

Підходи до лікування глибокого карієсу тимчасових зубів за результатами анкетування дитячих лікарів-стоматологів

Decision-making Choice while the Restoration of Deep Carious Lesions in Primary Teeth (Clinicians' Variables)

Смоляр Н.І.¹, д. мед. н., проф.,
Солонько Г.М.¹, к. мед. н., доц.,
Гринишин О.Б.², стоматолог-терапевт

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

²Центр стоматологічної імплантації та протезування «ММ», Львів

Smolyar N.I.¹, Solonko H.M.¹, Hrynyshyn O.B.²

¹Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

²Center for Dental Implantation and Prosthetic Dentistry «ММ», Lviv

Адреса для кореспонденції:

Гринишин Ольга Богданівна

e-mail: dentalpractice2000@yahoo.com

Мета: Оцінити підходи дитячих лікарів-стоматологів із різним клінічним досвідом стосовно вибору методу лікування асимптоматичного глибокого карієсу тимчасових зубів перед їх реставрацією. **Методи:** У дослідженні взяли участь 215 дитячих лікарів-стоматологів із різним практичним досвідом роботи (менше 5, 5–10, понад 10 та понад 20 років). **Результати:** Виявили, що для більшості лікарів основним методом лікування глибоких каріозних уражень проксимальних поверхонь молярів є метод непрямого покриття пульпи з використанням кальцієвмісних лікувальних прокладок (49,05±3,4% і 33,2±3,21% лікарів відповідно). Вибір лікувальної тактики залежить від практичного досвіду лікарів. Відтак лікарі-стоматологи з практичним досвідом понад 5 років частіше обирали метод пульпотомії перед реставрацією тимчасових молярів з глибокими проксимальними каріозними ураженнями, порівняно з лікарями, досвід яких був менше 5 років. Однак, в середньому частка лікарів, які обирають цей метод лікування глибоких проксимальних каріозних уражень, не перевищила 8,6±1,91%. **Висновки:** Зі збільшенням практичного досвіду лікарів зростає й частка використання пульпотомії як методу лікування глибокого карієсу тимчасових молярів.

Ключові слова: глибокі каріозні ураження, вибір методу лікування, непряме покриття пульпи, пульпотомія.

Purpose: To assess clinicians' individual variables that might influence decision-making choice while the restoration of deep carious lesions in primary molars. **Methods:** 215 pediatric dentists with different work experience (less than 5, 5–10, more than 10, more than 20 years) have been involved into the survey. **Results:** It was revealed that the main method of proximal deep carious lesions treatment in primary molars for majority of doctors was considered the method of indirect pulp capping with calcium hydroxide liner (49,05±3,4% and 33,2±3,21% respectively). The choice of treatment was depended on experience of doctors. **Conclusions:** Pediatric dentists who had previous experience more than 5 years was prone to choose pulpotomy before restoration of deep proximal carious lesions more often.

Key words: deep carious lesions, treatment choice, indirect pulp capping, pulpotomy.

ВСТУП

Лікування глибокого карієсу тимчасових зубів є актуальною проблемою стоматології дитячого віку. Сучасний підхід щодо вибору оптимального методу лікування цього захворювання не завжди однозначний, оскільки вибір неадекватного методу лікування може призвести до виникнення ускладненого карієсу. Метою лікування карієсу

тимчасових зубів є забезпечення їх нормального функціонування до моменту фізіологічної заміни на постійні. Важливе значення при цьому має лікування глибокого карієсу, оскільки на цій стадії розвитку каріозного процесу відбуваються зміни у дентинно-пульповому комплексі, які можуть бути незворотними, навіть за умови відсутності клінічної картини запалення. Однак, на тлі численних епідеміологічних

досліджень, пов'язаних з вивченням розповсюдженості карієсу тимчасових зубів [1–9], є доволі невелика кількість робіт, у яких проаналізовано такі важливі аспекти карієсу, як глибина та локалізація каріозних уражень у тимчасових зубах [14, 15], а також диференційовані підходи до вибору методу лікування.

