

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



перевищує мінімальну пригнічувальну концентрацію (МПК) для виділених із тонкої кишки грамнегативних бактерій.

Таким чином, Ріфаксимін при МПК від 0,25 до 48 мкг/мл *in vitro* інгібує зростання більшості патогенних і умовно патогенних грамнегативних бактерій, що колонізують слизову оболонку тонкої кишки у хворих з абдомінальним сепсисом. Уведений всередину ріфаксимін у нанокapsульованій формі в дозі 12 мг/кг/добу і ципрофлоксацину в дозі 3 мг/кг/добу ефективно захищають слизову оболонку від колонізації патогенними та умовно-патогенними бактеріями, запобігає їх транслокацію у внутрішні органи і можуть використовуватися для селективної деконтамінації кишечника у хірургічних хворих.

**Ткачук О.В.**

#### **СТАН ІНСУЛІНПРОДУКУВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ІШЕМІЄЮ-РЕПЕРFUЗИЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

У хворих на цукровий діабет (ЦД) частота гострих розладів церебрального кровообігу зустрічається значно частіше, порівняно з пацієнтами без діабету. Однак, аналіз літературних даних, присвячених ролі гіперглікемії в перебігу гострих порушень мозкового кровообігу, показує обтяжуючий вплив гіперглікемії як у пацієнтів, що страждають на ЦД, так і в тих, що не мали в анамнезі порушень вуглеводного обміну. Показано, що більше половини хворих, які перенесли інсульт чи транзиторну ішемічну атаку, у подальшому мали порушений глюкозотолерантний тест чи діабет. Серед тих, у кого в постінсультному періоді було виявлено ЦД, 40 % раніше не мали порушень вуглеводного обміну. Взаємообумовленість ішемії-реперфузії головного мозку та порушення вуглеводного обміну очевидна, однак патогенез погіршеного перебігу гострих розладів мозкового кровообігу за наявності гіперглікемії та причин її виникнення у хворих без діабету залишається невизначеним.

Мета дослідження - вивчити вплив ішемії-реперфузії головного мозку на інсулінпродуковальну функцію острівців підшлункової залози в контрольних щурів та тварин із цукровим діабетом.

ЦД відтворювали однократним внутрішньочеревним введенням стрептозотоцину (Sigma, США, 60 мг/кг маси тіла) білим нелінійним самцям щурів двомісячного віку. У дослід брали щурів із рівнем глікемії вище 10 ммоль/л. У частини шестимісячних інтактних щурів та тварин із ЦД здійснювали 20-хвилинне двобічне кліпсування загальних сонних артерій із наступною реперфузією. Тварин виводили з експерименту на 12 добу декапітацією під наркозом. Інсулін у β-клітинах визначали методом непрямой імунофлуоресценції. Імунофлуоресценцію, пов'язану з умістом інсуліну в β-клітинах, вивчали в ультрафіолетовому спектрі збудження 390-420 нм. Зображення вводили в комп'ютерну систему цифрового аналізу VIDAS-386 (Kontron Elektronik, Німеччина). Визначали також загальний уміст гормону в острівцях. Результати досліджень опрацьовано за допомогою пакета прикладних програм «Statistica» («Statsoft», США). Статистичну значимість відмінностей оцінювали за t-критерієм Стьюдента для незалежних виборок.

