

старческого возраста с раком ободочной кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью /А. Г. Гринцов, В. Н. Буценко, Ю. Л. Куницкий, А. А. Христуленко, А. А. Ковалькова // Мат. II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. – 2011. – С.106 – 107.

4. Иващенко В.В. Лечение опухолевой толстокишечной непроходимости в условиях общехирургического стационара /В. В. Иващенко, В. С. Ковальчук // Архив клин. и экспериментальной медицины. – 2007. т. 16, №1. – С.44 – 47.

5. Boyle P. Leon M.E. Epidemiology of colorectal cancer. Brit. Med. Bull. 2002; 6 (4): 125.

6. Faivre J., Bouvier, C. Epidemiology and screening of colorectal cancer. Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2002; 16(2): 187 – 99.

7. Iarumov N., Viiachki, I., Korukov B. Tactics and operative methods in treating complicated colorectal cancer. Khirurgiia (Sofia). 1999; 55(6): 29 – 34.

Хворостов Е. Д., Цивенко А. И., Гринев Р. М., Бычков С. А., Шевченко Е. В.

Хирургическая тактика лечения больных колоректальным раком, осложненного острой obturационной кишечной непроходимостью

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Резюме. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 175 больных с раком ободочной и прямой кишки, осложнённым ООКН, находившихся на лечении в хирургическом отделении Харьковской клинической больницы на железнодорожном транспорте № 2 Филиал «Центр охраны здоровья» ПАТ «Украинская железная дорога» за период 2004–2015гг, у которых в качестве интраоперационных диссекторов-коагуляторов применялись монополярный электро- (МЭС) и ультразвуковой скальпели (УЗС). Определение тактики хирургического лечения должно быть строго индивидуальным, основываясь на стадии онкологического процесса, тяжести ОКН, наличии других осложнений

и степени операционно-анестезиологического риска. Проанализирована диагностическая ценность и целесообразность включения в диагностическую программу УЗИ ОБП. При необходимости следует избирать этапную тактику оперативного лечения с последующим проведением полихимио- либо химиолучевой терапии. Индивидуализация лечебной программы и использование УЗС позволили улучшить результаты лечения, послеоперационный койко-день составил 12±6 дней, послеоперационная летальность снизилась с 21,8% до 11,8%.

Ключевые слова: рак ободочной и прямой кишки, острая кишечная непроходимость (ОКН), ультразвуковой скальпель (УЗС).

E. D. Khvorostov, A. I. Tsyvenko, R. N. Hrynyov, S. A. Bychkov, E.V. Shevchenko

Surgical Treatment Tactic of Patients with Colorectal Cancer Complicated by Acute Obturation Intestinal Obstruction

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Abstract. The results of surgical treatment of 175 patients with colon and rectum cancer complicated by acute obturation intestinal obstruction (AOIO) were analyzed. The patients were treated at the Surgical Department of Kharkiv Railway Clinical Hospital №2 for the period from 2004 to 2015. Monopolar electrical scalpel (MES) and ultrasonic scalpel (USS) were used as intraoperative dissector-coagulators. Surgical treatment determination must be strictly individual, based on the cancer stage, the severity of intestinal obstruction, presence of other complications and the degree of surgical and anesthesiological risk. Staging operative tactic should be applied if necessary followed by chemotherapy or chemoradiotherapy. Individualization of treatment program and the use of ultrasound scanning greatly improved treatment outcomes, postoperative hospital stay was 12 ± 6 days, postoperative mortality decreased from 21.8% to 11.8%.

Keywords: colon and rectum cancer; acute obturation intestinal obstruction; ultrasonic scalpel.

Надійшла 27.07.2016 року.