Вперше питання диференційного підходу при виборі методу лікування

глибокого оклюзійного та проксимального карієсу у тимчасових зубах дослідив Р. Hobson [10], виявивши, що у 50% зубів зі зруйнованим маргінальним проксимальним краєм запалення пульпи є незворотним. Науковці відділення стоматології дитячого віку Стоматологічного інституту м.Лідс (Велика Британія) у своїх дослідженнях також вказують на залежність рівня запальних змін у пульпі не лише від глибини ураженого дентину, але й від ураженої поверхні зуба. Так, запальний процес у пульпі є більш вираженим за наявності карієсу проксимальної поверхні зуба, порівняно з рівнем запалення у пульпі, яке спостерігають у випадку оклюзійного карієсу. У цьому дослідженні доведено, що за наявності карієсу проксимальних поверхонь, запалення усієї коронкової пульпи спостерігалось у 4 рази частіше, ніж при локалізації каріозних порожнин на оклюзійних поверхнях зубів, що слід враховувати при виборі методу лікування [11].

Сьогодні використовують декілька лікувальних тактик при глибоких каріозних ураженнях тимчасових зубів – непряме і пряме покриття пульпи, пульпотомія, екстирпація пульпи чи навіть видалення тимчасового зуба [12]. У цьому контексті цікавим є дослідження М.А. Qudeimat та співавт. стосовно прийняття клінічних рішень лікарями при лікуванні глибоких проксимальних каріозних уражень тимчасових молярів. Автори дослідження [12] встановили, що більшість респондентів (53%) надавали перевагу проведенню пульпотомії перед заміщенням глибоких проксимальних каріозних уражень тимчасових молярів у дітей, однак, це безпосередньо залежало від досвіду роботи лікарів. Метод пульпотомії переважно застосовували досвідчені лікарі, які інтенсивно вели дитячі прийоми.

Отже, з метою вивчення думки українських дитячих лікарів-стоматологів

щодо діагностичних та лікувальних критеріїв, якими вони керуються при лікуванні глибоких каріозних уражень жувальних та проксимальних поверхонь тимчасових молярів, провели їх анкетування. Мета роботи – оцінити вибір методів лікування глибокого карієсу жувальних та проксимальних поверхонь тимчасових молярів у дітей дитячими стоматологами залежно від їх досвіду роботи.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Проведено анкетування 215 дитячих стоматологів із різним досвідом роботи: менше 5 років, 5–10 років, понад 10 та понад 20 років, які працюють у державних та приватних стоматологічних установах м. Львова. До анкети увійшли питання щодо труднощів діагностики і лікування глибокого жувального і проксимального карієсу, діагностичних критеріїв оцінки глибини проксимальних каріозних порожнин та питання про методи лікування, які найчастіше використовують лікарі у щоденній практиці (серед відповідей стосовно вибору методів лікування можна було обрати власний варіант). Окрім цього, до анкети увійшли питання стосовно діагностичних критеріїв при виборі методу лікування тимчасових зубів – пульпотомії та методик, які найчастіше використовуються під час її проведення. Аналізували отримані дані способом підрахунку середніх значень відповідей, їхнього відсоткового співвідношення на поставлені запитання, та методом визначення ймовірних зв'язків між досліджуваними критеріями та клінічним досвідом лікарів.

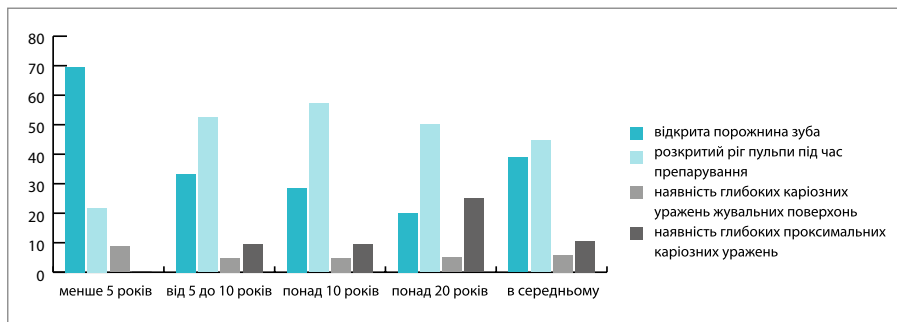
РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати анкетування показали, що діагностика та лікування глибоких

