

Summary

EVALUATION OF FILLING MATERIALS USED FOR RESTORATION OF HARD TISSUES OF PERMANENT TEETH IN CHILDREN
Bezvushko E. V., Shpotyuk O. O.

Key words: questionnaire, glass ionomers, practical experience, dental restoration, composite materials.

The analysis of questionnaire results has shown that to restore hard tissues of permanent teeth paediatric dentists use glass ionomers, composites, and compomers. On the average, glass ionomer cements are more common used compared with composites. The dentists significantly more likely use traditional glassionomer cements Fuji VIII (GC), Ketac-Cem (3M ESPE), Riva (SDI) and Tsemion (Vladmiva). The questionnaire results have also demonstrated the dentists with practice experience of 1-5 years prefer to use GC Fuji VIII materials (60%), while the dentists whose practical experience is over 5-10 years prefer to use Riva SDI materials (63%). The dentists with practical experience of more than 10 years prefer Cemion (80-83%) and Ketac-cem 3M ESPE materials (from 50 to 68%). The questionnaire results have shown that more and more pediatric dental composite materials are used for restoration of deciduous teeth. At present, compomers are widely used in pediatric dentistry because modern compomers are designed specifically for the restoration of primary teeth, they have different colours (blue, pink, yellow), attracting the child's interest and encourage the healing process. Materials produced by Dyract XP and Twinky star are the most popular and the most often used by the paediatric dentists. All doctors use compomers. The groups of dentists with practical experience of 1–5 years, and 5–10 use materials Twinky star (Voco) in 94% and 80% respectively, and Dyract XP (Dentsply) (83%) and (73%). 15 year practical experience shows reduced use of compomers in paediatric dentistry. There is no better group of restoration materials like composites. Every year manufacturers improve their physical and chemical properties to increase their durability, to provide better fit edge, to reduce polymerization shrinkage, and to get increased mechanical strength. According to questionnaire results the dentists of communal dental clinics for children receive the most commonly used materials Charisma «Heraus-Kuzer» and Filtek Z 250 «3M ESPE». It should be noted that a high percentage of dentists with practical experience of 1-5 years use this group of materials. With increasing practical experience, the percentage of composites decreases, and the percentage of dentists using Filtek Z 250 «3M ESPE» goes down to 17% and Charisma «Heraus-Kuzer» to 7% respectively. Paediatric dentists with practical experience over 15 years do not apply these materials.

УДК 616.314-007-74

Брайко Н.М., Ткаченко І.М.

РЕСТАВРАЦІЯ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ З КЛИНОПОДІБНИМИ ДЕФЕКТАМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Зі збільшенням числа хворих з клиноподібними дефектами серед молоді зростають і вимоги до естетичного вигляду реставрацій приясневих ділянок твердих тканин зубів. Довговічність реставрації залежить від сили зчеплення адгезивної системи з твердими тканинами зуба, чого важко досягти у пришийкових ділянках, де емаль має найменшу товщину, а зуб витримує найбільше жування навантаження. Тому, метою даного дослідження стало підвищення ефективності лікування приясневих дефектів твердих тканин зубів шляхом диференційованого підходу до вибору техніки препарування та адгезивної системи. Оскільки наші пацієнти – особи молодого віку, на перший план для них стає естетика. Тому для реставрації зубів ми вибрали найсучасніші адгезивні системи 5 та 6 покоління у поєднанні з фотополімерним композиційним матеріалом «Харизма Ф» (Heraeus Kulzer), який виділяє фтор. Пацієнтів поділено на дві групи відповідно до методик лікування – без препарування та з препаруванням. Кожна група мала по дві підгрупи – із застосуванням адгезивної системи 5 покоління та 6 відповідно. Всім пацієнтам, яким пломбування проводили безпрепарувальним та препарувальним методом попередньо проводили професійне очищення поверхонь дефектів полірувальною пастою без фтору. Шліфування та полірування пломб здійснювати системою головок Енхенс (Dentsply) та полірувальною пастою без фтору Депурал Нео.

Ключові слова: клиноподібні дефекти зубів, методика препарування, адгезивна система.

Дослідження являється фрагментом НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Морфологічно-функціональні особливості тканин ротової порожнини і їх вплив на проведення лікувальних заходів і вибір лікувальних матеріалів», № держреєстрації 0115U001112.