УДК: 616.314-002 + 613.954 + 615.356

Череп'юк О. М.¹, Смоляр Н. І.²

Оцінка стоматологічного статусу дітей дошкільних закладів м. Івано-Франківська після застосування імуносимуючого та полівітамінного препарату в комбінації із глибоким фторуванням

1. Асистент кафедри дитячої стоматології, Івано-Франківський національний медичний університет

2. Доктор медичних наук, професор кафедри дитячої стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Мультифакторність карієсу підтверджується показниками інтенсивності та поширеності карієсу тимчасових зубів у дітей Прикарпаття. Висока поширеність (97%) та інтенсивність (7,1) карієсу зубів у дітей цього регіону, обумовлено негативним геохімічним впливом, а саме низьким вмістом в ґрунті та питній воді йоду, барію, кобальту і, особливо, фтору, усереднений показник якого в питній воді складає 0,86 мг/л, що значно нижче від мінімальної норми. Крім того, серед низки факторів, що впливають на показники ураженості карієсом зубів серед дітей, слід відокремити імунний статус, який займає одне із провідних місць. Так, від рівня секреторного імуноглобуліну А та лізоциму в ротовій рідині, залежить інактивування ферментативної діяльності ряду карієсогенних мікроорганізмів та їх адгезії до твердих тканин зуба. Тому пріоритетним питанням стало дослідження показників ураженості карієсом з метою аналізу їхніх якісних змін після застосування розробленого лікувально-профілактичного комплексу. В даній статті відображені дані, які вказують на позитивну динаміку

змін показників ураженості карієсом, а саме: низький рівень інтенсивності; вірогідне зростання відсотка дітей з низькою та середньою активністю карієсу на фоні зниження відсотку дітей з дуже високою активністю карієсу; низький приріст інтенсивності карієсу. Таким чином, у профілактичній групі запропонований ЛПК показує свою високу ефективність, як у безпосередні, так і у віддалені терміни спостереження, позитивно відображаючись на стоматологічному статусі дітей.

Ключові слова: карієс тимчасових зубів, профілактика, інтенсивність, індивідуальний рівень інтенсивності, приріст інтенсивності карієсу.

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

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Карієс зубів, який є мультифакторна патологія [11, 14, 17, 18, 19], залишається найважливішою проблемою. Цьому підтвердження є показники інтенсивності та поширеності карієсу тимчасових зубів у дітей в різних областях України. До прикладу, в центральних областях поширеність карієсу становить 48 %, а інтенсивність 2,5 [4], в той час як у західних – поширеність складає 97 %, при інтенсивності каріозного ураження 7,1 [2,6,7,12,13]. Відображення цих показників залежить від резистентності емалі до карієсу, яка ґрунтується на ізоморфних кристалах апатитів, до складу яких входять різні хімічні елементи, що залежить від їх кількості в навколишньому середовищі. Так, Прикарпаття є регіоном, в ґрунті та питній воді якого знижений вміст йоду, барію, кобальту і, особливо, фтору [6,7], усереднений показник якого в питній воді складає 0,86 мг/л [7], що значно нижче мінімальної норми. Даний геохімічний факт негативно відображається на резистентності твердих тканин зубів у дітей особливо з незакінченою мінералізацією [1,3]. Крім того, серед низки факторів, що впливають на показники ураженості карієсом зубів, слід відокремити імунний статус, який займає одне із провідних місць, оскільки від варіабельності імунологічних показників, а саме секреторного імуноглобуліну А та лізоциму в ротовій рідині, залежить рівень інактивування ферментативної діяльності ряду карієсогенних мікроорганізмів та їх адгезії до твердих тканин зуба [15, 16]. Однозначно це не весь перелік етіологічних чинників, проте, вищевказані фактори стали основою розробок численних лікувально-профілактичних комплексів, в основі яких часто є застосування фторвмістних препаратів. Проте, за останні роки розуміння механізмів дії фтору суттєво змінилися. Згідно з сучасними даними, розчинні іони фтору, які оточують зуб, блокують демінералізацію, стимулюють ремінералізацію, а також беруть участь в утворенні фтористого кальцію, що осідає на поверхні емалі і поводить себе стабільно за рахунок наявності в порожнині рота поверхнево-адсорбованих іонів гідрофосфору. Але, навіть збагачений фтором апатит, легкорозчинний у кислому середовищі [8]. Тому, ремінералізація емалі може бути забезпечена лише за рахунок постійної підтримки оптимальної концентрації фтору в ротовій рідині (А. Кнаппвост) [9,10]. Численні дані щодо локального фторування слугували базою для розробки нових методів підвищення резистентності емалі. Один із таких методів – глибоке фторування. Даний метод базується на використанні спеціально розроблених фторвмістних препаратів («Тіфенфлюорид», «Глуфторед» та ін.). Основою роботи з цими препаратами є почерговість обробки емалі магнієво-фтористим силікатом та суспензією високодисперсного гідроксиду кальцію, що сприяє утворенню мікрочастинчатого фтористого кальцію, магнію та міді з розміром ~50Ає, що легко пенетрують в середину пор зони розм'якшення емалевих призм. Більше того, ці мікрочастинки захищені від вимивання гелем кремнієвої кислоти, за рахунок чого, протягом тривалого часу, а саме понад 1 рік, виділяють фтор, який сприяє ремінералізації.