каріозних уражень проксимальних поверхонь тимчасових молярів для дитячих лікарів-стоматологів надалі залишається складним завданням, що відзначили більшість лікарів з різним досвідом роботи. Зокрема 83,5±2,53% фахівців вважають, що проксимальний глибокий карієс важче діагностувати та прогнозувати позитивний результат лікування, порівняно з глибоким карієсом жувальних поверхонь. Це підтверджується і тим, що 90,6±1,99% респондентів відзначають або очікують ускладнення після лікування частіше при локалізації глибокого каріозного процесу в тимчасових молярах на проксимальних поверхнях. Діагностику глибокого проксимального карієсу у більшості випадків проводять методом візуальної оцінки каріозної порожнини після препарування (71,8±3,06%). Майже однакова кількість лікарів під час діагностики глибини каріозного процесу використовують візуальну оцінку порожнини до препарування та додатково рентгенологічний метод оцінювання глибини (12,9±2,28 та 15,3±2,45% респондентів відповідно). Значної відмінності щодо використання діагностичних критеріїв стосовно глибоких каріозних уражень проксимальних поверхонь серед різних груп лікарів не відзначали.

Найпоширенішими методами лікування глибоких каріозних уражень серед респондентів був метод непрямого покриття пульпи одномоментно або з відтермінованим пломбуванням каріозних порожнин із використанням кальцієвмісних засобів (49,05±3,4 та 33,2±3,21% анкетованих). 9,1±1,96% опитаних лікарів не використовували кальцієвмісних лікувальних прокладок під час пломбування, 8,6±1,91% респондентів основним методом лікування глибоких проксимальних каріозних уражень вважають метод ампутації пульпи (табл. 1).

Отже, за даними анкетування лікарів із



Мал. 1. Критерії проведення пульпотомії при лікуванні тимчасових зубів, залежно від досвіду роботи лікаря, %

практичним досвідом роботи до 5 років виявили: 87,0±4,61% анкетованих вважають, що прийняти рішення про вибір методу лікування глибоких каріозних уражень проксимальних поверхонь для них складніше, ніж при лікуванні глибоких каріозних порожнин жувальних поверхонь. Окрім цього, 87,0±4,61% лікарів також зазначили, що частіше спостерігають або очікують ускладнення при консервативному лікуванні проксимальних каріозних уражень, порівняно з карієсом жувальних поверхонь.

Більшість лікарів (69,6±6,31%) у щоденній практиці використовують візуальну оцінку глибини порожнини після препарування, лише 17,4±5,2% оцінюють глибину каріозного процесу до препарування і 13±4,62% анкетованих глибину карієсу тимчасових зубів визначають за допомогою діагностичних рентгенограм. При лікуванні глибоких каріозних уражень проксимальних поверхонь тимчасових молярів лікарі найчастіше застосовують метод непрямого покриття пульпи (одноетапне

пломбування) з використанням кальцієвмісних засобів у вигляді лікувальної прокладки (56,5±6,8%), 17,4±5,2% – не використовують кальцієвмісних засобів під постійні пломби, а для 26±6,02% основним є метод непрямого покриття пульпи з відтермінованим пломбуванням глибоких проксимальних порожнин з використанням кальцієвмісних засобів між відвідуваннями.

Критерієм проведення пульпотомії у тимчасових зубах для більшості лікарів є відкрита порожнина зуба (69,5±6,32%) або розкритий ріг пульпи під час препарування (21,7±5,66%). Лише 8,7±3,87% використовують методику пульпотомії за наявності глибоких каріозних уражень жувальних поверхонь, не проводять пульпотомію при глибоких проксимальних каріозних ураженнях тимчасових зубів (мал. 1). Більшість анкетованих лікарів (87±4,61%) надають перевагу методу девітальної пульпотомії і лише 13±4,62% застосовують метод вітальної ампутації пульпи (мал. 2).