Вступ

Якісне і довгострокове пломбування дефектів твердих тканин зуба залишається актуальною проблемою відновної терапевтичної стоматології. Скарги на випадіння пломб після лікування клиноподібних дефектів навіть з використанням сучасних пломбувальних матеріалів та адгезив-

них систем реєструються у 93% обстежених [16,17]. В більшості випадків це зумовлено специфічними технологічними властивостями матеріалів, складними і трудомісткими маніпуляціями, які необхідно виконати в пришийковій ділянці стоматологу в процесі препарування і пломбування дефектів [2,6,7,13]. Безпосередня близь-

кість до ясеневого краю, наявність слини і ясеневої рідини спричиняють також певні труднощі у роботі. Оскільки пришийкова ділянка зуба витримує велике навантаження, але має невелику товщину емалі (близько 0,01 мм), прогресування патологічного процесу часто супроводжується повним руйнуванням найтвердішої зубної тканини, а межа дефекту зміщується в ділянку цементу кореня зуба, де адгезія пломбувальних матеріалів невелика [1,2,4,9,13,20]. Поряд з цим до ускладнень при лікуванні клиноподібних дефектів призводять морфологічні зміни в структурі емалі і дентину як самого дефекту, так і оточуючих його тканин [5,14]. Певні труднощі викликає і велика кількість пломбувальних матеріалів для реставраційних робіт при відсутності чітких показань для їх використання в конкретних випадках. У зв'язку із цим виникає необхідність диференційованого підходу до вибору пломбувального матеріалу в конкретній клінічній ситуації [3,6,7].

Вибір пломбувального матеріалу повинен здійснюватися індивідуально, з урахуванням гігієнічного стану порожнини рота, інтенсивності патологічного процесу, глибини та площі ураження. Використання фотополімерів з застосуванням техніки тотального травлення рекомендується для пломбування поверхневих і середніх (глибиною до 1 мм) клиновидних дефектів у пацієнтів з низькою активністю і інтенсивністю патологічних процесів (до 6 зубів) і хорошим гігієнічним станом порожнини рота (ОHI-S не більше 0,6) [3]. Для пломбування ерозій і поєднаних ерозивно-абразивних ушкоджень, аналогічних за глибиною, доцільно вибирати фотополімерні композити з самопротравлюючими адгезивами [3,6,11]. Результати клінічних спостережень свідчать про те, що адгезивні системи 6-го і 7-го покоління менш агресивні порівняно з такими 5-го покоління (випадки гіперестезії рідкісні). Це особливо актуально при лікуванні дефектів твердих тканин зуба, які мають кислотну природу походження. У той же час, самопротравлюючі адгезиви достовірно поступаються системам, що працюють в техніці тотального травлення за критерієм адгезивної міцності [3,10]. Тому їх використання на облітерованих поверхнях клиновидних дефектів недостатньо ефективно. Пломбування середніх (більше 1 мм) за глибиною і великих дефектів рекомендується починати з використання склоіономерних цементів подвійного або потрійного затвердіння в якості ізолюючих прокладок з подальшим пломбуванням дефектів фотополімерами з адгезивними системами 5-го покоління. Для виготовлення ізолюючих прокладок також призначені склоіономерні цементні хімічного затвердіння (Ionobond, Aqua Ionobond (VOCO), ЦеміЛайн-ЛС (ВладМиВа)). Перевага надається застосуванню самих композитів, які мають низьку полімеризаційну усадку, невисокий модуль еластичності, здатний протистояти силам пружної деформації, та мають ви-

