

горнорудной промышленности / Л. М. Сааркопель // Медицина труда и промышленная медицина. – 2007. – № 12. – С. 17-22.

6. **Hunstadbraten K.** Bergverk oder tannverk. / Hunstadbraten K. Tidsskr Nor Laegeforen. – 1998. – S. 4691-4692.

7. **Вибропародонтальный синдром.** / Под ред. Т. В. Никишиной, Е. Н. Родина. – Москва: Медицина, 2003. – 286 с.

8. Борисенко А. В. Практична пар одонтологія. Науково-методичне видання / А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельнікова. – К. : ТОВ "Доктор-Медіа", 2011. – 472 с.

REFERENCES

1. **Anifaev T. M.** Sostoyaniye polosti rta u rabochih zhelezorudnogo proizvodstva [Oral health workers iron production]. Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. Kiev, 1971: 25.

2. **Makarenko N. A., Beletsky V. S., Pidpalaya G. P. i dr.** Gigiena truda i profilaktika profzabolevaniy v gornorudnoy promyshlennosti [Occupational health and prevention of occupational diseases in the mining industry]. Kiev. Zdorov'e. 1979 :136 p.

3. **Shevchenko A. M., Javoriv A. P.** Gigijena praci. Metody doslidzhen' ta sanepidnaglad [Occupational Health. Methods of Research and Surveillance]. Vinnyca: Nova knyga. 2005 : 552.

4. Environmental and Occupational Medicine. ed. W.N. Rom 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007:1904.

5. **Saarkopel L. M.** Comparative evaluation of health workers hornorudnoy industry. Health Labor and Industrial Medicine. 2007;12:17-22.

6. **Hunstadbraten K.** Bergverk oder tannverk. Tidsskr Nor Laegeforen. 1998: 4691-4692.

7. **Nykytynoy T. V., Rodina E. N.** Vybroparodontalny syndrome. Moscow: Medicina, 2003 : 286 p.

8. Borysenko A. V., Antonenko M.Y., Sidelnikova L. F. Practical pairs odontology. Scientific and methodological publications. Kiev. "Doctor-Media", 2011:472.

Поступила 15.01.15



УДК 616.314.17-002

О. В. Любченко д. мед. н.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕМЕНТА ГИДРАВЛИЧЕСКОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА

Развитие осложненного кариеса и процесс его лечение часто сопровождается появлением патологического дефекта, сообщающегося с периодонтием. Наличие эндодонтического дефекта обуславливает необходимость создания герметичного барьера, предотвращающего инфицирование системы корневого канала. В статье автором представлены результаты лечения 32 пациентов с осложненным кариесом в сочетании с эндодонтическими дефектами. Проведена оценка результатов лечения с применением отечественного гидравлического цемента Рестапекс в сравнении с импортным аналогом Pro root MTA в динамике. Результаты лечения оценивали по клиническим и рентгенологическим критериям сразу после лечения и через год, 2 года и 4 года после лечения. Определили высокий уровень успеха эндодонтического лечения при применении отечественного гидравлического цемента, сопоставимый по эффективности с импортным аналогом.

Ключевые слова: эндодонтические дефекты, корневые каналы, МТА-цементы.

О. В. Любченко

Харківська медична академія післядипломної освіти

РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕМЕНТУ ГІДРАВЛІЧНОГО ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНОГО КАРІЕСУ

Розвиток ускладненого карієсу та процес його лікування часто супроводжується появою патологічного дефекту, що поєднується з періодонтием. Наявність ендодонтичного дефекту обумовлює необхідність створення герметичного бар'єру, що припиняє інфікування системи корневого каналу. У статті автором представлені результати лікування 32 пацієнтів з ускладненим карієсом, поєднаним з ендодонтичними дефектами. Проведена оцінка результатів лікування із застосуванням вітчизняного гідрравлічного цемента Рестапекс у порівнянні з імпортом аналогом Pro root MTA в динаміці. Результати лікування оцінювали за клінічними та рентгенологічними критеріями безпосередньо після лікування, через рік, 2 роки та 4 роки після лікування. Визначили високий рівень успіху ендодонтичного лікування при застосуванні вітчизняного гідрравлічного цемента, що співпадає за ефективністю з імпортом аналогом.

Ключові слова: ендодонтичні дефекти, кореневі канали, МТА-цементи.

