дана робота є фрагментом науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» «Клініко-лабораторне обґрунтування механізмів дії біологічно активних речовин та фізичних факторів і оцінки ефективності їх застосування в комплексному лікуванні основних стоматологічних захворювань» (державний номер 0116U004993).

Вступ. Повноцінне відновлення тканин міжзубного трикутника при реставрації бічних зубів з каріозними порожнинами II класу за Блеком у хворих на генералізований пародонтит (ГП) є достатньо дискусійним питанням у сучасній стоматології. Пріоритетне значення поруч з якістю виконаної реставрації має її біологічна сумісність. Остання передбачає відновлення втрачених твердих тканин зуба, що забезпечує біологічну, морфологічну, функціональну та естетичну єдність структур пародонтального комплексу [1,3,4]. У той же час, навіть віртуозна робота з інноваційними

матеріалами не є безперечною запорукою успіху лікування. За думкою Wanderlich Cafess, «не викликає сумніву, що сьогодні жодна реставрація, яка проведена людиною, не відповідає біологічному сприйняттю гігієни природної поверхні зуба» [11]. До того ж, є неоднозначні дані про вплив відновлювальних матеріалів на тканини пародонта, тим більш, що дослідження останніх років свідчать про недостатню високу якість реставрацій [2,8]. Так, вже через півроку неспроможними можна вважати майже 30% відновлень, через рік понад 50%, а через 2 роки 70% реставрацій не відповідають вимогам, що пред'являються до них. У терміни спостереження до 3 років частота порушення крайового прилягання відновлювального матеріалу у реставраціях складає 31%, рецидивного карієсу – 46% [5]. У довготривалих дослідженнях щодо негативного впливу під'ясених ділянок реставрацій на прилеглі тканини з'ясовано, що вже через рік ці ділянки 15% реставрацій розташовувались

над ясенним краєм, а через 10 років внаслідок рецесії було вже більше 71% таких реставрацій [7,9]. Відновлення контактного пункту близько до жувальної поверхні бічних зубів за відсутності амбразури сприяє зануренню їжі між зубами. Низьке положення контактного пункту призводить до втрати фізіологічного інтерпроксимального простору, відбувається атрофія міжзубного сосочка з подальшим формуванням широкої амбразури, яка також сприяє затриманню їжі [3]. Отже, складним і, на жаль, дотепер відкритим залишається питання ефективної реставрації контактних поверхонь бічних зубів, особливо у хворих на генералізований пародонтит.

Мета дослідження. Клінічна оцінка стану відновлень на контактних поверхнях бічних зубів у хворих на генералізований пародонтит.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом клінічного спостереження були 122 практично здорові особи обох статей віком від 18 до 45 років. Контингент обстежених складався із 40 чоловіків (32,8%) та 82 жінок (67,2%) з попередньо встановленим та рентгенологічно підтвердженим діагнозом ГП початкового та I ступеня з каріозними ураженнями контактних поверхонь бічних зубів. У всіх хворих була проведена оцінка анатомо-функціональних параметрів 349 реставрацій на контактних поверхнях бічних зубів, які були виконані у терміни від одного до п'яти років. Стан реставрацій було проаналізовано у відповідності до клінічних критеріїв FDI, зокрема, за критеріями «анатомічна форма» та «стан контактного пункту», з урахуванням оцінок за кодами Romeo (відмінна реставрація), Sierra (задовільна реставрація), Tango (незадовільна реставрація), Victor (неприйнятна реставрація, яка потребує заміни) [5]. Візуальне дослідження реставрацій та прилеглих тканин проводили із використанням бінокулярної лінзи зі збільшенням 3,0 та стоматологічних дзеркал, які відображають зовнішню поверхню об'єктів вивчення.

Результати досліджень та їх обговорення. За результатами дослідження фотокомпозитних реставрацій на контактних поверхнях бічних зубів, відповідно до критерію «анатомічна форма», відмінний стан відновлення анатомічної форми визначений лише у 55 випадках (15,8%). У чотири рази більше було реставрацій, зокрема, 212, що складає 60,7%, із мінімальною або приблизною характерністю анатомічних утворень, некоректним відтворенням оклюзійних відносин, з потребою їх корекції, а 82 досліджені реставрації (23,5%) підлягали повній заміні та проведенню повторного відновлення. Найбільш розповсюдженим дефектом при відновленні жувальної поверхні бічних

зубів виявлялась відсутність маргінального гребінця або невірне моделювання анатомічної форми.