сокі естетичні властивості. Всім перерахованим вище вимогам відповідають наноіономерні матеріали (Grandio (VOCO)). Хороші віддалені результати пломбування отримані і при використанні мікрогібридних фотополімерів (Amaris (VOCO) і конденсованих композитів [4,8,15,18]. Клініко-історичні спостереження свідчать про невиправдане в ряді випадків застосування текучих матеріалів в якості постійних пломб. Безумовно, текучі композити мають високу еластичність, швидко адаптуються в порожнині. Однак дані матеріали показані для заповнення дефектів глибиною не більше 2 мм, накладаються дуже тонким шаром (0,01 мм), інакше полімеризаційна усадка досягає 5-6 об'ємних відсотків. Крім того, текучі композити характеризуються низькою стійкістю до абразивного зносу і невисокими естетичними властивостями у порівнянні з такими традиційноіономерних фотополімерів [19]. Найбільш доцільно використання текучих композитів в якості першого адаптивного шару. Відмінні результати відзначені при використанні для постійного пломбування клиноподібних дефектів СИЦ хімічного затвердіння (Aqua Ionofil, Ionofil, Ionofil Plus, Ionofil Molar (VOCO), Аквадент (Білорусь), Акваіон, Цеміон (ВладМиВа)), а також гібридних склоіономерних цементів Aqua Senit, Ionolux (VOCO), Цемілайт (ВладМиВа) [3,12]. Не виключається застосування реставраційних компомерних матеріалів. За критерієм еластичності вони кращі за традиційно іономерні фотополімери. Проте естетичні властивості компомерів порівняно з такими композитів світлового затвердження недостатньо високі. Крім того, компомери відрізняються високим водопоглинанням, в результаті чого поверхня цих матеріалів руйнується швидше поверхні фотополімерів. При пломбуванні компомерами необхідно використовувати адгезивні системи. Як правило, фірми-виробники в комплекті з матеріалом пропонують самопротравлюючу адгезивну систему, яка недостатньо ефективна на структурно змінених поверхнях клиноподібних дефектів. Пломбування глибоких клиноподібних дефектів проводять з використанням лікувальних прокладок та СИЦ, призначених для виготовлення постійних пломб. Через півроку при відсутності клінічних симптомів патологічних ускладнень, гарному гігієнічному стані порожнини рота і необхідності досягнення високого естетичного результату лікування (передня група зубів) можливе застосування високодисперсних гібридних фотополімерів (шар СИЦ залишають у вигляді ізолюючої прокладки – закритий або сендвіч у вигляді прокладки і приясеневої частини пломби – відкритий сендвіч) .

У випадках оголення коренів показані матеріали, що мають колір слизової оболонки. Amaris Gingiva (VOCO) – композиційний пломбувальний матеріал, що дозволяє відтворити відтінки ясен. В комплект входить основний колір (природний) і три змішуються опакові (білий, світлий і темний

відтінки) [3].

Таким чином, пацієнти з клиноподібними дефектами вимагають використання пломбувальних матеріалів з урахуванням клінічної ситуації.

Метою даного дослідження стало підвищення ефективності лікування приясеневих дефектів твердих тканин зубів шляхом диференційованого підходу до вибору техніки препарування та адгезивної системи.

Об'єктом клінічних досліджень були 124 пацієнти 4-ої поліклініки (2-е відділення) м. Полтави у віці від 18 до 25 років, яким проведено пломбування 486 приясеневих дефектів твердих тканин зуба. Оскільки наші пацієнти – особи молодого віку, на перший план для них стає естетика. Тому для реставрації зубів ми вибрали найсучасніші адгезивні системи 5 та 6 поколінь у поєднанні з фотополімерним композиційним матеріалом «Харизма Ф» (Heraeus Kulzer), який виділяє фтор. Пацієнтів поділено на дві групи відповідно до методик лікування – без препарування та з препаруванням. Кожна група мала по дві підгрупи – із застосуванням адгезивної системи 5 покоління та 6 відповідно.

Всім пацієнтам, яким пломбування проводили безпрепарувальним та препарувальним методом попередньо проводили професійне очищення поверхонь дефектів полірувальною пастою без фтору Депурал Нео.

У пацієнтів, яким вирішили проводити реставрацію після препарування пришийкових дефектів, лікування проводилось за стандартною схемою:

1. Знеболення проводили ін'єкційне 4% розчином Убістезину форте. За бажанням пацієнтів препарування проводили без його застосування.

2. Препарування клиноподібних дефектів здійснювали за допомогою турбінного і мікромоторного наконечників алмазними і вольфрамовокарбідними борами з обов'язковим водяним охолодженням. Порожнина надавали овальну форму при невеликих дефектах, витягнуто в мезіо-дистальній проекції та у вертикальній проекції – при поширенні дефекту у приясеневую оклюзійному напрямку. Приясеневу стінку препарували перпендикулярно або під гострим кутом до вертикальної осі зуба, що дозволяє попередити травмування ясеневого краю і поліпшити фіксацію пломби. Дно порожнини обробляли таким чином, щоб воно повторювало опуклу форму вестибулярної поверхні. Внутрішні кути порожнини закругляли. Фальцювання емалі проводили дрібнозернистим алмазним бором з заокругленим кінцем. Створювали скіс емалі у напрямку до екватору, який за площею відповідав розміру дефекту для підвищення сили зв'язку «пломба – зуб» та попередження видимої межі пломби. Для відтиснення краю ясен застосовували ретракційну нитку, просочену адрена-

ліном.

3. Медикаментозну обробку виконували аплікацією 2% водним розчином хлоргексидину біглюконату.