За аналізом результатів анкетування лікарів з практичним досвідом роботи від 5 до 10 років, 90,5±3,99% відзначили, що складніше діагностувати і лікувати проксимальні глибокі каріозні ураження тимчасових зубів, ніж діагностувати і лікувати глибокі ураження на оклюзійних поверхнях зубів. Також 85,7±4,76% фахівців частіше спостерігають ускладнення або очікують їх виникнення при лікуванні глибоких каріозних порожнин проксимальних поверхонь зубів, порівняно з карієсом жувальних поверхонь.

Щодо діагностичних критеріїв оцінки глибини каріозних проксимальних порожнин, то 66,6±6,41% лікарів оцінюють цей показник візуально після препарування каріозної порожнини, 14,3±4,76% використовують рентгенологічний метод дослідження, і 19±5,33% оцінюють глибину уражень візуально до препарування. Більшість лікарів (57,1±6,73%) найчастіше у своїй практиці використовують метод непрямого покриття пульпи (одноетапне пломбування глибоких проксимальних каріозних уражень) з використанням кальцієвмісних середників. Метод відтермінованого пломбування із застосуванням кальцієвмісних лікувальних прокладок між відвідуваннями найпоширеніший серед 28,6±5,95% анкетованих; 9,5±3,99% лікують глибокі проксимальні каріозні ураження одноетапно без кальцієвмісних прокладок; 4,8±2,9% лікарів надають

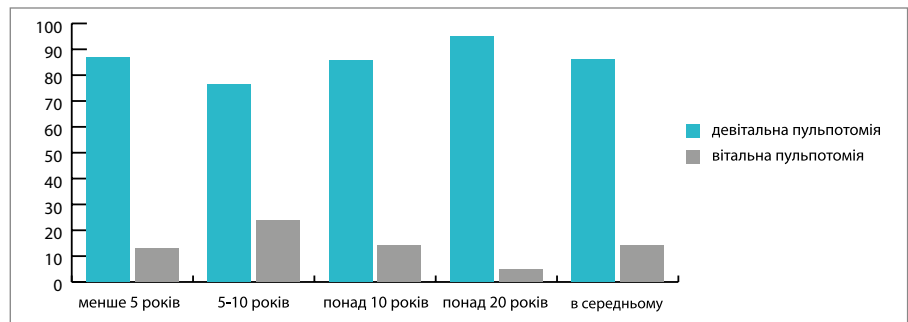
Таблиця 1. Методи лікування глибоких каріозних порожнин, які використовують лікарі з різним досвідом роботи

Досвід роботи лікарів-практиків, роки	Методи непрямого покриття пульпи			Пульпотомія, %
	одноетапний без використання кальцієвмісних засобів, %	одноетапний з використанням кальцієвмісних засобів, %	двоетапний з використанням кальцієвмісних засобів, %	
менше 5	17,4±5,2	56,5±6,8	26±6,02	0
5–10	9,5±3,99	57,1±6,71	28,6±6,14	4,8±2,9
10–20	9,5±3,95	47,6±6,73	33,3±6,35	9,5±3,95
понад 20	0	35±6,55	45±6,83	20±5,49
в середньому	9,1±1,96	49,05±3,4	33,2±3,21	8,6±1,91

перевагу методу ампутації пульпи при лікуванні глибоких проксимальних каріозних уражень. Водночас більшість респондентів цієї групи використовують метод пульпотомії в разі розкриття рогу пульпи під час препарування каріозних уражень зубів ($52,4 \pm 6,79\%$); $33,3 \pm 6,41\%$ – пульпотомію за наявності відкритої порожнини зуба і $9,5 \pm 3,99\%$ – метод ампутації пульпи у разі глибокого проксимального карієсу. Девітальна ампутація є основною методикою пульпотомії для $76,2 \pm 5,79\%$ анкетованих лікарів, у $23,8 \pm 5,79\%$ надають перевагу методиці вітальної ампутації пульпи. Загалом значної різниці між діагностичними та лікувальними підходами, використовуваними лікарями у державних та приватних стоматологічних установах, не спостерігали.