О. В. Lubchenko

Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education

RESULTS OF APPLICATION OF HYDRAULIC CEMENT IN THE TREATMENT OF COMPLICATED CARIES

ABSTRACT

The development of complicated caries and its treatment are often accompanied by the appearance of a pathological defect communicating with periodontium. The presence of the endodontic defect causes the necessity of creating a sealed barrier to prevent infection of the root canal system. In the article, the author presents the results of treatment of 32 patients with complicated caries in conjunction with endodontic defects. Evaluation of the results of the treatment with the use of domestic hydraulic cement Restapeks in comparison with its foreign analogue Pro root MTA is given in dynamics. The results of the treatment were assessed by clinical and radiographic criteria immediately after the treatment and a year, 2 years and 4 years after the treatment. High success rates of the endodontic treatment with the use of the domestic hydraulic cement, comparable with the efficiency of the foreign analogue were determined.

Key words: endodontic defects, root canals, MTA-cements.

Появление дефекта в виде патологического сообщения системы корневого канала с периодонтием часто сопровождает развитие осложненного кариеса или процесс его лечения [3].

Чаще всего встречаются такие дефекты как перфорации дна и стенок пульповой камеры, перфорации корневого канала на различных уровнях, внутрикорневые и внешние резорбции корней, незавершенное формирование верхушек корней и т.д. Причиной образования эндодонтического дефекта обычно становится неудачное эндодонтическое лечение, попытки

распломбировки корневого канала при повторном эндодонтическом лечении, последствия длительного воспалительного процесса в пульпе или в периодонте, травма и т. д. [2].

По данным различных авторов [1, 5] частота эндодонтических перфораций составляет от 3 % до 12 % всех осложнений при лечении пульпита и периодонтита. Под эндодонтической перфорацией понимают патологическое или ятрогенное сообщение пульпарной камеры с периодонтальными тканями. Оно имеет характерную клинику, сложное лечение и серьезный прогноз. Появившееся в результате перфорации соустье между полостью зуба и периодонтом является источником инфицирования последнего с развитием деструктивных процессов, которые часто становятся причиной удаления зуба.

Эндодонтические перфорации проявляются различными симптомами в зависимости от срока давности: ранние – характеризуются кровоточивостью, а поздние – характеризуются ноющими болями, болями при накусывании, иногда абсцедированием.

Еще одной разновидностью эндодонтических дефектов является разрушение апикальной стрикции и изменение объема верхушки корня. Подобные изменения возникают при длительно текущих деструктивных процессах в периодонте (гранулематозный периодонтит, кистогранулема), ранее полученной травме, ранее произведенной резекции верхушки корня, неудачно проведенном эндодонтическом лечении с формированием «верхушечной» перфорации и т.д. Увеличение размера верхушечного отверстия корневого канала создает сложности на всех этапах эндодонтического лечения - невозможность создания апикального упора, выведение медикаментов и пломбировочных паст за апекс. Создаются благоприятные условия для разгерметизации и реинфицирования системы корневого канала.

Принципы лечения эндодонтических дефектов не зависят от локализации и причины возникновения одинаковы. Первостепенной задачей является создание герметичного стабильного барьера между периодонтом и системой корневых каналов. Современная эндодонтия предъявляет высокие требования к материалам, применяемым для восстановления дефектов тканей корня зуба, в числе которых: биологическая совместимость, надежная краевая герметизация, бактерицидность и бактериостатичность, создание благоприятных условий для репаративных процессов, легкость клинического применения, рентгенконтрастность и нерастворимость в тканевых жидкостях [6]. На сегодняшний день наиболее оптимальными материалами для закрытия эндодонтических дефектов стали МТА – цементы.

Одной из совместных разработок компании «La Tus» г. Харьков и кафедры стоматологии и терапевтической стоматологии ХМАПО стал цемент гидравлический Рестапекс [4, 7, 8].

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения цемента гидравлического Рестапекс при лечении эндодонтических дефектов и сравнить с результатами применения зарубежного аналога Pro Root МТА.

