

Вывод. Оценивая полученные результаты мы считаем, что обработка поверхности фиссур нескольких зубов перед их запечатыванием высокими концентрациями озono-кислородной смеси оказывает стрессовую активацию функционирования пульпы этих зубов, благодаря чему реализуются различные механизмы усиления минерализующей способности пульпы зубов [8], улучшает биохимические параметры ротовой жидкости, нормализует ряд функциональных реакций, ответственных за гомеорезис, нормализует зарядовое состояние КБЭ и, следовательно, уровень неспецифической резистентности в полости рта, а также функциональное состояние микрокапиллярного русла тканей пародонта.

Список литературы

1. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М., 2007. – 430 с.
2. Профилактика кариеса зубов с применением аппликационных средств и фиссурных герметиков [уч. пособие] / Ю. А. Федоров, В. А. Дрожжина, Н. Е. Абрамова и др. – СПб.: СПбМАПО, 1996. – 28 с.
3. Клінічна оцінка застосування герметика Grandio Seal / О. В. Деньга, С. В. Шпак, Н. В. Бушма, О. Г. Латаш // Новини стоматології. – 2010. – № 4. – С. 54–56.
4. Куцевляк В. Ф. Герметизация фиссур – метод современной профилактики кариеса / В. Ф. Куцевляк, С. В. Полякова, Л. Ю. Пушкар // Сучасні медичні технології. – №2. – 2009. – С. 60–62.
5. Ozone: The Revolution in Dentistry / [ed. by Edward Lynch]. – United Kingdom : Quintessence Publ. Co. Ltd., 2004. – 300 p.
6. Коваль А. В. Применение озono-кислородной смеси для дезинфекции корневых каналов при хроническом гранулезатозном периодонтите / А. В. Коваль // Вісник стоматології. – 2009. – №4. – С.84–87.
7. Патент на корисну модель № 50284, Україна, МПК (2009) А61С 17/00. Пристрій для введення озону та інших лікарських засобів при ендодонтичному лікуванні / О. В. Коваль, О. В. Деньга. – № у 2010 00881; заявл. 29.01.10; Опубл. 25.05.2010. – Бюл. № 10.
8. Бушма Н. В. Экспериментальное обоснование метода запечатывания фиссур зубов с применением высоких концентраций озono-кислородной смеси / Н. В. Бушма, О. А. Макаренко, О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 2013. – №1. – С.7–10.
9. Патент 47096 Україна, МПК А61N 5/00, А61К 8/00, u2009 09529. Спосіб оцінки функціонального стану мікрокапілярного русла слизової ясен / Деньга О. В., Деньга Е. М., Деньга А. Е.; опубл. 11.01.10, Бюл. № 1.
10. Патент 47093 Україна, МПК G01N 33/487, u2009 09524. Спосіб прогнозування розвитку стоматологічних захворювань / Деньга О. В., Деньга Е. М., Деньга А. Е.; опубл. 11.01.10, Бюл. № 1.
11. Деньга О. В. Метод оценки поверхностного заряда плазматических мембран клеток буккального эпителия у детей / О. В. Деньга // Вісник стоматології. – 1997. – № 3. – С. 450–452.

REFERENCES

1. Leont'ev V. K., Pahomov G. N. Profilaktika stomatologicheskikh zabolevanij [Prevention of dental diseases]. Moscow, 2007:430.
2. Fedorov Ju. A., Drozhzhina V. A., Abramova N. E., Soboleva T. Ju., Tumanova S. A., Petrova A. G. Profilaktika kariesa zubov s primeneniem aplikacionnyh sredstv i fissurnyh germetikov [Prevention of dental caries using applique tools and fissure sealants]. Saint Petersburg, MAPO, 1996:28.
3. Den'ga O. V., Shpak S. V., Bushma N. V., Latash O. G. Clinical evaluation of the use of sealant Grandio Seal. Novini stomatologii. 2010; 4: 54–56.
4. Kucev'jak V. F., Pol'jakova S. V., Pushkar' L. Ju. Fissure sealing - a modern method of caries prevention. Suchasni medichni tehnologii. 2009; 2:60–62.
5. Ozone: The Revolution in Dentistry [ed. by Edward Lynch]. United Kingdom, Quintessence Publ. Co. Ltd., 2004:300.