За даними анкетування лікарів із практичним досвідом роботи понад 10 років, $76,2 \pm 5,74\%$ анкетованих відзначили, що складніше діагностувати і лікувати глибокі каріозні ураження проксимальних поверхонь тимчасових зубів, порівняно з діагностично-лікувальними процедурами глибоких порожнин, локалізованих на оклюзійних поверхнях зубів. Більшість ($76,2 \pm 5,74\%$) опитаних глибину проксимального карієсу оцінюють методом візуальної оцінки після препарування каріозної порожнини, $19 \pm 5,28\%$ – за допомогою рентгенологічного методу діагностики, $4,8 \pm 2,88\%$ – методом візуальної оцінки глибини каріозної порожнини до препарування під час діагностики карієсу.

Найпоширенішими методами лікування глибоких проксимальних каріозних уражень тимчасових зубів для цієї групи лікарів є методи непрямого покриття пульпи (з одноетапним або відтермінованим пломбуванням каріозних порожнин) з використанням кальцієвмісних засобів ($47,6 \pm 6,73$ та $33,3 \pm 6,35\%$ відповідно); $9,5 \pm 3,95\%$ лі-



Мал. 2. Найчастіше застосовувані лікарями методики пульпотомії, залежно від досвіду роботи, %

карів найчастіше не використовують лікувальні прокладки при одноетапному пломбуванні глибоких проксимальних порожнин, $9,5 \pm 3,95\%$ застосовують метод ампутації пульпи. Провідним діагностичним критерієм при прийнятті рішення щодо проведення пульпотомії, найчастіше є розкритий ріг пульпи під час препарування ($57,1 \pm 6,67\%$ лікарів). Відкрита порожнина зуба також є підставою для вибору методу ампутації пульпи як лікувальної методики для $28,6 \pm 6,09\%$ фахівців. Методику ампутації пульпи при лікуванні глибоких каріозних уражень проксимальних та жувальних поверхонь тимчасових зубів використовують $14,3 \pm 4,72\%$ анкетованих лікарів. Метод девітальної ампутації пульпи практикують $85,7 \pm 4,72\%$ лікарів, $14,3 \pm 4,72\%$ – метод вітальної пульпотомії під час лікування тимчасових зубів. Значної відмінності між діагностикою та лікуванням глибоких каріозних уражень тимчасових зубів між лікарями, які працюють у державних і приватних стоматологічних установах, не спостерігали.

Результати анкетування лікарів з практичним досвідом роботи понад 20 років виявили, що для більшості з них ($80 \pm 5,49\%$) діагностика і лікування проксимальних глибоких каріозних уражень є складнішими, порівняно з глибокими ураженнями жувальних поверхонь. $75 \pm 5,94\%$ респондентів глибину проксимального каріозного процесу оцінюють візуально після

препарування, $15 \pm 4,9\%$ – додатково використовують метод рентгенологічного обстеження і $10 \pm 4,12\%$ оцінюють глибину карієсу візуально до препарування. Лікування глибоких проксимальних каріозних уражень тимчасових зубів більшість лікарів цієї групи проводять методом непрямого покриття пульпи із відтермінованим пломбуванням порожнин, використовуючи кальцієвмісні засоби між відвідуваннями ($45 \pm 6,83\%$). $35 \pm 6,55\%$ глибокі проксимальні каріозні ураження лікують методом непрямого покриття пульпи одноетапно, використовуючи лікувальні прокладки на основі гідроксиду кальцію, $20 \pm 5,49\%$ респондентів під час лікування глибоких каріозних уражень, локалізованих на проксимальних поверхнях, надають перевагу методу ампутації пульпи. Діагностичними критеріями, з урахуванням яких обирають тактику проведення ампутації пульпи, для більшості лікарів є розкритий ріг пульпи під час препарування ($50 \pm 6,86\%$) або наявність глибоких проксимальних каріозних уражень тимчасових молярів ($25 \pm 5,94\%$). Для $20 \pm 5,49\%$ вибір цієї методики пов'язаний з наявністю відкритої порожнини зуба, $6 \pm 3,26\%$ респондентів – із наявністю глибокого каріозного ураження жувальної поверхні зуба. $95 \pm 2,99\%$ лікарів цієї групи надають перевагу девітальному методу ампутації пульпи. Слід відзначити, що суттєвих відмінностей у застосуванні діагностичних та лікувальних методик