Отже, при клінічній оцінці стану анатомічної форми реставрацій бічних зубів з каріозними ураженнями II класу за Блеком 55 реставрацій (15,8%) отримали оцінку Romeo, тобто відновлення були відмінної якості, мали всі анатомічні ознаки зубів відповідної групової належності, захищали тверді тканини зубів та прилеглих тканини. Пацієнти не скаржилися на некомфортну форму відновленого зуба, рельєф та структура поверхні відновлення відповідали конфігурації інших зубів (табл. 1).

З оцінкою Sierra, що підтверджує задовільну якість, було 47 реставрацій (13,5%). Вони мали незначні невідповідності анатомічних ознак та оклюзійних відношень, які можливо відкоректувати шляхом виправлення контуру, шліфуванням та поліруванням, але в ділянці ясенного сосочка та у пришийковій ділянці визначались пункти фіксації стоматологічного зонда, порушення рельєфу відновлювального матеріалу. Пацієнти висували скарги на фіксацію залишків їжі в міжзубному проміжку та незначні незручності при змиканні зубів. У деяких випадках було визначено помірне сплюснення відновлення або надлишковий об'єм, що підлягало корекції.

Близько половини реставрацій бічних зубів з ураженнями II класу за Блеком, зокрема, 165 відновлень (47,3%), мали незадовільну форму, були відсутні анатомічні ознаки відповідної групи зубів: невизначені фісури, змінені кути амбразур, нехарактеризовані маргінальні гребінці, розширені пришийкові ділянки, сплюснені екватори. У деяких випадках при зондуванні визначали оголений дентин, порушення контакту з сусіднім зубом, наявність крайових виступів, ознаки запалення ясенного сосочку. Ці реставрації були оцінені, як Tango, що означає незадовільний стан. Майже чверть оглянутих відновлень, тобто 82 реставрації (23,5%), отримали оцінку Victor та потребували негайної заміни у зв'язку з фрактурами, порушеннями контакту з сусіднім зубом та зниженням контуру реставрації, рухомістю пломби, грубим травмуванням міжзубного сосочку.

Подальше дослідження реставрацій за критерієм «стан контактного пункту» виявило вкрай низьку

Таблиця 1.

Результати дослідження реставрацій бічних зубів з ураженнями II класу за Блеком у хворих на генералізований пародонтит за критерієм «анатомічна форма»

Оцінка реставрації	Стан реставрації	Кількість реставрацій, n=349	Частота виявлення, %
Задовільно Romeo	Реставрація відмінної якості	55	15,8
Sierra	Реставрація задовільної якості, але впливає на ясенний край	47	13,5
Незадовільно Tango	Реставрація неповноцінна, згодом можливе ушкодження підлеглих тканин	165	47,3
Victor	Реставрація неповноцінна, відбувається пошкодження підлеглих тканин	82	23,5

Результати дослідження реставрацій бічних зубів з ураженнями II класу за Блеком у хворих на генералізований пародонтит за критерієм «стан контактних пунктів»

Оцінка реставрації	Коди	Стан контактного пункту	Кількість реставрацій, n=349	Частота виявлення, %
Задовільно Romeo	R	Функціональні контактні пункти	46	13,2
Sierra	SCO	Контакт, частково відкритий	34	9,7
	SFA	Контакт, сплющений вестибулярно	41	11,8
	SLG	Контакт, сплющений орально	38	10,9
Незадовільно Tango	TCO	Контактний пункт порушений	89	25,5
	TPX	Інтерпроксимальна цервікальна зона знижена, можливе ушкодження тканин	44	12,6
Victor	VPN	Пломба викликає біль в зубі або в прилеглих тканинах	57	16,3

ефективність відновлення бічних зубів з порожнинами II класу за Блеком. Так, лише 46 реставрацій (13,2%) отримали оцінку Romeo (код R) за відмінно відновлені контактні пункти, які знаходились на межі оклюзійної та середньої третини контактних поверхонь відреставрованих та сусідніх з ними зубів, на відстані 1,5-2 мм від оклюзійної поверхні коронок бічних зубів, дещо зміщені у вестибулярний бік. Слід зазначити, що у цих випадках визначався точковий або площинний контакт між реставрацією та сусіднім зубом (табл. 2).

Флос, який вводили у зону контакту, із зусиллям проходив в міжзубний проміжок, без затримки ковзав контактною поверхнею, не розривався, не ділився на волокна та із зусиллям виводився із проксимальної зони. Скарги на фіксацію їжі пацієнти не пред'являли.