6. Koval' A. V. The use of ozone-oxygen mix to disinfect root canals with chronic granulomatous periodontitis. Visnik stomatologii. 2009; 4: 84–87.

7. Koval' O. V., Den'ga O. V. Utility model patent № 50284, Ukraine, MPK (2009) A61C 17.00. Device for input ozone and other medications during endodontic treatment. № u 2010 00881; declared 29.01.10; publ. 25.05.2010. Bul. № 10.

8. Bushma N. V., Makarenko O. A., Den'ga O. V. Experimental justification of the method of sealing fissures of teeth with the use of high concentrations of ozone-oxygen mixture. Visnik stomatologii. 2013; 1:7–9.

9. Denga O. V., Denga E. M., Denga A. E. Patent № 47096, Ukraine, MPK A61N 5/00, A61K 8/00, u2009 09529. Method of assessment of the functional state of the micro capillary channel mucous gums ; publ. 11.01.10, bull. № 1.

10. Denga O. V., Denga E. M., Denga A. E. Patent № 47093 Ukraine, MPK G01N 33/487, u2009 09524. Method of prediction of dental diseases ; publ. 11.01.10, Bull. № 1.

11. Den'ga O. V. A method of estimating the surface charge of the plasma membrane of cells of buccal epithelium in children. Visnik stomatologii. 1997; 3: 450–452.

Поступила 30.04.13

УДК: 616.314 – 74 + 616.314.13 – 007.23 + 613.95

І. А. Криль

Івано-Франківський національний медичний університет

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕСТАВРАЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ЗУБІВ, УРАЖЕНИХ ГІПОПЛАЗІЄЮ ЕМАЛІ, У ДІТЕЙ

У статті представлені віддалені результати динамічного спостереження за реставраціями, виконаними за допомогою гібридного склоіономерного цементу «Vitremer» та композитів світлового твердіння «Venus» і «Venus Flow», для відновлення дефектів твердих тканин, спричинених гіпоплазією емалі. Гібридний склоіономерний цемент продемонстрував хорошу стабільність протягом першого року користування реставраціями, тому показанням до його застосування буде тимчасове пломбування дефектів твердих тканин до моменту завершення формування емалі, що надалі повинно бути замінено постійною пломбою, виготовленою зі світлополімерного матеріалу. Перед пломбуванням слід здійснювати глибоке фторування емалі та дентину та застосувати мінімально-інвазивне препарування дефекту.

Ключові слова: гіпоплазія емалі, «Vitremer», «Venus», «Venus Flow», глибоке фторування емалі та дентину, криверії Ryge.

И. А. Криль

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕСТАВРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ

В статье представлены отдаленные результаты динамического наблюдения за реставрациями, выполненными при помощи гибридного стеклоиономерного цемента «Vitremer» и композитов светового отверждения «Venus» и «Venus Flow», для пломбирования дефектов твердых тканей, возникших в результате гипоплазии эмали. Гибридный стеклоиономерный цемент продемонстрировал хорошую стабиль-

ність на протяженні першого года использования реставраций, поэтому его можно рекомендовать в качестве временного пломбирования дефектов твердых тканей к моменту завершения формирования эмали, которое в дальнейшем должно быть заменено постоянной пломбой из светополимерного материала. Перед пломбированием необходимо проводить глубокое фторирование эмали и дентина и применять минимально-инвазивное препарирование дефекта.

Ключевые слова: гипоплазия эмали, «Vitremet», «Venus», «Venus Flow», глубокое фторирование эмали и дентина, критерии Ryge.

I. A. Kril

Ivano-Frankivsk National Medical University

EFFECTIVENESS OF VARIOUS METHODS OF TEETH RESTORATION IN CHILDREN AFFECTED BY ENAMEL HYPOPLASIA

ABSTRACT

Purpose of the study. A comparison of longevity and effectiveness of hypoplasia defects restoration methods using various filling materials.