Виявлено, що ЦД та ішемія-реперфузія головного мозку у тварин контрольної групи і щурів із діабетом призвели до появи поодиноких β-клітин, відсутніх у тварин контрольної групи. Загальний уміст та концентрація інсуліну в ших клітинах у всіх експериментальних групах достовірно не відрізнялися. У контрольних щурів після ішемії-реперфузії головного мозку кількість клітин у малих острівцях знизилася на 32 %, концентрація інсуліну в клітині – на 31 %, уміст інсуліну в острівцях та концентрація в них гормону – на 82 та 64 % відповідно. ЦД знизив кількість клітин в острівці більш суттєво – на 78 %, концентрацію інсуліну в β-клітинах – на 17 %, а вміст інсуліну та його концентрацію в острівці – на 116 та 33 %. У тварин із ЦД ішемія-реперфузія головного мозку не вплинула на жоден із досліджених показників порівняно з такими за умов діабету, хоча стосовно показників у контрольних щурів за поєднаної патології всі параметри були достовірно нижчими. У середніх острівцях контрольних щурів ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку спричинило зниження кількості β-клітин на 27 %. Концентрація інсуліну в клітинах також знизилася (на 45 %), як і вміст та концентрація інсуліну в острівці (на 84 та 91 % відповідно). Вплив ЦД на кількість β-клітин у середніх острівцях був таким же, як і в попередній експериментальній групі, а на решту зазначених параметрів – навіть дещо нижчим: концентрація інсуліну в клітинах знизилася на 26 %, уміст та концентрація інсуліну в острівці – на 63 та 65 % відповідно. У великих острівцях контрольних щурів після ішемії-реперфузії головного мозку кількість клітин знизилася на 71 %, концентрація інсуліну в клітині – на 28 %, уміст інсуліну в острівці та концентрація в ньому гормону – на 119 та 91 % відповідно. У великих острівцях ЦД знизив кількість клітин найбільш суттєво – на 151 %, концентрацію інсуліну в β-клітинах – на 20 %, а вміст інсуліну та його концентрацію в острівці – на 189 та 175 %. Як і в попередніх класах острівців, у тварин із ЦД ішемія-реперфузія головного мозку не вплинула на жоден із досліджених показників порівняно з такими за умов діабету, хоча стосовно показників у контрольних щурів за поєднаної патології всі параметри були достовірно нижчими. Це дозволяє вважати, що чотиримісячний ЦД вичерпує функціональні можливості підшлункової залози, унеможливаючи її реакцію на додаткові стимули. Таким чином, ми бачимо, що в експерименті ішемія-реперфузія головного мозку суттєво впливає на інсулінпродукуючу функцію підшлункової залози, а гіперглікемія, притаманна цьому виду гострого порушення мозкового кровообігу, може мати морфологічні витоки. Оцінюючи результати даного дослідження в сукупності з раніше отриманими можна сказати, що більш



суттєвий вплив ЦД на морфофункціональний стан острівцевого апарату підшлункової залози порівняно з тим, що має місце за умов ішемії-реперфузії в контрольних щурів, здійснюється на рівні гігантських та великих острівців, а також за рахунок більш вагомого зниження загальної маси β-клітин у всіх острівцях залози.

Отже, чотиримісячний цукровий діабет та ішемія-реперфузія головного мозку в контрольних щурів зменшують кількість β-клітин в острівцях, концентрацію в них інсуліну, загальний уміст і концентрацію інсуліну в усіх типах острівців. Більш суттєвий вплив цукрового діабету на досліджені показники здійснюється, переважно, на рівні великих острівців. Ішемія-реперфузія головного мозку в щурів із цукровим діабетом не впливає на зазначені показники в жодному типі острівців.

#### **СЕКЦІЯ ІЗ**

#### **ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ**

**Бамбуляк А.В., Бедик В.В.**

#### **АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛОБОВИХ ПАЗУХ В ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ**

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Вивчення розвитку, становлення топографо-анатомічних взаємовідношень органів у різні вікові періоди є одним із провідних у підході до організму людини, актуальним завданням ембріологів, анатомів, тератологів, хірургів. В останні роки хірургія (та й інші клінічні спеціальності) все більше прагне чітко враховувати анатомо-фізіологічні особливості віку.

Встановлено, що зачаток лобових пазух вперше з'являється на 5-му місяці внутрішньоутробного періоду розвитку ділянки середнього носового ходу у вигляді невеликої заглибини, яка сліпо закінчується. Зачаток лобової пазухи спрямований латерально і доверху. По периферії зачатка лобової пазухи розташована хрящова капсула носа. Зачаток лобових пазух межує з хрящовою капсулою верхньої стінки носової порожнини. Вхід в пазуху обмежений гачкуватим відростком і решітчастим пухирем. Форма зачатка лобових пазух наближується до овальної.