Із задовільними контактними пунктами було виявлено 113 реставрацій (32,4%), які отримали загальну оцінку Sierra. У 34 відновленнях (9,7%) контактний пункт був частково відкритий, пацієнти інколи відчували фіксацію їжі в проміжку, флос на початку руху занадто легко проштовхувався, а потім розривався (код SCO). У 41 випадку (11,8%) в реставраціях діагностували сплющені у вестибулярному напрямку контактні пункти (код SFA), тобто проштовхування флосу з більшим зусиллям відбувалось в напрямку до присінку порожнини рота. Контактні пункти, сплющені в оральному напрямку (код SLG), було діагностовано у 38 випадках (10,9%) відновлення. В усіх реставраціях дефекти можливо було усунути шляхом контурування пломб за допомогою борів, полірувальних дисків та штрипсів.

Нефункціональний контактний пункт було виявлено у 133 реставраціях (38,1%), вони отримали незадовільну оцінку Tango. Із порушенням контактного пункту було 89 відновлень, що складало 25,5% (код TCO). З цієї оцінкою було також 44 реставрації (12,6%) зі зниженою інтерпроксимальною приший-

ковою зоною та ушкодженням прилеглих тканин (код TPX). При клінічному обстеженні було виявлено порушення форми, топографії, щільності контактного пункту. В більшості випадків діагностували зменшення об'єму міжзубних сосочків до повної їх втрати. Пацієнти скаржилися на дискомфорт та фіксацію їжі у міжзубному проміжку. Дефекти можливо було усунути шляхом корекції з використанням обмеженого препарування та фотокомпозитних матеріалів (відновлення форми маргінального гребінця, бокових скатів коронки, топографії та щільності контактного пункту).

Із загального числа 57 відновлень (16,3%) мали критично низький рівень якості за дослідженим критерієм, вони були частково зруйновані, рухомі або зовсім відсутні. Відновлення отримали незадовільну оцінку за критерієм Viktor (код VPN). Хворі висували скарги на біль у причинному зубі або в прилеглих тканинах. Міжзубні сосочки в ділянці реставрацій були або відсутніми,

або із значно зменшеним об'ємом. Ясенний край біля відновлень мав виражені ознаки запалення. Дефекти відновлення неможливо було виправити, реставрації вимагали негайної заміни.

Отже, у проведеному клінічному дослідженні було виявлено, в залежності від критерію оцінювання, лише 46 відмінно виконаних реставрацій (13,2%) на контактних поверхнях бічних зубів у хворих на генералізований пародонтит, у той же час, 57 реставрацій (16,3%) слід було негайно замінити. Більше половини оглянутих реставрацій бічних зубів з ураженнями II класу за Блеком у таких хворих, зокрема, 188 відновлень, що складає 54,4%, мали незадовільно відновлені контактні пункти.

Висновок. Таким чином, оцінка за клінічними критеріями «анатомічна форма» та «стан контактних пунктів» виявила основні вади реставрацій на контактних поверхнях бічних зубів: наявність анатомічної та функціональної неповноцінності контактних пунктів, зокрема, нещільний контактний пункт, його невірна просторова конфігурація, наявність сходинок або нависаючих країв на контактній поверхні реставрацій; неякісне відновлення форми цієї поверхні, нехтування моделюванням важливих анатомічних утворень – маргінальних гребінців, міжзубних амбразур; реактивне запалення прилеглих до реставрації м'яких тканин та зміни об'єму міжзубних сосочків, порушення архітектоники усього міжзубного проміжку.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується дослідження, у ході якого буде проведено пошук нових або удосконалення вже існуючих підходів для відновлення контактних поверхонь бічних зубів у хворих на генералізований пародонтит з розробкою та обґрунтуванням відповідного клінічного алгоритму.