Materials and methods. The clinical study enrolled 53 patients aged 6 to 12 affected by destructive forms of hypoplasia. During the study 325 frontal and lateral teeth were treated. Among those 156 teeth were restored using hybrid glass ionomer system Vitremer (3M ESPE), 81 teeth were treated with light-curing composite Venus (Kulzer), and 88 teeth using "closed sandwich" technique (glass ionomer system Vitremer + composite Venus flow + condensed composite Venus). The filling material in each case has been chosen based on the enamel mineralization stage. The clinical evaluation of restorations included visual observation and probing (USPHS (Ryge) criteria approved by FDI), as well as transillumination and laser fluorescence examination using Diagnodent (Kavo) unit. Examinations were carried out immediately after the treatment (baseline scenario), and 6, 12, 24, and 36 months thereafter.

Results. Examinations performed 6 months and 1 year after the treatment showed that glass ionomer restorations maintained good marginal adjacency and preservation of anatomical shape. However, during later examinations a deterioration of restoration quality was observed that required corrections or complete replacements of fillings. Restorations carried out using "closed sandwich" technique and light-curing composite materials showed consistently good results throughout the entire observation period (3 years).

Conclusions. The choice of filling material will depend on the stage of enamel mineralization. Hybrid glass ionomer cements are suitable for temporary restoration until the completion of the enamel formation, and will need to be replaced with permanent fillings made of light-curing materials in the future. Deep fluoridation of hypoplastic defects prior to filling combined with general remtherapy proved to effectively restore tissue in just one visit. The study also showed that precise preparation promotes maximum preservation of tooth and delays the need for orthopedic treatment.

Key words: enamel hypoplasia, Vitremer, Venus, Venus Flow, deep fluoridation of enamel and dentin, Ryge criteria.

Донедавна дефекти твердих тканин зубів, спричинені гіпо- та аплазією емалі, зустрічалися в практиці лікаря-стоматолога не часто. Проте за останні декілька років розповсюдженість цих вроджених вад розвитку зубів значно зросла. І, не дивлячись на появу великої різноманітності пломбувальних матеріалів та засобів профілактики, питання реставраційного ліку-

вання зубів, уражених гіпоплазією емалі, залишається доволі складним та дискусійним.

За даними літератури [1 – 4], серед пломбувальних матеріалів, які представлені на стоматологічному ринку, найбільш поширеними для відновлення гіпопластичних дефектів є склоіономерні цементы, композити, ормокери, пластичні керамічні матеріали, композитні матеріали світлового твердіння.

В зв'язку з недостатньою мінералізацією твердих тканин зубів, у випадку гіпоплазії емалі, збільшується ймовірність їх швидкого руйнування каріозним процесом, що в подальшому може призвести до виникнення цілого ряду ускладнень та потреби в протезуванні в досить ранньому віці дитини [5].

Тому лікування таких дефектів зубів повинно бути, в першу чергу, спрямоване на виготовлення реставрації з максимальним терміном користування, що забезпечить відновлення природного зовнішнього вигляду зуба та функціональної ефективності, а також сприятиме зниженню ризику виникнення карієсу на гіпомінералізованих ділянках твердих тканин.

Мета нашого дослідження. Проведення порівняльного аналізу терміну користування та оцінки клінічної ефективності реставрацій, виконаних з використанням пломбувальних матеріалів різних класів, для відновлення дефектів твердих тканин зубів, спричинених гіпоплазією емалі, у дітей.

Матеріал і методи дослідження. Клінічні дослідження проведено у 53 пацієнтів з деструктивними формами гіпоплазії емалі (крапчаста, борізчаста, ерозивна форми), віком від 6 до 12 років. Всього запломбовано 325 зубів фронтальної та бокової групи з наявністю гіпопластичних дефектів твердих тканин. З них – 156 реставрацій, виконаних за допомогою гібридного склоіономерного цементу Vitremer (3M ESPE) – у пацієнтів I-а та I-б підгрупи, 81 – за допомогою світлополімерного матеріалу Venus (Kulzer) – у пацієнтів II-а підгрупи, 88 – з використанням методики «закритого сандвічу» (склоіономерний цемент Vitremer + низькомодульний композит Venus flow + конденсований композит Venus) – у пацієнтів II-б підгрупи (табл. 1).

Поділ на групи здійснювався відповідно до стадії мінералізації емалі: I група – незавершена мінералізація емалі; II група – завершена мінералізація емалі.