Таблиця 2. Взаємозв'язок між методами лікування глибоких каріозних порожнин та практичним досвідом роботи лікарів

	Методи непрямого покриття пульпи			Пульпотомія
	одноетапний без використання кальцієвмісних середників	одноетапний з використанням кальцієвмісних середників	двоетапний з використанням кальцієвмісних середників	
Коефіцієнт кореляції з досвідом роботи	-0,95*	-0,97*	0,98*	0,99*

Примітка: *коефіцієнт кореляції достовірний ($p < 0,05$)

лікарями, які працюють у державних та приватних стоматологічних установах, також не виявили. Водночас лікарі із досвідом роботи до 5 років при лікуванні глибокого проксимального карієсу не використовують метод ампутації пульпи, на відміну від лікарів з досвідом роботи понад 5 років.

Основним показанням до проведення пульпотомії у тимчасових зубах більшість лікарів вважають розкритий ріг пульпи під час препарування каріозної порожнини ($44,7 \pm 3,39\%$ респондентів) або наявність відкритої порожнини зуба ($38,8 \pm 3,32\%$). Глибокий проксимальний і оклюзійний карієс є критеріями для проведення пульпотомії лише для $5,9 \pm 1,6\%$ та $10,6 \pm 2,09\%$ анкетованих лікарів. Однак, жоден лікар з досвідом роботи до 5 років не вважає наявність глибоких проксимальних каріозних уражень підставою для проведення пульпотомії, на відміну від лікарів з практичним досвідом понад 5 років. Методика девітальної ампутації пульпи є основною під час проведення пульпотомії для $85,9 \pm 2,37\%$ опитаних; $14,1 \pm 2,37\%$ лікарів надають перевагу вітальній пульпотомії, причому найчастіше цю методика використову-

ють лікарі з досвідом роботи від 5 до 10 років. Відзначимо, що тенденції щодо діагностики та лікування серед лікарів державних і приватних стоматологічних установ приблизно однакові.

Для вивчення взаємозв'язку між методами лікування глибокого карієсу та досвідом роботи лікарів, розраховували лінійний коефіцієнт кореляції методом Пірсона (табл. 2).

Встановили наявність достовірного сильного зворотного кореляційного зв'язку між практичним досвідом роботи лікарів та часткою одноетапних методів непрямого покриття пульпи: як з використанням кальцієвмісних засобів ($r = -0,97$; $p < 0,05$), так і без їх використання ($r = -0,95$; $p < 0,05$). Це означає, що зі збільшенням досвіду роботи достовірно зменшується частка використання цих методів лікування. Водночас з'ясували, що існує достовірний прямиий кореляційний зв'язок між практичним досвідом роботи лікарів та застосуванням двоетапного методу непрямого покриття пульпи з кальцієвмісними засобами ($r = +0,98$; $p < 0,05$) та методу пульпотомії ($r = +0,99$; $p < 0,05$). Отож, зі збільшенням досвіду роботи

лікарів-стоматологів достовірно зростає частка саме цих методів.