З урахуванням вищевикладеного виникає потреба у розробці нових методів профілактики карієсу зубів із використанням фторвмістних засобів нової генерації у комбінації з імуностимулюючими та полівітамінними препаратами.

Мета дослідження. Вивчення показників інтенсивності (кп), рівня індивідуальної інтенсивності (РІК) та приросту інтенсивності (Δкп) у дітей дошкільних закладів м. Івано-Франківська після впровадження лікувально-профілактичного комплексу, загальною кількістю 143 дитини.

Об'єкт та методи дослідження

Дослідження показників ураження карієсом проведено у двох профілактичних групах (ПГ №1 та №2) по 61 дитині та в 21 дитині із контрольної групи (КГ), за 1 та 2 роки після впровадження лікувально-профілактичного комплексу (ЛПК). ЛПК у ПГ №1 включав у себе імуностимулюючий препарат «Імуноріс», полі-

вітамінний комплекс «Ліковіт» та місцево препарат для глибокого фторування «Глуфторед», а у ПГ №2 – тільки місцево фторвмістний препарат «Белак-Ф». У КГ проводилося лікування згідно протоколу надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «терапевтична стоматологія».

На основі даних про індивідуальне значення кп, розраховувався усереднений показник за формулою:

$$КП = \frac{\sum_{кп}}{\text{кількість всіх обстежених дітей}} \cdot 100\%$$

де $\sum_{кп}$ – сума індивідуальних значень інтенсивності карієсу у групі дітей. Індивідуальний рівень інтенсивності карієсу (РІК) (за П.А. Леусом, 1987), визначався за формулою:

$$РІК = \frac{КП}{N}$$

КП – індивідуальна інтенсивність карієсу, N – вік дитини на момент обстеження. Приріст інтенсивності карієсу, який показує зміну показника кп в часі, визначався за формулою: Δкп = кп2 – кп1, де Δкп – приріст інтенсивності карієсу, кп1 – початковий показник інтенсивності карієсу, кп2 – кінцевий показник інтенсивності карієсу.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що інтенсивність карієсу (табл. 1) тимчасових зубів у ПГ №1 за 1 рік після впровадження ЛПК, у порівнянні з КГ, становила (5,55±0,38) зуба, а за 2 роки – (5,78±0,38) зуба, що розцінюється для даної вікової категорії, згідно із номенклатурою ВООЗ, як висока. У КГ інтенсивність карієсу, порівняно із ПГ №1, вірогідно менша (p<0,001) і становить за 1 рік (1,66±0,10), а за 2 роки (2,33±0,10) зуба, що розцінюється для даної вікової категорії, як низька.

Відтак, інтенсивність карієсу тимчасових зубів у ПГ №2 за 1 рік після впровадження ЛПК, у порівнянні з КГ, вірогідно вища (p<0,001) та склала (5,86±0,40), а за 2 роки (6,63±0,37) зуба, що розцінюється для даної вікової категорії, згідно із номенклатурою ВООЗ, як висока.