Важливою властивістю водного розчину хлоргексидину є здатність проникати в глибокі шари дентину і зберігати свою активність впродовж 2 тижнів після реставрації зуба [3,7]. Препарат не чинить негативного впливу на полімеризацію адгезивних систем і композитів. Крім того, хлоргексидин є інгібітором дентинних матриксних металопротеїназ (ММР) – ендогенних ферментів, відповідальних за деградацію гібридного шару, що приводить до «відторгнення» реставрації організмом людини [3,7].

4. Відновлення клиноподібних дефектів включало нанесення адгезивної системи впродовж 30 сек. з подальшим нанесенням пломбувального матеріалу пошарово по 2 мм. та полімеризацією кожного шару адгезиву та пломбувального матеріалу впродовж 20 сек.

5. Шліфування та полірування пломби.

Результатом нашої роботи на даний час є підведення підсумків та обробка статистичних даних клінічного обстеження, про що ми опублікуємо в наступних роботах.

Клінічний випадок:

Хвора С. 22 роки звернулася зі скаргами на підвищену чутливість до термічних подразників в зубах нижньої щелепи справа та зліва.

З анамнезу життя відомо, що пацієнтка щоденно у великій кількості вживала кислі продукти (яблука, лимони) та чистила зуби під високим тиском зубної щітки на вестибулярну поверхню зубів.

Об'єктивно спостерігається потоншення товщини емалі вестибулярної поверхні різців, ікол та премолярів обох щелеп. Емаль в ділянці ураження в кольорі незмінена, має блюдеподібну форму, гладка при зондуванні. В пришийкових ділянках 34,35,44,45 спостерігаються дефекти у вигляді клина в межах емалі. Дефекти не забарвлюються ні 1% водним розчином метиленового синього, ні 5% спиртовим розчином йоду. Зондування слабо болісне по дну клина. Вертикальна та горизонтальна перкусія 34,35,44,45 безболісна. Пальпація слизової в проекції верхівок коренів причинних зубів безболісна. Холодова термодіагностика викликає короточасний приступ болю, що зникає відразу після усунення подразника.

Діагноз: Ерозія емалі 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45. Клиноподібні дефекти другого ступеню 45, 44, 34, 35.

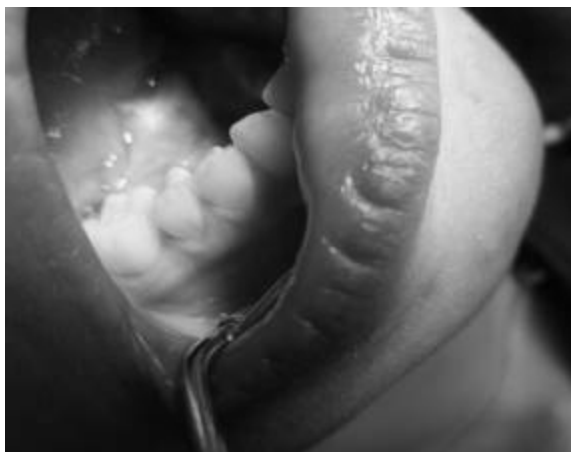


Фото 1. Стан твердих тканин до лікування.

За бажанням пацієнтки препарування клиноподібних дефектів здійснювали без застосування анестезії за допомогою турбінного і мікроторного наконечників алмазними і вольфрамовокарбідними борами з обов'язковим водяним охолодженням. Видаляли структурно змінені емаль і дентин. Порожнинам надавали овальну форму, витягнуту у вертикальній проекції – поширення дефекту у приясенево-оклюзійному напрямку. Приясеневу стінку препарували перпендикулярно до вертикальної осі зуба, що дозволило попередити травмування ясеневого краю і поліпшити фіксацію пломби. Дно порожнини обробляли таким чином, щоб воно повторювало опуклу форму вестибулярної поверхні. Внутрішні кути порожнини закругляли. Фальцю-



Фото 2. Після лікування клиноподібних дефектів 44,45.

вання емалі проводили дрібнозернистим алмазним бором з заокругленим кінцем. Створили скіс емалі у напрямку до екватору, який за площею відповідав розміру дефекту для підвищення сили зв'язку «пломба – зуб» та попередження видимої межі пломби. Для відтиснення краю ясен застосовували ретракційну нитку, просочену адреналіном.