Материалы и методы. В нашем исследовании мы провели эндодонтическое лечение у 32 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с осложненным кариесом в сочетании с различными эндодонтическими дефектами. У 19 пациентов, которые составили основную группу закрытие дефектов было произведено с применением гидравлического цемента Рестапекс (La Tus, г. Харьков), а у 13 пациентов группы сравнения использовали МТА цемент Pro Root МТА (Dentsply). В группу больных с эндодонтическими дефектами было отобрано 13 пациентов с перфорациями дна и стенок пульповой камеры (9 человек в основной группе и 4 – в группе сравнения), а также 19 пациентов с широкими и резорбированными апикальными отверстиями (11 человек в основной группе и 8 – в группе сравнения) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от вида эндодонтического дефекта, (%)

Эндодонтические дефекты	Основная группа n=20	Группа сравнения n=12	Всего n=32
Резорбция верхушки, широкое апикальное отверстие	11	8	19
Перфорации	9	4	13

Примечание: n- количество пациентов в группах.

У пациентов с перфорациями давность формирования дефекта была различной. У 7 пациентов были свежие перфорации, а у 6 пациентов – застарелые. Все перфорации были в многокорневых зубах. Размер перфорационных отверстий колебался от 0,3 до 2, 5 мм.

Резорбции верхушки корня наблюдались у пациентов с длительно текущими формами гранулирующего и гранулематозного периодонтита. Причем в 12 случаях лечение проводилось в однокорневых зубах, а в 7 случаях резорбция возникала в широких корнях многокорневых зубов. Размеры резорбированных верхушечных отверстий находились в пределах от 50 до 80 по стандарту ISO. Пациенты были отобраны для лечения в хронической стадии воспаления.

Лечение осложненного кариеса проводили в два посещения. В первое посещение производили препаровку кариозной полости, раскрывали полость зуба и формировали корневые каналы. Препаровку корневых каналов проводили с применением Тримгеля и Тримлата (La Tus, г. Харьков) системой Endo-Express® Safe-Siders, добавляя по необходимости обработку ручными инструментами.

Ирригацию осуществляли 3 % гипохлоритом натрия. Подготовленный зуб промывали дистиллированной водой и высушивали. Корневые каналы, не связанные с дефектом в многокорневых зубах, пломбировали композиционным материалом для постоянного пломбирования Цитофилом F (La Tus, г. Харьков) методом центрального штифта. В месте эндодонтического дефекта создавали барьер не менее 3 мм толщиной из Рестапекса или Pro Root МТА в основной группе и группе сравнения соответственно. По-

верх МТА цемента укладывали увлажненный тампон и закрывали кариозную полость временным фотополимерным материалом Темполат (La Tus, г. Харьков).

Во второе посещение снимали временную пломбу, оценивали степень полимеризации барьера из МТА и заканчивали пломбирование корневого канала и кариозной полости.

Корневые каналы пломбировали Цитофилом F (La Tus, г. Харьков) методом центрального штифта. Коронковую реставрацию также проводили Лателюксом (La Tus, г. Харьков).

Эффективность лечения оценивали по следующим критериям:

- По степени полимеризации МТА цемента (оценка проводится во время второго посещения).

- В качестве клинических критериев удовлетворительного лечения использовали отсутствие жалоб и признаков воспалительного процесса.

- По данным рентгенологического исследования. Кроме оценки качества obturation большое внимание уделялось индексу СДВП (степени выраженности деструкции верхушечного периодонтита) [9].

Результативность лечения оценивали непосредственно после лечения, через год, 2 года и 4 года после лечения. Клинически также обращали внимание на отсутствие обострения воспалительного процесса, отсутствие болезненности при перкуссии и пальпации, отсутствие патологической подвижности зуба, сохранение функции зуба. Рентгенологически оценивали наличие процессов регенерации в периапикальных тканях при деструктивных формах периодонтита, и отсутствие деструктивных процессов в зоне тканей, окружающих перфорационные дефекты, также оценивали сохранение объемной obturation корневого канала в его пределах, уменьшение значения индекса СДВП.

Результаты и их обсуждение. При оценке клинических критериев эффективности лечения во второе посещение от начала лечения было обнаружено, что у 2-х (10,5±5,4) % пациентов основной группы не произошло отверждение материала в дефекте. Из них у одного пациента с перфорацией дна пульповой камеры с диаметром более 2 мм, и у одного с резорбированной верхушкой корня. У 3-х человек, что составляет (15,8±6,5) % от объема основной группы, отмечено появление болей при накусывании и незначительный отек мягких тканей по переходной складке в области причинного зуба. В группе сравнения неудовлетворительные клинические критерии успеха лечения во второе посещение обнаружены практически у такого же количества больных: у 1-го пациента неотверждение материала (7,7 %) и у 2-х – обострение воспалительного процесса (15,4 %) (табл. 2).