Проте рентгенографічно чіткі анатомічні ознаки меж лобових пазух у прелодів 7-місяців відсутні. Рентгенографічно в передній проекції у 9-місячних плодів простежуються острівці скостеніння в ділянці медіальних стінок очних ямок. Найбільш їх інтенсивний розвиток відбувається у плодів 9-го – 10-го місяців.

У новонароджених лобові пазухи мають вигляд шілини з вростаючою в неї слизовою оболонкою у вигляді мішкуватого випину. Виготовлення 3-Д реконструкції голови дитини грудного віку показало, що пазухи найбільш виражені у вертикальному напрямку. У дитячому віці пазухи уже межують із середніми комірками решітчастого лабіринту.

Пневматизація лобових пазух досить інтенсивно відбувається в період першого дитинства і підліткового віці. У віці 8-12 років лобові пазухи збільшуються в розмірах. У даній віковій групі виявлена правобічна пневматизація. У підлітковому періоді розвитку виявляється асиметрія в їх будові. Більш пневматизовані праві лобові пазухи. В юнацькому віці виявляється різноманітна форма і топографічні взаємовідношення пазух з оточуючими структурами. Відзначається їх варіантність і мінливість, що не дає можливості знайти найбільш характерні форми пазух. Начастіше зустрічаються пазухи овальної і тригранної форми. У людей зрілого віку першого періоду лобові пазухи мають стабільну будову. У зрілому віці другого періоду лобові пазухи мають стабільну форму, в ряді випадків починають проявлятися інволютивні зміни.

У літньому та старечому віці настають інволютивні зміни: атрофується слизова оболонка і її залози, стоншуються стінки пазух.

**Белікова Н.І.**

#### **ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ АДГЕЗИВНОГО ШИНУВАННЯ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ**

*Кафедра ортопедичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

На окремих технологічних етапах виготовлення шин на основі керамерів, скловолокна чи поліетилену не завжди враховується в повній мірі висота коронок фронтальних зубів, ступінь їх нахилу, рухомості, обґрунтовується висота розміщення ретенційного пазу, методика закріплення арматури з точки зору біомеханіки. Відомо також, що міжзубні частини шинуючих пристроїв виконані із жорстких армуючих матеріалів, які практично не мають еластичних властивостей. Тому у відомих класичних способів шинування є істотні недоліки, пов'язані із жорстким кріпленням зубів, внаслідок цього виключається можливість мінімальної, але фізіологічно необхідної рухомості зубів щодо один до одного, до зубного ряду і до альвеолярного відростка.

З цією метою нами проведено і аналіз помилок і ускладнень адгезивного шинування за різними методиками виконання.

Оглянуто 73 пацієнти із наявністю у роті 75 раніше виготовлених конструкцій адгезивних шин (АШ), виготовлених стоматологами клінік м. Полтави, м. Чернівці, Полтавської та Чернівецької області за різними методиками. Серед них 24 (32,0%) шинуючі конструкції виготовлено за неінвазивною методикою, 51 (68,0%) - за інвазивною методикою шинування. При огляді раніше виготовлених конструкцій оцінювали порушення крайового прилягання АШ або її відрив від поверхні зубів, що зашиновані.





При аналізі шинуючих конструкцій у 6 (8,0%) пацієнтів мали місце тріщини шини, у 20 (26,66%) - дефекти в ділянці міжзубних проміжків, у чотирьох (5,33%) - сколювання частин зубів, у 28 (37,33%) - сколювання пломбувального матеріалу, у 12 (16,0%) - відрив окремих зубів від загальної конструкції, у 54 (72,0%) - порушення крайового прилягання шини. Термін користування конструкціями, що мали подібні дефекти, складав від шести місяців до 1,5 року після шинування. Таким чином, при огляді та аналізі АШ було встановлено, що найчастіше зустрічалися такі помилки: у 54 (72,0%) випадках порушення крайового прилягання шини, у 48 (63,9%) - сколювання ділянок композиційного матеріалу та дефектів в ділянці міжзубних проміжків.