I-а підгрупа (контрольна) включала 12 пацієнтів, яким проводили розширене препарування дефекту алмазними борами, медикаментозну обробку підготовленої порожнини 2% водним розчином хлоргексидину та заповнення її гібридним склоіономерним цементом Vitremer. Реставрація дефекту виконувалася після одномісячного курсу загальної та місцевої ремтерапії.

I-б підгрупа (дослідна) включала 15 пацієнтів, яким проводилося лікування за вдосконаленою методикою: мінімально-інвазивне препарування дефекту ультразвуком і фінірування країв порожнини емалевими ножами, медикаментозна обробка підготовленої порожнини 2 % водним розчином хлоргексидину з наступним проведенням глибокого фторування емалі препаратом «Глуфторед» (ВладМиВа) і пломбування гібридним склоіономерним цементом Vitremer. Відновлення дефекту здійснювалося одночасно із проведенням курсу загальної та місцевої ремінералізуючої терапії.

Таблиця 1

Загальна кількість проведених реставрацій у пацієнтів I та II групи

Термін спостереження	Загальна кількість проведених реставрацій у кожній підгрупі			
	I-а підгрупа («Vitremer»)	I-б підгрупа («Глуфторед» + «Vitremer»)	II-а підгрупа («Venus»)	II-б підгрупа («Vitremer» + «Venus» + «Venus Flow»)
Bazeline	74	82	81	88
6 міс.	71	78	76	83
12 міс.	67	73	69	77
24 міс.	59	67	61	68
36 міс.	54	63	56	63

II-а підгрупа (контрольна) включала 12 пацієнтів, для лікування яких використовувалася загальноприйнята методика реставрації після одномісячного курсу загальної та місцевої ремтерапії. Препарування порожнини – розширене з використанням алмазних борів, пломбування дефекту – прями реставрація композитом світлового твердіння Venus (Kulzer), що складалася з наступних етапів: медикаментозна обробка підготовленої порожнини 2 % водним розчином хлоргексидину, тотальне протравлювання поверхні твердих тканин зубів 37 % розчином ортофосфорної кислоти (емаль – 30 с, дентин – 20 с), нанесення двох шарів адгезиву Gluma Comfort Bond + Desensitizer, пошарове відновлення композиційним матеріалом Venus (діагональними шарами).

II-б підгрупа (дослідна) складалася із 14 пацієнтів, яким проводилося лікування за вдосконаленою методикою: мінімально-інвазивне препарування дефекту ультразвуком і фінірування країв алмазними борами, медикаментозна обробка підготовленої порожнини 2 % водним розчином хлоргексидину з наступним проведенням глибокого фторування емалі та дентину препаратом «Глуфторед» і пломбуванням дефекту методом «закритого сандвічу», що здійснювалося за наступною схемою: праймер + Vitremer (на дно порожнини) + тотальне протравлювання поверхні твердих тканин зубів 37% розчином ортофосфорної кислоти (емаль – 40 с, дентин – 20 с) + адгезив Gluma Comfort Bond + Desensitizer (2 шари, збільшений час бондування до 30 сек.) + Venus Flow і Venus (одночасне внесення однією порцією на дно порожнини, далі – пошарове заповнення порожнини діагональними шарами) + один горизонтальний шар рідкотекучого композиту Venus Flow. Одночасно із проведенням відновлювального лікування пацієнтам було призначено препарати для загальної та місцевої ремінералізуючої терапії.

Клінічна оцінка реставрацій здійснювалася на основі візуального огляду та зондування (критерії USPHS (Ryge), схвалені FDI), за допомогою методу трансиллюмінації та лазерної флуоресценції з використанням апарату Diagnodent (Kavo) [6, 7]. Обстеження здійснювали безпосередньо після проведеного реставраційного відновлення зубів (Bazeline), через 6, 12, 24 та 36 місяців.

Відповідно до критеріїв Ryge, стан реставрацій оцінювався за буквеною шкалою: A (Alfa), B (Bravo), C (Charlie) та D (Delta). При цьому враховувалися:

крайова адаптація, збереження анатомічної форми, крайова пігментація та кольороадаптація реставрації. Використовуючи ці критерії можна виділити чотири категорії реставрацій: 1) прекрасні – R (Romeo); 2) ті, що мають деякі відхилення від ідеальних, але все ж таки прийнятні – S (Sierra); 3) ті, що потребують заміни з профілактичних міркувань, для запобігання подальшого пошкодження – T (Tango); 4) ті, що потребують негайної заміни – V (Victor).