Література

1. Борисенко А.В. Кариес зубов / А.В. Борисенко. – К.: Кн.плюс, 2005. – 413 с.
2. Дмитриева Л.А. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриева, А.Е. Романов, В.Н. Царев. – М.:МЕД пресс-информ, 2002. – 96 с.
3. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – 9-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 928 с.
4. Радлинский С.В. Реставрация и пародонт / С.В. Радлинский // ДентАрт. – 2001. – № 3. – С. 33-38.
5. Рюге Г. Клинические критерии / Г. Рюге // Клиническая стоматология. – 1998. – № 3. – С. 40-46
6. Салова А.В. Восстановление контактных областей с помощью матричных систем / А.В. Салова. – М.: Медицина, 2011. – 60 с.
7. Удод О.А. Клінічна оцінка якості поверхні фронтальних реставрацій зубів / О.А. Удод, О.М. Челях // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2013. – Випуск 17, Том 1. – С. 333-338.
8. Ravon N.A. Multidisciplinary Care: Periodontal Aspects to Treatment Planning the Anterior Esthetic Zone / N.A. Ravon, M. Handelsman, D. Levine // J Calif Dent Assoc. – 2015. – № 8. – P. 75-84.
9. Schroeder H.E. The gingival tissues the architecture of periodontal protection / H.E. Schroeder, M.A. Listgarten // Periodontol. – 2014. – № 13. – P. 91-120.
10. Tosches N.A. Gingival retraction methods. A literature review / N.A. Tosches, G.E. Salvi // Schweiz Monatschr Zahnmed. – 2012. – № 119 – P. 121-128.
11. Wanderlich C. Periodontal aspects of porcelain restorations / C. Wanderlich // Dent Clin North Am. – 2015. – № 29 – P. 693-703.

УДК 616.314 – 089.28 – 037.5 + 616.314.28 – 85

КЛІНІЧНА ОЦІНКА РЕСТАВРАЦІЙ БІЧНИХ ЗУБІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Удод О. А., Оболонська Г. О.

Резюме. У статті наведені результати клінічної оцінки 349 реставрацій на контактних поверхнях бічних зубів у 122 хворих на генералізований пародонтит початкового та І ступеня відповідно до критеріїв «анатомічна форма» та «стан контактної точки». Лише 46 з оглянутих реставрацій (13,2%) не мали порушень, 188 відновлень (54,4%) мали незадовільний стан контактної точки, 57 відновлень (16,3%) вимагали негайної заміни.

Ключові слова: бічні зуби, контактні поверхні, карієс, реставрації, клінічна оцінка, генералізований пародонтит.

УДК 616.314 – 089.28 – 037.5 + 616.314.28 – 85

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИЙ БОКОВЫХ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Удод А. А., Оболонская А. А.

Резюме. В статье приведены результаты клинической оценки 349 реставраций на контактных поверхностях боковых зубов у 122 больных генерализованным пародонтитом начальной и I степени в соответствии с критериями «анатомическая форма» и «состояние контактного пункта». Лишь 46 из осмотренных реставраций (13,2%) не имели нарушений, 188 восстановлений (54,4%) имели неудовлетворительное состояние контактного пункта, 57 восстановлений (16,3%) требовали немедленной замены.

Ключевые слова: боковые зубы, контактные поверхности, карієс, реставрации, клиническая оценка, генерализованный пародонтит.

UDC 616.314 – 089.28 – 037.5 + 616.314.28 – 85

CLINICAL EVALUATION OF GRINDER TEETH RESTORATIONS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS

Udod O. A., Obolonska H. O.

Abstract. The complete tissue regeneration of interdental triangle in case of contact surfaces restoration of grinder teeth in patients with generalized parodontitis is considerably controvertible issue. The recent studies indicate insufficient level of restoration quality. After six months almost 30% of restorations can be considered as improper, in a year more than 50% and after 2 years 70% of restorations do not meet the specified requirements.

The aim of the study. Clinical assessment of restoration condition on the contact surfaces of grinder teeth in patients with generalized parodontitis.

Object and methods of research. The clinical evaluation of 349 restorations on the contact surfaces of grinder teeth according to FDI criteria «anatomical form» and «condition of contact point» was carried out in 122 patients of both genders aged from 18 to 45 years with generalized parodontitis of primary and I stage.

The results and discussions. The excellent restoration condition of the anatomical form was determined in 55 cases (15.8%) according to data of photocomposite restorations research on the contact surfaces of grinder teeth considering «anatomic form» criterion. The study determined 212 restorations (60.7%) with minimal or approximate specificity of anatomical structures, incorrect restoration of the occlusal position with necessity of their correction and 82 (23.5%) restorations were subject to full replacement. The most common defect was the absence of marginal crests or incorrect modeling of anatomical shape. The study of restorations considering criterion «condition of contact point» revealed the very low recovery efficiency of grinder teeth with II class cavities according to Black.