6. Медикаментозну обробку виконували аплікаційним способом за допомогою стерильних ватяних кульок 2% водним розчином хлоргексидину біглюконату. Відновлення клиноподібних дефектів включало нанесення адгезивної системи впродовж 30 сек. з подальшим нанесенням пломбувального матеріалу пошарово до 2 мм. та полімеризацією кожного шару адгезиву та пломбувального матеріалу «Харизма Ф» (Heraeus Kulzer) впродовж 20 сек. Шліфування та полірування пломб здійснювати системою головок Енхенс (Dentsply) та полірувальною пастою без фтору Депурал Нео (абразивна паста, до складу якої входить: карбоксиметилцелюлоза, нефелін, гідрогенфосфат кальцію, гліцерин, очищена вода, смакові домішки) з додаванням краплинки води для посилення блиску поверхні реставрації.

Пацієнтці проведено навчання правилам особистої гігієни порожнини рота та дані рекомендації щодо раціонального харчування з обмеженням кислих продуктів.



Фото 3. Через 12 місяців після лікування клиноподібних дефектів 44,45.

Література

1. Бурлуцкий А.С. Роль механического фактора в возникновении и развитии клиновидных дефектов зубов / А.С. Бурлуцкий – Воронеж, 1988. – 6 с.
2. Бурметьева О. С. Роль анатомо-топографических и функциональных параметров преддверия полости рта в этиопатогенезе клиновидных дефектов зубов / О. С. Бурметьева, А. И. Пылков, С. М. Бурметьев // Российский стоматологический журнал. - 2009. - № 6. - С. 15-18 .
3. Луцкая И.К. Эстетическое пломбирование некариозных дефектов твердых тканей зуба / И.К. Луцкая, Е.И. Марченко, И.Г. Чухрай // Современная стоматология. - 2012. - №1. – С. 29–31.
4. Макеева И. М. Роль абфракции в возникновении клиновидных дефектов зубов / И. М. Макеева, Ю.В. Шевелюк // Стоматология. – 2012. - № 1. – С. 65–69.
5. Макеева И. М. Электронно-микроскопическое исследование твердых тканей зуба при клиновидных дефектах / И. М. Макеева, С. Ф. Бякова, В. П. Чуев [и др.] // Стоматология. – 2009. - № 4. – С. 39–42.
6. Максимовский Ю.М. Современный взгляд на лечение эрозии и клиновидного дефекта твердых тканей зуба / Ю.М. Максимовский, В.А. Кудряшова, В.М. Гринин // Стоматология для всех. – 2005. – № 1. – С. 22–23.
7. Николаев А. И. Системный подход к диагностике и комплексному лечению кариозных и пришеечных некариозных пораженных твердых тканей зубов (клинико-лабораторное исследова-

- ние) : автореферат дис. д-ра мед. наук : 14.01.14 «Стоматология» / А. И. Николаев; Смолен. гос. мед. академия. - Смоленск, 2012. - 37 с.
8. Николаев А.И. Критерии оценки композитных реставраций зубов / А.И. Николаев, Э.М. Гильмияров, А.В. Митронин, В.В. Садовский. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 96 с.
 9. Огрызко К. Н. Распространенность и особенности этиологии абразивного износа (клиновидных дефектов) у взрослого населения г. Витебска / К. Н. Огрызко, Т. А. Отвалко // Актуальные вопросы современной медицины и фармации : материалы 63-й итог. науч.-практ. конф. студентов и мол. ученых, 21-22 апр. 2011г. - Витебск, 2011. - С. 260-261.
 10. Рыбникова Е.П. Кариозные и некариозные поражения твердых тканей пришеечной области зуба / Е.П. Рыбникова // Клиническая стоматология: Ежеквартальный ж-л для стоматологов-практиков. - 2013. - №3. - С. 72-77.
 11. Рубежова Н.В. Особенности клинического течения и лечения больных с эрозиями, клиновидными дефектами и повышенной стираемостью зубов : дис. канд. мед. наук : специальность 14.00.21 «Стоматология» / Н.В. Рубежова; СПб., 2000. – 183 с.
 12. Садиков Р.А. Клиновидные дефекты твердых тканей зубов. / Р.А. Садиков, А.В. Цимбалстов, О.Л. Пихур – Москва, СпецЛит, 2011. – 108 с.
 13. Скрипников П.Н. Опыт применения композита Сапфир для лечения дефектов твердых тканей зуба в пришеечной области / П. Скрипников, Д. Шиленко, И. Бочковский // ДентАрт. - 2008. - № 3. – С. 20–24.
 14. Ткаченко І. М. Визначення фізіологічних розмірів коронкової частини зубів як одного з головних параметрів при встановленні діагнозу підвищена стертість твердих тканин зубів / І. М. Ткаченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - Т. 2, № 2. - С. 169-173.
 15. Улитовский С.Б. Взаимосвязь между состоянием реставраций и гигиеной полости рта / С.Б. Улитовский // ДентАрт. - 2005. - № 3. – С. 63–65.
 16. Фёдоров Ю.А. Некариозные поражения, развившиеся после прорезывания зубов // Ю.А. Фёдоров, В.А. Дрожжина, Н.В. Рубежова // Новое в стоматологии. – 1997. – № 10. – С. 67–119.
 17. Некариозные поражения зубов на фоне эндокринных нарушений как следствие экологических катастроф. Эндогенные интоксикации., развившиеся после прорезывания зубов / [Ю.А. Фёдоров, В.А.Дрожжина, Н.В. Рубежова, Е.Н. Шустова] - Ст-Петербург, 1994. - 53с.
 18. Zoergiebel J. Evaluation of a conventional glass ionomer cement with new zinc formulation: effect of coating, aging and storage agents / J. Zoergiebel, N. Ilie // Clin Oral Invest. – 2012. - № 4. – С. 234–236.
 19. Li X.R. Clinical evaluation of flowable composites in treatment of wedgeshaped defects as a liner / X.R. Li, J. Wang, H. W. Li. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. – 2011. № 20(4). – С. 429-432.
 20. Lussi A. Progression of and risk factors for dental erosion and wedge-shaped defects over a 6-year period / A. Lussi, M. Schaffner // Caries Res. – 2000. - № 7. – P. 182-187.