Стосовно рівня інтенсивності карієсу (РІК), слід зауважити, що у ПГ №1 (рис. 1) низька активність карієсу за 2 роки впровадження ЛПК вірогідно зросла (p<0,05), від початкового значення і склала (9,83±3,84) % дітей, в той час як середня активність карієсу за 2 роки впровадження ЛПК, склала (29,51±5,88) % дітей та вірогідно не відрізнялась від початкового свого значення. Натомість, виявлено вірогідне збільшення (p<0,01) дітей з високою активністю карієсу, по відношенню до початкового показника, а саме

Таблиця 1. Динаміка інтенсивності карієсу в дітей профілактичної №1, №2 та контрольної групи за 1 та 2 роки після впровадження ЛПК

Час дослідження	Групи дослідження			р1 рівень значущості відмінності
	ПГ №1	ПГ №2	КГ	
На початку дослідження	5,34±0,39 [^]	5,39±0,40 [°]	0,95±0,04Δ	p ^{^,°} - p ^{^,Δ} <0,001 p ^{°,Δ} <0,001
За 1 рік після впровадження ЛПК	5,55±0,38*	5,86±0,40#	1,66±0,10 ^а	p*:# - p*: ^а <0,001 p#: ^а <0,001
За 2 роки після впровадження ЛПК	5,78±0,38•	6,63±0,37'	2,33±0,10''	p•:' - p•: ^а <0,001 p': ^а <0,001
р2 рівень значущості відмінності	p ^{^,°} :* -	p ^{°,#} -	pΔ: ^а <0,001	-
	p ^{^,°} : ^а -	p ^{°,'} -	pΔ: ^а <0,001	
	p*: ^а -	p#: ^а <0,05	p ^а : ^а <0,001	

Примітки: 1. р1 – рівень значущості відмінності між показниками в групах; 2. р2 – рівень значущості відмінності динаміки показників у групі; 3. ^{^,°,*}, ^{°,#}, ^а – профілактична група №1, ^{°,#}, ['] – профілактична група №2, Δ, ^а, ^{''} – контрольна група (динаміка з початку дослідження та за 1 і 2 роки).



Рис. 1. РІК на початку дослідження та за 2 роки впровадження ЛПК у ПГ №1



Рис. 2. РІК на початку дослідження та за 2 роки впровадження ЛПК у ПГ №2

(24,59±5,55) % на фоні вірогідного зниження ($p<0,001$) кількості дітей із дуже високою активністю карієсу, зокрема (36,07±6,19) %.

Відносно РІК в ПГ №2 (рис. 2), то низька активність карієсу за 2 роки впровадження ЛПК склала (3,27±2,29) % дітей, в той час як середня активність карієсу за 2 роки впровадження ЛПК, склала (22,95±5,42) % дітей.

Слід зазначити, що отримані показники вірогідно не відрізнялась від початкового значення. Як і у попередній ПГ, виявлено вірогідне збільшення ($p<0,01$) дітей з високою активністю карієсу по відношенню до початкового показника, а саме – (26,23±5,67) % на фоні вірогідного зниження ($p<0,05$) у дітей із дуже високою активністю карієсу, зокрема (47,54±6,44) % напроти початкового значення, яке склало (68,85±5,97) %.

Результати РІК у КГ (рис. 3) виглядав за 2 роки впровадження ЛПК наступним чином:

З низьким РІК виявлено вірогідно нижчий ($p<0,01$) відсоток дітей, а саме (66,67±10,54) %, напроти початкового значення, що складало 100%; з середнім РІК виявлено ві-

рогідно нижчий ($p<0,01$) відсоток дітей, а саме (33,33±10,54)%, порівняно з початковим значенням, що складало 0%; з високим та дуже високим РІК не було виявлено жодної дитини, як і на початку дослідження.