Також при користуванні АШ 40 (53,33%) пацієнтів скаржилися на естетичний недолік, порушення мовлення. При їх обстеженні у 18 (24,0%) випадках спостерігалася достатньо широка проміжна частина. При виготовленні скловолоконних або поліетиленових АШ використовували лише один – два шари армуючої стрічки товщиною 0,1 мм, що змушувало накладати значно більше композиційного матеріалу.

Все це призводило до порушення природних контурів зубів, що підлягали шинуванню, і утруднювало мовлення пацієнтів. Відстань від АШ до ясенного краю у 23 (30,6%) осіб була мінімальною, а у 15 (20,0%) - взагалі відсутня. Це призводило до появи в ділянці міжзубних проміжків ретенційних пунктів і у 49 (65,33%) пацієнтів утруднювало проведення гігієнічних заходів, внаслідок чого швидко скупчувався зубний наліт і утворювався зубний камінь. У 46 (61,33%) пацієнтів спостерігалася зміщення зубів вестибулярно, як наслідок зменшення площі стикування стрічки із зубами при проведенні адаптації АШ до міжзубних проміжків. Таким чином, при аналізі адгезивних шинуючих конструкцій, терміном користування до одного року основними недоліками та ускладненнями були порушення крайового прилягання АШ, естетичні проблеми, порушення мовлення та погіршення гігієни порожнини рота.

У пацієнтів, яким проведено адгезивне шинування зубів один рік і більше, на першому місці констатували погану гігієну порожнини рота, зміщення зубів вестибулярно та порушення крайового прилягання шини.

Причинами діагностованих ускладнень і недоліків попереднього шинування можуть бути: недотримання рекомендацій, наведених в інструкціях фірм-виробників при роботі з армуючими матеріалами і композитами, необгрунтоване введення в конструкцію АШ зубів з III ступенем рухомості, виготовлення шин пацієнтам з незадовільною гігієною порожнини рота, проведення шинування при аномально розташованих зубах (віялоподібне розходження зубів, скупченість зубів, вестибулярні і оральні нахили) без попередньої ортодонтичної підготовки, проведення адаптації АШ до міжзубних проміжків за допомогою рибальського волосіння, флосів, стоматологічного зонду без використання гумових клинців.

**Будаєв Ю.В.**

#### **ПСИХО-ЕМОЦІЙНА ПІДГОТОВКА БАТЬКІВ ДО ПРОРІЗУВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ**

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Патологічні процеси в дитячому організмі проходять своєрідно і потребують спеціальної професійної підготовки лікаря-стоматолога, особливого підходу до дитини та чуйності при спілкуванні з батьками. Тому дитячий стоматолог має бути одночасно і психологом і вихователем.

Дитячий лікар – стоматолог повинен заслужити довіру маленького пацієнта та його батьків для того, щоб допомогти їм професійними порадами та необхідними лікувальними процедурами в складний період прорізування зубів.

Малюк народився. Здавалося б, теоретично батьки готові до появи в сім'ї дитини, а на практиці все виявляється зовсім не просто. Кожен день по мірі зростання малюка у них з'являються все нові й нові питання, особливо якщо це первісток. На деякі з них може відповісти дитячий стоматолог. Він знає все про особливості дитячого організму, терміни прорізування і етапи формування зубів, особливості їх лікування в залежності від віку дитини. Перш за все, батьки повинні бути поінформовані про терміни прорізування зубів. Вони, звичайно, індивідуальні, але найчастіше перші зуби прорізаються у віці 6-6,5 місяців, можливо, це відбудеться трохи раніше чи трохи пізніше. Малюки по-різному переносять цей по суті нормальний фізіологічний процес. Він може супроводжуватися хворобливими відчуттями, в зв'язку з чим малюк стає неспокійним, погано спить, гірше їсть, можуть відзначатися незначні підйоми температури, іноді з'являється рідкий стілець. Але сприймати всі ці явища як реакцію на прорізування зубів можна тільки після консультації педіатра. Батьки повинні пам'ятати, що вже перший зуб, який прорізався, потребує догляду. Можна використовувати спеціальні палички або марлеві серветки, змочені в кип'яченій воді, а один-два рази на тиждень - у слабкому розчині соди. А з 1,5-2 років пора використовувати зубну щітку - в аптеках представлені лінії щіток та зубних паст для дітей різного віку. Бажано, щоб до трьох років малюк освоїв чистку зубів. Найлегше привчати до неї особистим прикладом.