Реферат

РЕСТАВРАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С КЛИНОВИДНЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Браилко Н.Н., Ткаченко И.М.

Ключевые слова: клиновидные дефекты зубов, методика препарирования, адгезивная система.

С увеличением числа больных с клиновидными дефектами среди молодежи растут и требования к эстетическому виду реставраций пришеечных участков твердых тканей зубов. Долговечность реставрации зависит от силы сцепления адгезивной системы с твердыми тканями зуба, чего трудно достичь в пришеечных участках, где эмаль имеет наименьшую толщину, а зуб выдерживает большую жевательную нагрузку. Поэтому, целью данного исследования стало повышение эффективности лечения пришеечных дефектов твердых тканей зубов путем дифференцированного подхода к выбору техники препарирования и адгезивной системы. Так как наши пациенты – лица молодого возраста, на первый план для них становится эстетика. Поэтому для реставрации зубов мы выбрали самые современные адгезивные системы 5 и 6 поколений в сочетании с фотополимерным композиционным материалом «Харизма Ф» (Heraeus Kulzer), выделяющий фтор. Пациентов разделили на две группы в соответствии с методиками лечения без препарирования и с препарированием. Каждая группа имела по две подгруппы – с применением адгезивной системы 5 поколения и 6 соответственно. Всем пациентам, которым пломбирование проводили безпрепаровочным и препаровочным методом, предварительно проводили профессиональную очистку поверхности дефектов полировочной пастой без фтора. Шлифование и полирование пломб осуществляли системой головок Энхенс (Dentsply) и полировочной пастой без фтора Депурал Нео.

Summary

RESTORATION OF PERMANENT TEETH WITH WEDGE-SHAPED DEFECTS

Brailko, N. N., Tkachenko I. M.

Key words: wedge-shaped defects of teeth, preparation techniques, bonding system.

Increase in the number of patients with wedge-shaped defects among young population determines the growing wants and desired for aesthetic restorations of hard dental tissues. The longevity of the restoration depends on the strength of adhesion between the bonding system and dental hard tissue that is the most difficult to achieve in the cervical areas where the enamel has the smallest thickness and a tooth can withstand heavy chewing pressure. This study was aimed at increasing the efficiency of restoration of cervical hard dental tissues by elaborating the patient-centred approach to the choice of preparation techniques and bonding systems. Aesthetics was reported to be a key demand for our young adult patients. Therefore, for tooth restoration we chose the latest bonding systems of V and VI generations in combination with photopolymer composite material "Charisma F" (Heraeus Kulzer), which releases fluoride. Patients were divided into two groups in accordance with the restoration routine (with using and without using preparation technique). Each group fell into two subgroups which were applied bonding systems of V and VI generations, respectively. All the patients had professional cleaning of the defect surfaces with polishing paste without fluoride prior the filling procedure. Final polishing was performed by using polishing heads system "Enhance" (Dentsply) and polishing paste without fluoride "Depural Neo".