Поряд з цим, у ПГ №1 та №2 приріст інтенсивності карієсу (Δ кп) (рис. 4) склав 0,21 та 0,47, вказуючи на невірогідну зміну отриманих показників інтенсивності (табл. 1). У КГ показник інтенсивності вірогідно зріс ($p<0,001$) у 1,7 рази, від початкового значення, причому показник Δ кп склав 0,71. За 2 роки дослідження у ПГ №2, показник інтенсивності вірогідно зріс ($p<0,05$) у 1,2 рази від отриманого показника на початку дослідження, а Δ кп склав 1,27, в той час як у ПГ №1 даний показник склав 0,44. У КГ виявлено вірогідне зростання ($p<0,001$) показників інтенсивності у 2,4 рази, напроти його початкового значення при Δ кп 1,38.

Таким чином, у ПГ №1 за 1 рік після впровадження ЛПК Δ кп був нижчим у порівнянні з ПГ №2 та КГ у 2,2 і, відповідно, в 3,3 рази. За 2 роки після впровадження ЛПК, виявлено аналогічну тенденцію, зокрема, нижчий Δ кп, порівняно із ПГ №1 та КГ у 2,8 і 3,1 рази.

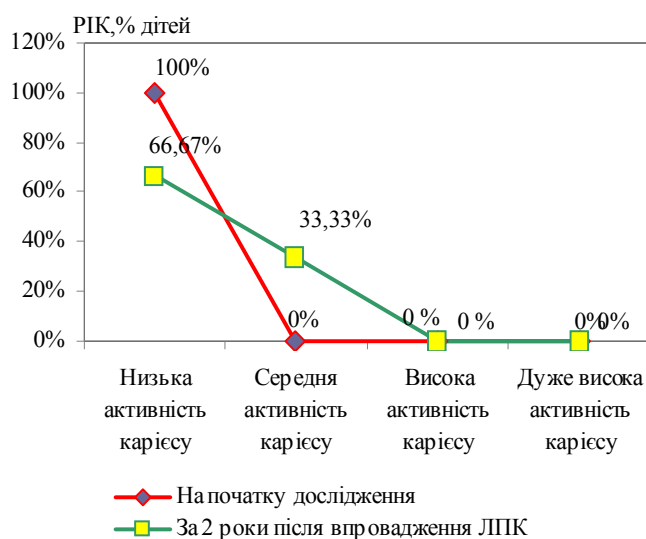


Рис. 3. РІК на початку дослідження та за 2 роки впровадження ЛПК у КГ

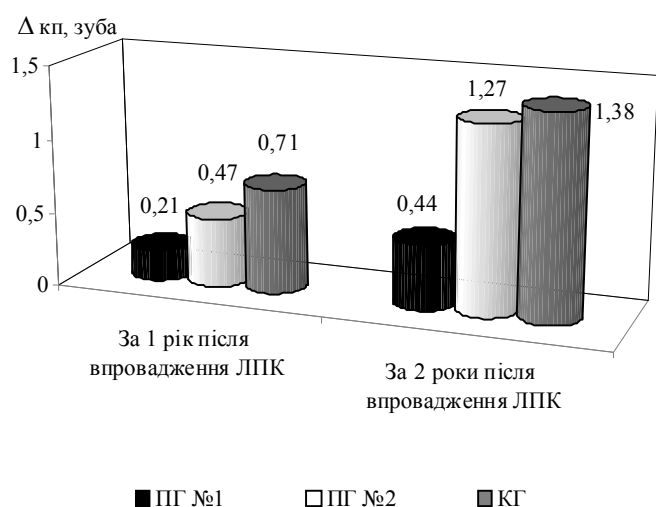


Рис. 4. Приріст інтенсивності карієсу за 1 та 2 роки після впровадження ЛПК

Висновки

Згідно з отриманими вище даним можна зробити висновки, що запропонований ЛПК показує високу ефективність, як у безпосередні, так і у віддалені терміни спостереження, і його можна рекомендувати у практику терапевтичної стоматології дитячого віку.

Перспективи подальших досліджень

Отримані дані стануть основою для розроблення рекомендацій практичного спрямування відносно профілактичних заходів спрямованих на покращення стоматологічного здоров'я серед дитячого населення.