Повністю молочний прикус формується у 1,5-2,5 роки. До цього віку у дитини має з'явитися вже 20 молочних зубів. Перші постійні зуби – шості. Зазвичай наступний постійний зуб з'являється до 5,5-6 років, а далі, з 6-7 і до 12-12,5, відбувається повна зміна зубів. Знайомство дитини з дитячим стоматологом має відбутися, коли дитині виповниться рік. Спеціаліст підкаже батькам, як краще доглядати за зубами, оцінить здоров'я вже наявних зубів і правильність формування прикусу. Дитячий стоматолог однаково добре володіє терапевтичними і хірургічними методами лікування, тому в спеціалізованій дитячій клініці можна не побоюватися опинитися без допомоги, наприклад, у випадку якщо в цей день не працює стоматолог-хірург.



Дитячі стоматологи ведуть змішаний прийом - і терапевтичний, і хірургічний, а також займаються питаннями профілактики стоматологічних захворювань. Крім того, в спеціалізованих дитячих клініках обстановка повністю орієнтована на створення комфортних умов для дитини. Тому дорослі не повинні розглядати як втрату дорогоцінного часу те, що малюк, перш ніж потрапити в стоматологічне крісло, дивиться мультфільм або грає з іграшками. Йому необхідний період адаптації, адже настрий, з яким він потрапить до лікаря, і реакція батьків на те, що відбуватиметься довгі роки визначають ставлення до відвідування стоматолога.

Професійна діяльність дитячих лікарів - стоматологів має бути тісно пов'язана з такими медичними науками, як педіатрія та сучасна фармакологія.

**Бурк А. Ю.**

#### **ВИКОРИСТАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗУБНОЇ ПАСТИ «COLGATESENSITIVEPRO-RELIEF» ТА ПРЕПАРАТУ «ГЛУФТОРЕД» ПРИ ПІДВИЩЕНІЙ ЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ**

*Кафедра терапевтичної стоматології  
Буковинський державний медичний університет*

Дані наукових публікацій свідчать, що кількість людей, які страждають на підвищену чутливість зубів, досягає 40-50% загальної кількості населення багатьох розвинутих країн. Серед останніх пропозицій виробників стоматологічних засобів зацікавили такі десенситайзери, як професійна зубна паста «Colgate® SensitivePro-Relief™» (фірма «Colgate-Palmolive», USA) та препарат «Глуфторед» (фірма «ВладМива», Росія).

Метою нашого дослідження було здійснення порівняльної оцінки клінічної ефективності застосування професійної зубної пасти «SensitivePro-Relief™» та препарату для глибокого фторування твердих тканин зуба «Глуфторед» при лікуванні осіб із гіперчутливістю зубів різного ступеня тяжкості.