Во всех случаях неудачи произведена замена цемента на новую порцию и назначены нестероидные противовоспалительные препараты сроком на 5 дней, а эндодонтическое лечение закончено в третьем посещении.

Всем пациентам на момент закрытия эндодонтических дефектов был определен индекс СДВП (табл. 3).

Таблица 2

Сравнительная оценка клинической эффективности применения Рестапекса и Pro Root МТА непосредственно после лечения, (%)

Группы наблюдения	Клиническая оценка	
	Отсутствие отверждения	Обострение процесса
Основная группа (Рестапекс), n=19	2 (10,5±5,4)	3 (15,8±8,7)
Группа сравнения (PRO ROOT), n=13	1 (7,7±6,8)	2 (15,4±9,3)

Примечание: n – количество пациентов в группе.

Далее пациенты обеих групп были вызваны на контрольный осмотр через год, 2 года и 4 года. Клинически у 100 % пациентов обеих групп наблюдался удовлетворительный результат лечения. Ни один пациент за период наблюдения не отмечал жалоб, перкуссия у всех пациентов безболезненная, коронковые реставрации сохранены.

На рентгенограммах пролеченных зубов новых очагов деструкции в зонах эндодонтических дефектов не обнаружено, а в ранее описанных очагах наблюдается положительная динамика репарации костной ткани. Корневые реставрации полностью сохранены в объеме и равномерности.

Характер динамики СДВП в группах по всем видам эндодонтических дефектов под влиянием лечения представлен в табл. 3. Учитывая малочисленность групп (от 4-х до 11-ти больных) использовался непараметрический метод статистики ф-критерий. Из табл. 3 следует, что до лечения доля таких больных в зависимости от значений индекса СДВП в группах не имела существенных различий независимо от вида эндодонтического дефекта ($P>0,05$). Это означает, что до лечения сравниваемые группы были однородными по характеру патологии зуба, что позволяет объективно провести сопоставление у них терапевтического эффекта.

Через 1 год от начала лечения у больных с наличием резорбции и широким апикальным отверстием наметилась следующая тенденция. Низкие значения (1 балл) индекса СДВП в 3,4 раза чаще определялись в группе сравнения по отношению к основной группе (соответственно у 62,5 % и 18,2%; $P<0,05$). И, наоборот, у больных с перфорациями дна и стенок пульповой камеры низкие значения индекса СДВП (1 балл) были характерными для больных основной группы (55,6 %) и определялись в группе сравнения (0 %; $P<0,01$).

Через 2 года достоверных отличий в значениях СДВП между группами не установлено ($P>0,05$). Отмечена лишь тенденция закономерности, которая имела место через 1 год от начала лечения.

Через 4-е года эта тенденция продолжилась для больных с широким апикальным отверстием. Что касается больных с наличием перфорации дна и стенок пульповой камеры, то в основной группе получен более значимый лечебный эффект, так как доля таких

больных с низким (1 балл) значением индекса СДВП группы (100 %) чем в группе сравнения (75 %; достоверно чаще определялся среди лиц основной $P < 0,05$).

Таблица 3

**Динамика индекса СДВП в обследуемых группах
по видам эндодонтических дефектов под влиянием лечения**

Вид дефекта	Градации значений СДВП, баллы	Основная группа		Группа сравнения		Р
		абс	%	абс	%	
До лечения:						
Резорбция верхушки, широ- кое апикальное отверстие	4	4	36,4	4	50	>0,05
	5	7	63,6	4	50	>0,05
Перфорации	1	5	55,6	2	50	>0,05
	4	3	33,3	2	50	>0,05
	5	1	11,1	0	0	>0,05
Через 1 год :						
Резорбция верхушки, широ- кое апикальное отверстие	1	2	18,2	5	62,5	<0,05
	≥2	9	81,8	3	37,5	<0,05
Перфорации	1	5	55,6	0	0	<0,01
	≥2	4	44,4	4	100	<0,01
Через 2 года:						
Резорбция верхушки, широ- кое апикальное отверстие	1	10	90,9	8	100	>0,05
	5	1	9,1	0	0	>0,05
Перфорации	1	8	88,9	3	75	>0,05
	2-4	1	11,1	1	25	>0,05
Через 4 года:						
Резорбция верхушки, широ- кое апикальное отверстие	1	10	90,9	8	100	>0,05
	5	1	9,1	0	0	>0,05
Перфорации	1	9	100	3	75	<0,05*
	4	0	0	1	25	<0,05*

Примечание: * - односторонний критерий.