Аналіз терміну користування реставраціями проводився на основі реєстрації рекламації двох рівнів: значні рекламації (реставрації, що потребували повної заміни) та незначні рекламації (реставрації, що потребували корекції або часткової заміни).

Контроль за розвитком вторинного карієсу здійснювався також за допомогою методу трансиллюмінації. Поява різко забарвленої смужки на межі з реставрацією свідчила про те, що наявне прогресування каріозного процесу, хоча візуально щілину між пломбою та емалевим краєм можна виявити на цьому етапі лише шляхом нанесення барвника (наприклад, метиленового синього).

Результати дослідження та їх обговорення. Розглянемо детальніше отримані результати клінічної оцінки реставрацій I групи. Оскільки в даному випадку в якості пломбувального матеріалу застосовувався гібридний склоіономерний цемент Vitremer, то було враховано всі критерії оцінювання, крім оцінки кольороадаптації реставрації. Під час обстеження безпосередньо після проведеного реставраційного відновлення зубів (Bazeline) встановлено, що анатомічна форма зуба була відновлена у 100 % випадків. Відповідно до критеріїв «крайове прилягання» та «крайова пігментація», всі реставрації у 100 % випадків отримали оцінку «Alfa». Тобто, на межі «пломба/ зуб» не було виявлено зміни кольору, також відсутні сколи та щілини. Після завершення шліфування та полірування реставрацій оцінювалася їх поверхня за критерієм «неоднорідність поверхні». У I-а підгрупі наявність гладкої, рівної поверхні було виявлено у 69 реставрацій (93,2 %) – оцінка «Romeo», в той час як у 5 реставрацій (6,76 %) відмічалася неоднорідність поверхні (незначні заглиблення та шершавість), через що вони отримали оцінку «Sierra» і потребували деякої корекції для усунення вище згаданих недоліків. Оцінювання реставрацій I-б підгрупи за критерієм «неоднорідність поверхні» виявило 78 реставрацій (95,12 %), що відповідали категорії «Romeo» та 4 реставрацій (4,88%) категорії Sierra.

Таблиця 2

**Оцінка якості реставрацій за критеріями "крайове прилягання"
та "збереження анатомічної форми" у пацієнтів I групи**

Термін спостереження	"Крайове прилягання"						"Збереження анатомічної форми"					
	«Alfa» (y %)		«Bravo» (y %)		«Charlie» (y %)		«Alfa» (y %)		«Bravo» (y %)		«Charlie» (y %)	
	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б
6 міс.	91,5	92,31	8,45	7,69	-	-	97,18	96,15	2,82	3,85	-	-
12 міс.	88,06	87,67	11,94	12,33	-	-	94,03	93,15	5,97	6,85	-	-
24 міс.	81,36	82,09	16,95	14,93	1,69	2,99	91,53	89,55	8,47	10,44	-	-
36 міс.	72,22	74,6	22,22	19,05	5,56	6,35	87,04	85,71	12,96	14,29	-	-

Таблиця 3

**Оцінка якості реставрацій за критеріями "крайова пігментація"
та «неоднорідність поверхні» у пацієнтів I групи**

Термін спостереження	"Крайова пігментація"						«Неоднорідність поверхні»					
	«Alfa» (y %)		«Bravo» (y %)		«Charlie» (y %)		«Romeo» (y %)		«Sierra» (y %)		«Tango» (y %)	
	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б	I-a	I-б
6 міс.	90,14	89,74	9,86	10,26	-	-	83,1	84,62	12,68	10,26	4,23	5,13
12 міс.	85,07	83,56	14,93	16,44	-	-	79,1	76,71	11,94	13,69	8,96	9,58
24 міс.	81,35	79,1	18,64	20,9	-	-	69,49	71,64	18,64	17,91	11,86	10,45
36 міс.	59,26	60,32	38,89	36,51	1,85	3,17	48,15	50,79	16,67	14,28	22,22	25,41