ВИСНОВКИ

Лікування глибокого карієсу проксимальних поверхонь тимчасових молярів для більшості анкетованих лікарів є складнішим завданням та прогностично менш сприятливим, порівняно з лікуванням карієсу жувальних поверхонь. Як основний метод лікування глибокого карієсу проксимальних поверхонь тимчасових молярів переважно лікарі обирають метод непрямого покриття пульпи з використанням кальцієвмісних лікувальних прокладок. Зі збільшенням практичного досвіду зростає частка використання методу пульпотомії при лікуванні глибокого карієсу тимчасових молярів. Під час ампутації пульпи у випадку лікування глибокого карієсу тимчасових молярів, найпоширенішими є девітальні методи. Вважаємо за необхідне проводити серед лікарів роз'яснювальну роботу щодо методик лікування глибокого карієсу, які ґрунтуються на результатах новітніх наукових досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Каськова Л.Ф. Динаміка показників карієсу тимчасових зубів у дітей при проведенні профілактичних заходів / Л.Ф. Каськова, Г.О. Аджитова, О.Е. Бережна, Л.І. Амосова // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2013, №1. – С.18–20.
2. Хоменко Л.О. Ранній карієс тимчасових зубів: перспективи вирішення проблеми / Л.О. Хоменко, Н.В. Біденко // Клінічна стоматологія. – 2011, №1–2. – С. 64–68.
3. Чижевський І.В. Карієс зубів у дітей молодшої вікової групи / І.В. Чижевський, В.С. Стулікова, М.Д. Кирієнко // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2010, №1. – С. 38–41.
4. Безвушко Е.В. Ураженість карієсом молочних зубів у дітей Львівської області / Е.В. Безвушко, Е.В. Чухрай // Тези ювілейної міжнародної науково-практичної конференції. Івано-Франківськ. – 2009:69.
5. Ковач І.В. Заболоваемость кариесом зубов и уровень гигиенического состо-

- яння полости рта у детей дошкольного возраста г. Днепропетровска / И.В. Ковач, А.В. Штомпель // Вісник стоматології. – 2010, №3. – С. 78–79.
6. Денга О.В. Стоматологічна захворюваність і рівень гігієни порожнини рота у дошкільнят 3-6 років м. Запоріжжя / О.В. Денга, М.А. Гавриленко, В.С. Іванов, І.А. Спічка // Вісник стоматології. – 2007, №4. – С. 22–28.
 7. Федак П.П. Оцінка стоматологічного статусу дітей м. Чернівці / П.П. Федак, М.М. Рожко, Р.М. Назарук // Буковинський медичний вісник. – 2010, №3 (55). – С. 88–91.
 8. Дубецька І.С. Особливості клінічного перебігу та профілактики карієсу молочних зубів: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.01.22 / Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького. – Л., 2007. – 19 с.
 9. Смоляр Н.І. Ураженість карієсом зубів у дітей раннього віку / Н.І. Смоляр, Х.Г. Мусій-Семенців // Український стоматологічний альманах. – 2011, № 5. – С. 67–70.
 10. Duggal M.S., Curzon M.E.J., Fayle S.A., Tumba K.J., Robertson A.J. // Restorative Techniques in Paediatric Dentistry. Second edition. – 2002. – С. 47.
 11. Kassa D. Histological comparison of pulpal inflammation in primary teeth with occlusal or proximal caries / D. Kassa, P. Day, A. Hjjh & M. Duggal // International Journal of Paediatric Dentistry. – 2009, №19. – P. 26–33.
 12. Qudeimat M.A. Restorative treatment decisions for deep proximal carious lesions in primary molars / M.A. Qudeimat, F.A. Al-Saiegh, Q. Al-Omari, R. Omar // Eur. Arch. Paediatr. Dent. – 2007, №8 (1). – С. 37–42.
 13. Rodd H.D. British Society of Paediatric Dentistry. Pulp therapy for primary molar / H.D. Rodd, P.J. Waterhouse, A.B. Fuks, S.A. Fayle, M.A. Moffat // Int. J. Paediatr. Dent. – 2006, №16 (Suppl. 1). – P. 15–23.
 14. Біденко Н.В. Структура ураженості тимчасових зубів раннім карієсом / Н.В. Біденко // Український стоматологічний альманах. – 2011, №2. – С. 6–8.
 15. Безвужко Е.В. Порівняльна оцінка ураженості карієсом тимчасових молярів у дітей з використанням індексу ICDAS II / О.Б. Гринишин, Е.В. Безвужко // Вісник стоматології. – 2014, №1. – С. 69–74.