Література

1. Бабушкіна Н. С. Профілактика карієсу зубів серед школярів Криму / Н. С. Бабушкіна // Галицький лікарський вісник. — 2003. — Т. 10, № 1. — С. 73—74.
2. Безвущко Е. Б. Епідеміологічні показники карієсу зубів у дітей Львівської області / Е. Б. Безвущко, Н. Л. Чухрай, Н. М. Купник // Новини стоматології. — 2007. — № 1 (50). — С. 48—51.
3. Беленова И. А. Неосложненный кариес – методы лечения и профилактики / И. А. Беленова, Р. А. Шабанов // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2010. — № 2. — С. 32—36.
4. Біденко Н. В. Ранній карієс у дітей: стан проблеми в Україні та у світі / Н. В. Біденко // Современная стоматология. — 2007. — № 1. — С. 66—71.
5. Галимова А. Новый комплексный подход к созданию продуктов для профилактики кариеса у детей / А. Галимова, А. Леонтьев, С. Улитовский // ДентАрт. — 2010. — № 2. — С. 24—28.
6. Казакова Р. В. Епідеміологія і прогноз декомпенсованої форми карієсу зубів у дітей Прикарпаття // Р. В. Казакова, М. В. Билищук, М. А. Лучинський // Архів клінічної медицини. — 2003. — № 1 (4). — С. 23—25.
7. Казакова Р. В. Наукове обґрунтування регіональної програми профілактики стоматологічних захворювань у дітей Прикарпаття: автореф. дис. на здобуття наук ступеня д. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» // Р. В. Казакова. — Івано-Франківськ, 1996р. — 35 с.
8. Кнаппвост А. Мифы и достоверные факты о роли фтора в профилактике кариеса / А. Кнаппвост // Современная стоматология. — 2001. — № 3. — С. 2—4.
9. Кнаппвост А. О роли системного и локального фторирования в профилактике кариеса. Метод глубокого фторирования / А. Кнаппвост // Новое в стоматологии. — 2002. — № 3. — С. 39—42.
10. Кнаппвост А. Постоянная защита пульпы от дентинного кариеса нанофторидами при глубоком фторировании дентин-герметизирующим ликви́дом // Клиническая стоматология. — 2008. — № 3. — С. 11—12.
11. Маковка Л. І. Динаміка ураження зубів карієсом у дітей із хронічними захворюваннями травної системи / Л. І. Маковка // Одеський медичний журнал. — 2001. — № 1 (63). — С. 36—39.
12. Смоляр Н. І. Поражаемость карієсом зубів у дітей шкільного віку Львова / Н. І. Смоляр, І. І. Флонт // Современная стоматология. — 2001. — № 3. — С. 56—58.
13. Смоляр Н. І. Порівняльна оцінка захворюваності карієсом зубів дітей м. Львова / Н. І. Смоляр, Е. Б. Безвущко, Н. Л. Чухрай // Вісник стоматології. — 2006. — № 3. — С. 77—81.
14. Сунцов В. Г. Ведущие факторы формирования кариеса у школьников / В. Г. Сунцов, И. М. Волошина // Российский педиатрический журнал. — 2010. — № 1. — С. 55—57.
15. Царева В. Н. Микробиологические и молекулярно-биологические аспекты кариеса зубов и современные методы исследования / В. Н. Царева // Стоматолог (Москва). — 2009. — № 1—2. — С. 6—69.
16. Association of Dental Caries, Streptococcus Mutans Counts and Secretary IgA with Tobacco Smoking / M. M. Roushdy // Aust. J. Basic & Appl. Sci. — 2009. — Vol. 3 (4). — P. 3224—3229.
17. Barbosa S. Tans. Validity and reliability of the child perceptions questionnaires applied in brazilian children / Tans S. Barbosa, Maria Claudia, M. Tureli [et al.] // BMC Oral Health. — 2009. — Vol. 13, № 9. — P. 1—8.
18. Borutta Annerosa. Early childhood caries: a multi-factorial disease / Annerosa Borutta, Maik Wagner, Susanne Kneist // OHD MBSC. — 2010. — Vol. IX, № 1. — P. 32—38.
19. Caries prevalence and some associated factors in 6—9 year-old school-children in Campeche, Mexico / R. Perla Beltrón, Hector Cocom-Tun, F. Juan [et al.] // Rev. Biomed. — 2006. — Vol. 17, № 1. — P. 25—33.