Only 46 restorations (13.2%) have received Romeo rating (code R) for the excellently performed restoration of contact points, which were on the border of the occlusal and middle third of the contact surfaces of restored and adjacent teeth and at a distance of 1.5-2 mm from the occlusal surface of the grinder teeth crowns were slightly displaced in the vestibular direction. In such cases the point or plane contact between the restoration and adjacent tooth was determined. Satisfactory contact points were identified in 113 restorations (32.4%) which have received the general Sierra assessment. The contact point was partially opened in 34 (9.7%) restorations, floss was easily pushed while starting the movement, and then tore (SCO code). The flattened contact points (SFA code) in the vestibular direction were diagnosed in 41 cases (11.8%) of the restorations. The contact points flattened in the oral direction (SLG code) were diagnosed in 38 cases (10.9%) of restorations. Non-functional contact point was identified in 133 (38.1%) restorations and got low Tango grade. The contact point disorders were revealed in 89 restorations that amounted to 25.5% (TCO code). This assessment was also given to 44 restorations (12.6%) with reduced interproximal cervical area and the adjacent tissues damage (TPX code). The critical low quality level was determined in 57 (16.3%) of restorations out of the total number, they have been partially destroyed, moving or even were absent. The restorations got the low grade according to Viktor criterion (VPN code).

Conclusions. The assessment based on the clinical criteria «anatomic form» and «condition of contact points» identified the main disadvantages of restorations on contact surfaces of grinder teeth: the presence of anatomical and functional deficiency of the contact points; neglect of important anatomical structures modeling such as marginal crests, interdental embrasures; reactive soft tissues inflammation adjacent to the restoration and changes in the volume of the interdental papillae, architectonic disorders of the whole interdental space.

Prospects for further research. The investigation and improvement of restoration approaches to the contact surfaces of grinder teeth in patients with generalized parodontitis with the development of the appropriate clinical algorithm will be carried out further.

Keywords: grinder teeth, contact surfaces, caries, restorations, clinical evaluation, generalized parodontitis.

Рецензент – проф. Ткаченко І. М.

Стаття надійшла 01.02.2017 року

© Черепюк О. М.

УДК 618-084 + 616.314-002 + 613.954

Черепюк О. М.

ДВОХРІЧНИЙ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (м. Івано-Франківськ)

avakov777@gmail.com

Представлене наукове дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», № державної реєстрації 018U010993.

Вступ. Серед різних верств населення у різних регіонах земної кулі, навіть у високо розвинутих країнах, розповсюдженість каріесу серед дітей коливається від 1 до 70% і вище. Підтвердженням цьому є дані дослідження Jackson Brown L. проведеного у дітей зі США віком від 2 до 6 років, які свідчать про недостатній об'єм профілактичних заходів [17]. Ця проблема стосується і різних регіонів України. До прикладу, в центральних областях України розповсюдженість каріесу становить 48% при інтенсивності каріозного ураження 1,09-2,5 зуба, натомість, в західних областях України показник розповсюдження – 97%, а інтенсивність каріозного ураження – 7,1 зуба. В зв'язку з таким широким розповсюдженням каріесу серед дітей, останній становить велику соціальну проблему охорони здоров'я в цілому світі загалом. Це пояснюється тим, що зубо-щелепова система у дитини знаходиться постійно в фазі дуже активного росту, в зв'язку із чим вона надзвичайно чутлива як до дії екзо- та і ендоген-

них факторів. Різного роду фізичні, хімічні і біологічні фактори носять глобальний характер з тенденцією до подальшого зростання, практично адекватно до промислового спаду і складної екологічної ситуації в Україні. Свідченням цього є результати дослідження ряду авторів, які вказують на те, що поширеність каріесу вже серед дітей 3 років, що проживають в екологічно несприятливих районах західної України, становить 42,7%, при інтенсивності ураження 1,61 бали [1,2,8,12,4].

Крім того, результати епідеміологічних досліджень свідчать про незадовільний стан загальносоматичного здоров'я дітей з тенденцією до подальшого зростання захворюваності. Так, у 2003 році поширеність захворювань в Україні у дітей віком до 14 років складала 1745,86 на 10000 дітей проти 1343,6 в 1990 році (МОЗ України, 2004). Враховуючи соціальний характер проблеми вирішення її не може бути одностороннім. Необхідна стандартизація підходів у профілактиці і лікуванні каріесу зубів у дітей, розробка нових методів діагностики, а головне, це створення комплексних програм профілактики і лікування на державному рівні, які істотно дешевші ніж витрати на терапевтичну, хірургічну та ортопедичну стоматологічну допомогу.