Дослідження виконане на базі кафедри терапевтичної стоматології БДМУ. Під нашим спостереженням перебувало 23 пацієнти з підвищеною чутливістю зубів. Для визначення ступеня вираженості ГЗ проводили перевірку чутливості кожного зуба на дію різноманітних подразників, спочатку визначаючи реакцію зуба на термічні, потім на хімічні і, в останню чергу, на механічні (тактильні) подразники. В якості термічних подразників використовували холодну воду та воду, підігріту до 60°C, хімічних – 40% розчин глюкози та 9% водний розчин оцтової кислоти, механічним подразником виступав стоматологічний зонд. Інтенсивність ГЗ для кожного зуба визначали за наступною шкалою: 0 балів – відсутність реакції на температурні, хімічні та тактильні подразники; 1 бал – наявність чутливості до температурних подразників; 2 бали – наявність чутливості до температурних та хімічних подразників; 3 бали – наявність чутливості до температурних, хімічних та тактильних подразників. Після обстеження таким чином всіх зубів розраховувався ІІІГЗ за формулою: ІІІГЗ=сума значень індексу кожного зуба / кількість зубів із ГЗ. Поділ на групи здійснювався залежно від засобу місцевої дії, що використовувався для зняття підвищеної чутливості зубів - професійна десенситайзерна паста з Pro-Argin™ технологією «Colgate® SensitivePro-Relief™» (фірма «Colgate-Palmolive», USA) (I група – 11 чоловік) та препарат для глибокого фторування «Глуфторед» (фірма «ВладМива», Росія) (II група – 12 чоловік). Терапевтична дія професійної десенситайзерної пасти «SensitivePro-Relief™» базується на використанні властивостей аргініну, який приймає участь у забезпеченні ремінералізуючого потенціалу.

Препарат «Глуфторед» – це двокомпонентний засіб для глибокого фторування твердих тканин зуба, до складу якого входять рідина, що містить іони фтору і міді, та суспензія – дрібнодисперсний гідроокис кальцію у дистильованій воді. В результаті їх взаємодії безпосередньо у дентинних канальцях і порах ушкодженої емалі утворюються мікрокристали фтористого кальцію, завдяки чому досягаються тривала ремінералізація та ефективна герметизація твердих тканин зуба. Сполуки міді гарантують також помітний захист твердих тканин зуба від карієсогенних мікроорганізмів. Нанесення професійної пасти «Colgate® SensitivePro-Relief™» проводилося за допомогою роторної чашки на низьких обертах не менше 3 секунд [5]. «Глуфторед» застосовували таким чином: після просушування зубів струменем теплого повітря зубну поверхню обробляли ватним тампоном, змоченим слабо-кислим розчином фтористого силікату магнію (рідина блакитного кольору), через хвилину видаляли тампоном надлишок рідини і за допомогою нового тампона наносили суспензію. Через хвилину-півтори давали пацієнтам прополоскати водою порожнину рота. Обробка обома десенситайзерами здійснювалася до та після проведення професійного чищення зубів на ультразвуковому апараті Woodpecker EMS Dental Ultrasonic PiezoScaler UDS P.

У I-й клінічній групі, яка складалася із 11 пацієнтів, в якості місцевого засобу, що використовувався для ліквідації гіперчутливості зубів, застосовувалася професійна зубна паста «Colgate® SensitivePro-Relief™». За тяжкістю захворювання пацієнти, що входили до цієї групи, розподілились наступним чином: у 2 осіб (18%) до початку лікування було діагностовано ГЗ I ступеня, у 6 пацієнтів (55%) – ГЗ II ступеня, у 3 хворих (27%) – ГЗ III ступеня. Обробка пастою на основі Pro-Argin™ технології забезпечила ефективне зниження неприємних відчуттів під час проведення ультразвукового чищення зубів. Так, 8 пацієнтів (72%) вказали на відсутність неприємних відчуттів при проведенні професійної гігієни, а 3 особи (28%) вважали, що ця процедура викликала у них незначний дискомфорт. Таким чином, середнє значення комфортності проведення ультразвукового чищення зубів у I клінічній групі становило 0,27 балів.

Обробка препаратом для глибокого фторування «Глуфторед» забезпечила достатнє зниження неприємних відчуттів однак, 7 пацієнтів (58%) вказали на відсутність неприємних відчуттів при проведенні професійної гігієни, 4 хворих (33%) вважали, що ця процедура викликала у них незначний дискомфорт, а 1