Черепюк Е. Н.¹, Смоляр Н. И.²

Оценка стоматологического статуса детей дошкольных учреждений г. Ивано-Франковска после применения иммуностимулирующего и поливитаминного препаратов в сочетании с глубоким фторированием

1. Ассистент кафедры детской стоматологии, Ивано-Франковский национальный медицинский университет

2. Доктор медицинских наук, профессор кафедры детской стоматологии, Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Резюме. Мультифакторность кариеса подтверждается показателями интенсивности и распространенности кариеса временных зубов у детей Прикарпаття. Высокая распространенность (97%) и интенсивность (7,1) кариеса зубов у детей этого региона обусловлены негативным геохимическим воздействием, а именно низким содержанием в почве и воде йода, бария, кобальта и, особенно, фтора, усредненный показатель которого в питьевой воде составляет 0,86 мг / л, что значительно ниже минимальной нормы. Кроме того, в ряду факторов, влияющих на показатели пораженности кариесом зубов среди детей, следует выделить иммунный статус, который занимает одно из ведущих мест. Так, от уровня S-IgA и лизоцима в ротовой жидкости, зависит инактивирования ферментативной деятельности ряда кариесогенных микроорганизмов и их адгезии к твердым тканям зуба. Поэтому приоритетным вопросом стало исследование показателей пораженности кариесом с целью анализа их качественных изменений после применения разработанного лечебно-профилактического комплекса. В данной статье отражены данные, которые указывают на положительную динамику изменений показателей пораженности кариесом, а именно: низкий уровень интенсивности; вероятен рост процента детей с низкой и средней активностью кариеса на фоне снижения процента детей с очень высокой активностью кариеса; низкий прирост интенсивности кариеса. Таким образом, в профилактической группе предлоложенный ЛПК показывает свою высокую эффективность, как в непосредственные, так и в отдаленные сроки наблюдения, положительно отражаясь на стоматологическом статусе детей.

Ключевые слова: кариес временных зубов, профилактика, интенсивность, индивидуальный уровень интенсивности, прирост интенсивности кариеса.

O.M. Cherepiuk¹, N.I. Smolyar²

Assessment of Dental Status in Pre-School Children of Ivano-Frankivsk after Using Immunostimulant and Polivitamin Agents in Combination with Deep Enamel Fluoridation

¹Department of Pediatric Dentistry, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

²Department of Pediatric Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Abstract. The multifactority of dental caries is confirmed by the indicators of intensity and prevalence of dental caries in temporary teeth among children of the Precarpathian region of Ukraine. High prevalence (97%) and intensity (7.1) of dental caries among children of this region are due to the negative geological and chemical influence, namely, reduced content of iodine, barium, cobalt and especially fluoride in the soil and drinking water. The average concentration of fluoride in drinking water is 0.86 mg/l being significantly less than the accepted minimum. In addition, among the factors affecting the indicators of the prevalence of dental caries among children immune status which is one of the most important ones should be separated. Thus, the level of secretory immunoglobulin A and lysozyme in the oral fluid is responsible for inactivation of enzymatic activities of some cariogenic bacteria and their adhesion to the hard dental tissues.

Therefore, **the objective** of the research was to study the indicators of the prevalence of dental caries as well as to analyze their qualitative changes after the application of the developed treatment-and-preventive complex.

This article reflects the data indicating the positive dynamics of changes in the indicators of the prevalence of dental caries, namely, low level of intensity, probable increase in the percentage of children with low and average activity of dental caries on the background of decrease in the percentage of children with very high dental caries activity, low increase in the intensity of dental caries. Thus, the proposed treatment-and-preventive complex was highly efficient both during the observation and in the remote period. It may be recommended for pediatric dentistry.

Keywords: dental caries in temporary teeth; prevention; intensity; individual level of intensity; increase in dental caries intensity.

Надійшла 30.06.2016 року.