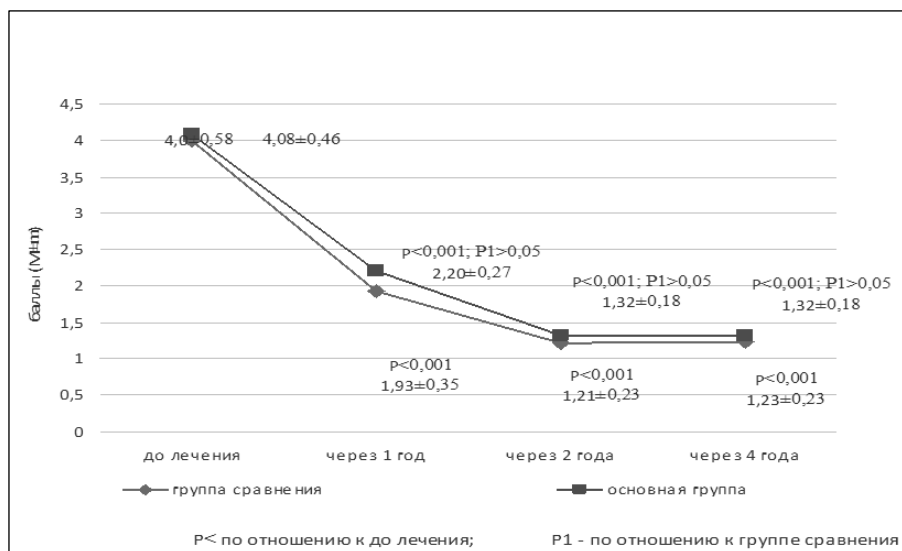


Рис. 1. Динамика значений индекса СДВП у больных с осложненным кариесом в сочетании с эндодонтическими дефектами под влиянием лечения.

Следовательно, использование материала Рестакс более предпочтительно по сравнению с материалом Pro Root МТА при лечении перфораций дна и стенок пульповой камеры. Учитывая, что распределение больных в группах в отношении значений индекса СДВП, независимо от вида эндодонтических дефектов было одинаковым, мы имеем основание для

определения и сопоставления средних значений индекса в группах (рис.).

Данные рис. свидетельствуют, что до лечения средние значения индекса СДВП были одинаково высокими и составили $4,08 \pm 0,46$ балла в основной группе и $4,0 \pm 0,58$ балла ($P > 0,05$) в группе сравнения.

Через 1 год от начала лечения значение индекса в основной группе снизилось в 1,8 раза ($2,20 \pm 0,27$ бал-

ла; $p < 0,01$). Через 2 года от начала лечения значение индекса СДВП в основной группе уменьшилось по сравнению с исходными данными в 3,1 раза ($1,23 \pm 0,23$ балла, $p < 0,001$).

Через 4 года наблюдения данные в обеих группах не изменились по сравнению с 2-х летним периодом наблюдения.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование материалов Рестапекс и Pro Root МТА при закрытии эндодонтических дефектов оказывает высокозначимое лечебное действие, направленное на нормализацию морфологических нарушений костной ткани в области пораженного зуба. В связи с тем, что по каждому из периодов наблюдения за больными, достоверных отличий между группами не установлено, это указывает на равноценность лечебного эффекта сравниваемых материалов в отношении устранения морфологических дефектов костной ткани в области пораженного зуба.

Перспективным направлением является дальнейшее изучение возможностей применения гидравлического цемента Рестапекс при лечении других форм кариеса и его осложнений.