Таблиця 4

**Оцінка якості реставрацій за критеріями "крайове прилягання"
та "збереження анатомічної форми" у пацієнтів II групи**

Термін спостереження	"Крайове прилягання"						"Збереження анатомічної форми"					
	«Alfa» (y %)		«Bravo» (y %)		«Charlie» (y %)		«Alfa» (y %)		«Bravo» (y %)		«Charlie» (y %)	
	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б
6 міс.	96,05	95,18	3,95	4,82	-	-	97,37	96,39	2,63	3,61	-	-
12 міс.	94,02	93,51	5,8	6,49	-	-	95,65	94,81	4,35	5,19	-	-
24 міс.	88,52	91,18	6,56	5,88	4,92	2,94	91,80	92,65	8,20	7,35	-	-
36 міс.	85,71	87,30	8,93	9,52	5,36	3,17	87,50	90,48	10,71	6,35	1,79	3,17

Таблиця 5

**Оцінка якості реставрацій за критеріями "крайова пігментація"
та «неоднорідність поверхні» у пацієнтів II групи**

Термін спостереження	"Крайова пігментація"						«Неоднорідність поверхні»					
	«Alfa» (y %)		«Bravo» (y %)		«Charlie» (y %)		«Romeo» (y %)		«Sierra» (y %)		«Tango» (y %)	
	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б	II-a	II-б
6 міс.	92,11	91,57	7,89	8,43	-	-	89,47	90,36	10,52	9,64		
12 міс.	91,3	89,61	8,7	10,39	-	-	84,06	87,01	13,04	9,09	2,9	3,9
24 міс.	85,25	86,76	14,75	13,24	-	-	83,61	82,35	11,47	13,24	4,92	4,41
36 міс.	76,79	80,95	19,64	12,70	3,57	6,35	62,5	73,01	17,86	19,05	12,5	4,76

Віддалені результати оцінки реставрацій, проведених у пацієнтів I групи, представлені у табл. 2 і 3.

Між результатами I-a та I-б підгрупи достовірної різниці не виявлено ($p > 0,05$). В обох підгрупах протягом трьохрічного клінічного спостереження за станом склюіономерних реставрацій було встановлено добре крайове прилягання та збереження анатомічної форми

при обстеженні через 6 місяців та 1 рік, в подальшому відбувається погіршення якості реставрації, що обумовлює необхідність їх корекції або повної заміни.

У пацієнтів II групи було проведено 169 реставрацій з використанням світлополімерних матеріалів Venus, Venus Flow та гібридного склюіономерного цементу Vitremer. Оцінювання якості пломбування здій-

снювалося із врахуванням наступних критеріїв: крайова адаптація, збереження анатомічної форми, крайова пігментація та кольороадаптація реставрації. Безпосередньо після проведеного реставраційного відновлення зубів (Bazeline) було встановлено, що реставрації обох підгруп продемонстрували відмінне крайове прилягання (100 % у пацієнтів II-а та II-б підгруп), здатність повністю відновлювати анатомічну форму зуба та відповідати за кольором твердим тканинам зуба. Після полірування гладеньку поверхню виявлено у 74 (91,36 %) реставрацій у пацієнтів II-а підгрупи та 82 (93,18 %) реставрацій у пацієнтів II-б підгрупи.

У табл. 4 і 5 представлені результати клінічної оцінки реставрацій II групи через 6, 12, 24 та 36 місяців динамічного спостереження.

Віддалені результати реставраційного лікування гіпопластичних дефектів з використанням світлополімерних матеріалів на етапі завершення мінералізації емалі свідчать про збереження стабільності реставрацій (оцінка «Alfa» за критеріями «крайове прилягання», «збереження анатомічної форми» та «кольороадаптація реставрацій») у 86,9 % реставрацій II-а та 87,8 % реставрацій II-б підгрупи через 36 місяців спостереження.

Висновки. 1. Вибір пломбувального матеріалу під час реставрації гіпопластичних дефектів повинен здійснюватися із врахуванням стадії мінералізації емалі.

2. Гібридний склоіономерний цемент показаний в якості тимчасової реставрації до моменту завершення формування емалі, що надалі повинна бути замінена постійною пломбою, виготовленою зі світлополімерного матеріалу.