REFERENCES

1. Kaskova, L.F., Akhzytova, H.O., Berezhna, O.E. & Amosova, L.I. (2013). Dynamika pokaznykh kariiesu tymchasovykh zubiv u ditei pry provedenni profilaktychnykh zakhodiv. *Profilaktychna ta dytiacha stomatolohiia*, 1, 18–20 (in Ukrainian).
2. Khomenko, L.O. & Bidenko, N.V. (2011). Rannii kariies tymchasovykh zubiv: perspektvy vyryshennia problemy. *Klinichna stomatolohiia*, 1–2, 64–68 (in Ukrainian).
3. Chyzhevskiy, I.V., Stulikova, V.S. & Kyriienko, M.D. (2010). Kariies zubiv u ditei molodshoi vikovoi hrupy. *Profilaktychna ta dytiacha stomatolohiia*, 1, 38–41 (in Ukrainian).
4. Bezvushko, E.V. & Chukhrai, E.V. (2009). Urazhenist kariiesom molochnykh zubiv u ditei Lvivskoi oblasti. *Tezy yuvileinoi mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii*. Ivano-Frankivsk (in Ukrainian).
5. Kovach, I.V. & Shtompel, A.V. (2010). Zabolevaemost' kariiesom zubov i uroven' giyienicheskogo sostojaniija polosti рта u detej doshkol'nogo vozrasta g. Dnepropetrovska. *Visnik stomatologii*, 3, 78–79 (in Russian).
6. Dienha, O.V., Havrylenko, M.A., Ivanov V.S., & Spichka, I.A. (2007). Stomatolohichna zakhvoriuvanist i riven hihiieny porozhnyny rota u doshkilniat 3-6 rokov m. Zapozhzhia. *Visnyk stomatologii*, 4, 22–28 (in Ukrainian).
7. Fedak, P.P., M.M. Rozhko, & Nazaruk, R.M. (2010). Otsinka stomatolohichnogo statusu ditei m. Chernivtsi. *Bukovynskiy medychnyi visnyk*, 3 (55), 88–91 (in Ukrainian).
8. Dubetska, I.S. (2007). Osoblyvosti klinichnogo perebihu ta profilaktyky kariiesu molochnykh zubiv: *Extended abstract of Doctor's thesis*. Lviv (in Ukrainian).
9. Smoliar, N.I., & Musii-Sementsiv, Kh.H. (2011). Urazhenist kariiesom zubiv u ditei rannoho viku. *Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh*, 5, 67–70 (in Ukrainian).
10. Duggal, M.S., Curzon, M.E.J., Fayle, S.A., Tumba, K.J., & Robertson, A.J. (2002). *Restorative Techniques in Paediatric Dentistry*. Second edition, 47 (in English).
11. Kassa, D., Day, P., Hjjh, A. & Duggal, M. (2009). Histological comparison of pulpal inflammation in primary teeth with occlusal or proximal caries. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 19, 26–33 (in English).
12. Qudeimat, M.A., Qudeimat, M.A., Al-Saiegh, F.A., Al-Omari, Q., & Omar, R. (2007). Restorative treatment decisions for deep proximal carious lesions in primary molars. *Eur. Arch. Pediatr. Dent.*, 8 (1), 37–42 (in English).
13. Rodd, H.D., Waterhouse, P.J., Fuks, A.B., Fayle, S.A., Moffat, M.A. (2006). British Society of Paediatric Dentistry. Pulp therapy for primary molar. *Int. J. Paediatr. Dent.*, 16 (Suppl. 1), 15–23 (in English).
14. Bidenko, N.V. (2011). Struktura urazhenosti tymchasovykh zubiv rannim kariiesom. *Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh*, 2, 6–8 (in Ukrainian).
15. Bezvushko, E.V., Hrynyshyn, O.B., & Bezvushko, E.V. (2014). Porivnialna otsinka urazhenosti kariiesom tymchasovykh moliariv u ditei z vykorystanniam indeksu ICDAS II. *Visnyk stomatologii*, 1, 69–74 (in Ukrainian).

Стаття надійшла в редакцію 11 жовтня 2016 року