Список литературы

1. Григорян А. С. Сравнительный анализ эффективности пломбировочных материалов различных типов при хирургическом устранении перфорации зубов (экспериментально-морфологическое исследование) / А.С. Григорян, Л. А. Григорьянц, М. И. Подойникова // Стоматология. – 2000. – № 4. – С. 9-13.
2. Кукушкин В. Л. О классификации эндодонтических перфораций / В. Л. Кукушкин, Е. А. Кукушкина // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 72-74.
3. Кукушкин В. Л. Эндодонтические перфорации (обзор литературы) / В. Л. Кукушкин, Е. А. Кукушкина // Эндодонтия today. – 2009. – № 2. – С. 8-13.
4. Любченко О. В. Использование материалов компании La Tus в практической эндодонтии / О. В. Любченко // Стоматолог. – 2011. – № 7-8 (157-158). – С. 4-6.
5. Любченко О. В. Техника формирования искусственного апикального барьера с применением гидравлического цемента / О. В. Любченко // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2012. – № 4. – С. 124-127.
6. Мамедова Л. А. Ошибки и осложнения в эндодонтии / Л. А. Мамедова, М. Н. Подойникова. – М., 2006. – 43 с.
7. Митронин А. В. Оценка герметичности корневых пломб и их клинической эффективности / А. В. Митронин, Д. С. Нехорошева // Эндодонтия today. – 2004. – № 1-2. – С. 3-6-41.
8. Пат. 32340 Україна. А 61К6/02 Матеріал для пломбування корневих каналів зубів / Ю. В. Бок, О. В. Любченко, В. Ф. Куцевляк, В. І. Бок, С. В. Івашченко и др. – № u 200800398; Заявл. 11.01.2008; Опубл. 12.05.2008, Бюл. № 9.
9. Скрипникова Т. П. Систематизация дефектов корней зубов, их клинко-рентгенологическая характеристика / Т. П. Скрипникова, С. В. Билоус // Методи поліпшення стоматологічної допомоги на Полтавщині : матеріали доповідей обласної наук.-практ. Конф. (Полтава-Лубни, 23-24 березня 2007 р.). – Полтава 2007. – С. 129-131.

REFERENCES

1. Grigoryan A. S. Grigoryants L. A., Podoinikova M. I. Comparative analysis of the effectiveness of different types of filling materials in the surgical removal of the perforation teeth (experimentally-morphological research). *Stomatologiya*. 2000;4: 9-13.
2. Kukushkin V. L., Kukushkina E. A. Classifications of endodontic perforations. *Dalnevostochniy meditsinskiy zhurnal*. 2008;4:72-74.
3. Kukushkin V.L., Kukushkina E. A. Endodontic perforations (review). *Endodontiya today*. 2009;2:8-13.
4. Lubchenko O. V. The use of La Tus materials in practical endodontics. *Stomatolog*. 2011;7-8 (157-158): 4-6.
5. Lubchenko O. V. The technique of artificial apical barrier formation using hydraulic cement. *Ukrayinskiy zhurnal klinichnoi ta laboratornoi medytyny*. 2012;4:124-127.
6. Mamedova L. A., Podoinikova M. N. Errors and complications in endodontics. Moscow; 2006:43.
7. Mitronin A. V., Nekhorosheva D. S. Evaluation of root fillings tightness and their clinical efficacy. *Endodontiya today*. 2004;1 - 2:3-6-41
8. Bock J. V., Lubchenko O. V., Kutsevlyak V. F., Bock B. I., Ivashchenko S. V. et al. .Pat. 32340 UKRAINE. A 61K6/02 Material for root canals filling - № u 200800398; Appl. 11.01.2008; Publ. 12-05-2008, Byul. № 9.
9. Skripnikova T. P., Bilous S. V. Sistematizatsiya defektov korney zubov, ikh kliniko-rentgenologicheskaya kharakteristika. *Metodi polipshennya stomatologichnoi dopomogi na Poltavshchini*. [Sestematization of the defects tooth their roots, their clinical and radiological characteristics. Methods of regional scientific-practic]. [Conf. (Poltava- Lubnu, 23-24 March 2007)]. *Poltava*; 2007:129-131.

Поступила 13.02.15



УДК 616.31-085:008.12

М. М. Шінкарук-Диковицька, к. мед. н.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І.Пирогова

ОЦІНКА СТАНУ РІЗЦІВ ТА ІКЛІВ ПІСЛЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Встановлено, що у соматично здорових чоловіків із різних регіонів України частота цілісних пломб різців та іклів за даними як стоматологічного обстеження, так і конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) на верхній щелепі має вищі значення, ніж на нижній щелепі та, навпаки відсутність пломб на нижній щелепі зустрічається частіше, ніж на верхній. Частота вторинного карієсу, у більшості випадків, визначається лише за даними КПКТ в окремих регіонах, переважно на верхній щелепі. Між представниками різних регіонів України встановлені лише поодинокі розбіжності при співставленні частоти стану пломб, а також вторинного карієсу, переважно для різців на верхній щелепі.

Ключові слова: різці, ікла, вторинний карієс, соматично здорові чоловіки, регіони України.