3. Глибоке фторування дефекту перед його пломбуванням, поєднане з курсом загальної ремтерапії, дозволяє ефективно відновити дефект твердих тканин зуба за одне відвідування без необхідності проведення попереднього одномісячного курсу ремтерапії.

4. Пломбування дефекту методом «закритого сандвічу» завдяки пролонгованому виділенню фторидів склоіономерним цементом сприяє зміцненню гіпомінералізованих та прилеглих до них ділянок твердих тканин зубів, що дозволяє знизити ймовірність розвитку карієсу.

5. Ощадне препарування емалі та дентину ультразвуком та ручними інструментами сприяє максимальному збереженню твердих тканин та відтермінуванню потреби в ортопедичному лікуванні.

Перспектива подальших досліджень. Продовження динамічного спостереження за групою пацієнтів із деструктивними формами СГЕ та співпраця з лікарями суміжних спеціальностей для корекції фонової патології, що впливає на перебіг даного захворювання.

Список літератури

1. Білоус І. В. Віддалені результати лікування системної гіпоплазії емалі зубів у дітей та профілактика її ускладнень / І. В. Білоус, Р. В. Казакова // Вісник стоматології. – 2003. – № 4. – С. 65 – 68.
2. Белоклицкая Г. Ф. Клинические возможности универсальной реставрационной системы “Admira” (ВОКО) при реставрации некариозных поражений твердых тканей зубов (Сообщение II) / Г. Ф. Белоклицкая, Т. А. Солнцева, В. И. Гуренок // Современная стоматология. – 2004. – № 3. – С. 18 – 21.
3. Кунцельманн Карл-Хайнц. Суприм – результаты реставрации врожденных дефектов твердых тканей зуба / Карл-Хайнц Кунцельманн // Современная стоматология. – 2004. – № 2. – С. 9
4. Fonseca R. B. Enamel hypoplasia or amelogenesis imperfect – a restorative approach / R. B. Fonseca, L. C. Sobrinho, A. J. F. Neto [and others] // Braz J Oral Sci. – 2006. – 5 (16): 941 – 943.
5. Ожгихина Н. В. Молярно-резцовая гипоминерализация. Часть I. Этиология и клинические проявления / Н. В. Ожгихина, Л. П. Кисельникова // Проблемы стоматологии. – 2010. – № 3. – С. 40 – 43.
6. Рюге Г. Клинические критерии / Г. Рюге // Клиническая стоматология. – 1998. – № 3. – С. 40 – 46.
7. Гранько С. Количественная световая флуоресценция при минимально инвазивном лечении начальных кариозных поражений методом инфильтрации / С. Гранько, О. Лопатин, А. Бутвиловский // Дентарт. – 2011. – № 4. – С. 24 – 33.

REFERENCES

1. Bilous I. V., Kazakova R. V. The remote results of treatment of system hypoplasia of enamel in children and prophylaxis of its complications. Visnyk stomatologii. 2003;4:65-68.
2. Beloklitskaya G.F., Solntseva T.A., Gurenok V.I. Clinical possibilities of Admira (VOCO) universal restoration system for restorations of non-caries lesions of solid dental tissues (Information II). Sovremennaya stomatologiya. 2004;3:18-21.
3. Kuntselmann Karl-Khaynts. Supreme – the results of restoration of inborn hard dental tissues defects. Sovremennaya stomatologiya. 2004;2:9.
4. Fonseca R.B., Sobrinho L.C., Neto A.J.F. [and others]. Enamel hypoplasia or amelogenesis imperfect – a restorative approach. Braz J Oral Sci. 2006;5(16):941-943.
5. Ozhgikhina N.V., Kiselnikova L.P. Molar-incisor hypomineralization. Part I. Aetiology and clinical manifestation. Problemy stomatologii. 2010;3:40-43.
6. Ryuge G. Clinical criteria. Klinicheskaya stomatologiya. 1998;3:40-46.
7. Granko S., Lopatin O., Butvilovskiy A. Laser fluorescence when minimal invasive treatment of initial caries lesions by infiltration method. Dentart. 2011;4:24-33.

Надійшла 04.03.13

