

Отже, спиртовий розчин хлорофіліпту володіє фунгіцидною дією щодо грибів *Candida spp.*, що робить його перспективним для подальших досліджень, як альтернативи засобам для лікування і профілактики розвитку грибкових інфекцій.

ВИЗНАЧЕННЯ МІКРОБНОГО ЗАБРУДНЕННЯ МОБІЛЬНИХ ТЕЛЕФОНІВ, ЯК ОПОСЕРЕДКОВАНОЇ ОЗНАКИ НОСІЙСТВА МІКРООРГАНІЗМІВ

DETERMINING OF MOBILE PHONES MICROBIAL CONTAMINATION AS INDIRECT SIGN OF MIKROORGANISMS CARRIERITY

Shundryk S.S., Assoc. Prof. Fedorchenko V. I.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Проблема бактеріоносійства умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів на слизових оболонках носа та верхніх відділах дихальних шляхів залишається актуальною у зв'язку з потенційною роллю носіїв у епідеміологічному процесі, можливою їх роллю у якості джерела інфекційного агенту.

Існують загальноприйняті методи виявлення носійства патогенів у зазначених ділянках тіла людини, що надають об'єктивну та достатню інформацію щодо даного явища. Виявлення зазначених мікроорганізмів на предметах, які стали невід'ємно та практично цілодобово присутніми в житті кожної соціально активної людини, може актуалізувати питання значущості забруднення мікрооточення людини патогенами, носієм яких вона є. Важливим є усвідомлення можливості інфікування осіб за умов їх контакту з широковживаними предметами, які є у користуванні інших осіб.

Метою даної роботи було дослідити мікробне забруднення мобільних телефонів, як прикладу надзвичайно широко вживаного предмету побуту та оцінка необхідності здійснення спеціального догляду для зниження мікробного забруднення середовища, в якому перебуває людина.

Застосували бактеріологічний метод дослідження. Було взято телефони, які постійно перебували у вжитку окремих осіб. З їх поверхні розміру 1 см² здійснено змив досліджуваного матеріалу тампоном. Матеріал засівали на цукровий та кров'яний агар. Через 24 години провели первинну оцінку результатів. Кінцевий облік здійснили через 72 години.

У всіх пробах було висіяно мікроорганізми. Не зважаючи на те, що взяті на дослідження телефони, належали студентам, що навчаються в одній групі, висіяна флора була різноманітною. Характер росту та результати мікроскопічного дослідження свідчили, що в переважній більшості випадків виростала монокультура. У деяких пробах спостерігався одночасний ріст двох бактеріальних культур. Рідко висівались цвільові грибки.

Серед бактеріальних культур переважали кокові форми. Це були тетракоки, сарцини, диплококи та стафілококи. Інколи було висіяно грам-позитивні стрептобацили. Серед стафілококів деякі мали гемолітичну активність. Рідко висівались диплококи з бета-гемолітичною активністю. Оскільки гемолітична активність мікроорганізмів є ознакою патогенності, було зроблено висновок, що серед висіяних мікроорганізмів зустрічались не тільки сапрофітні, але й патогенні форми бактерій.

Отже, мобільні телефони та інші предмети, що перебувають у постійному вжитку, потребують спеціального догляду, у тому числі обробітку дезінфектантами, з метою зниження мікробного забруднення мікрооточення людини.

ВПЛИВ НОРМАЛІЗАЦІЇ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ НА СТАН М'ЯКИХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ЩУРІВ З ОЖИРІННЯМ

INFLUENCE OF MICROBIOTA NORMALISATION IN LARGE INTESTINE FOR SOFT PERIODONTAL TISSUE IN OVERWEIGHT RATS

Skrypnyk M.I., Prof. Noporada K.S., M.D.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра біологічної та біоорганічної хімії

Проблема ожиріння в наш час стоїть край гостро, бо за останні 40 років за оцінками ВООЗ поширеність даної патології зросла більш ніж у 4 рази та нестримно зростає. За даними ряду авторів хвороби пародонта у людей з зайвою вагою зустрічаються частіше ніж у осіб з нормальною масою тіла, та важко піддаються лікуванню. Доведено, що у людей з надмірною вагою спостерігається дизбіоз та специфічна резидентна мікрофлора в товстому кишечнику, яка і визначає дане захворювання.

Для дослідіу використано 41-ин щур. Перша група контрольна. Другій групі та третій було проведено моделювання глутамат-індукованого ожиріння. Третя група щурів отримувала мультипробіотик "Симбітер ацидофільний концентрований" у дозі 0,14 мл/кг перорально протягом 2 тижнів 3-ма курсами упродовж 4 місяців. Щури усіх груп упродовж 4 місяців отримували стандартне харчування віварію.

У щурів визначали індекс маси тіла, масу вісцерального жиру та мікробіоценоз товстого кишечника. У м'яких тканинах пародонта визначали загальну активність протеїназ та їх інгібіторів.

Нами встановлено, що у тварин з модельованим ожирінням ми спостерігали вірогідне збільшення маси вісцерального жиру та індексу маси тіла, порівняно з щурами контрольної групи та щурами яким була проведена корекція мультипробіотиком. За умов застосування "Симбітеру ацидофільного концентрованого" на тлі експериментального ожиріння ми спостерігали нормалізацію дисбіозу, який виникав у товстому кишечнику щурів. Про це свідчило збільшення кількості мутуалістичних мікроорганізмів (кишкової палички, лактобацил, біфідобактерій) та вірогідне зменшення кількості патогенних та умовно патогенних видів (протей, лактозо негативна кишкова паличка, гемолітичної кишкової палички та ін.) порівняно з щурами без корекції. Також за умови нормалізації мікробного пейзажу товстої кишки ми спостерігали нормалізацію протеїназно-інгібіторного дисбалансу у м'яких тканинах пародонта щурів з ожирінням, активність протеїназ у щурів з ожирінням становив $0,51 \pm 0,09$

мкмоль/г*хв., а у щурів з корекцією вірогідно знизився та склав $0,33 \pm 0,04$ мкмоль/г*хв ($P \leq 0,05$). Натомість у групи який вводили мультипробіотик "Симбітер ацидофільний концентрований" загальна антитриптична активність склала $23,61 \pm 2,48$ г/кг, що вірогідно вище ніж у щурів без корекції $13,2 \pm 3,82$ г/кг.

Отже, застосування мультипробіотика "Симбітер ацидофільний концентрований" нормалізує дисбіоз, що виникає за умов ожиріння, сприяє нормалізації маси тіла та нормалізує протеїназно-інгібіторний дисбаланс у м'яких тканинах пародонта щурів за умов глутамат-індукованого ожиріння.

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ОСТЕОАРТРИТУ

RATIONAL PHARMACOTHERAPY OF OSTEOARTHRITIS

Vasiliv I.T., Assoc. Prof. Kapustianska A.A.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією

Не дивлячись на широкий арсенал терапії, остеоартрит (ОА) залишається актуальною медико-соціальною проблемою, переважно старіючого населення. Суглобові болі значно обмежують моторну активність, працездатність та, в цілому, погіршують якість життя пацієнтів. Початком хвороби є локалізація болю в крупних суглобах з подальшим розповсюдженням на інші суглоби. Розвиток болю при остеоартриті, а в подальшому деформацій суглобових поверхонь, тугорухомості та контрактур суглобів примушує до пошуку раціональної терапії.

Метою роботи було дослідження впливу препарату «Дона» в комплексному лікуванні хворих на остеоартроз.

У ревматологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні було проведено спостереження 21 пацієнта, жінок, з яких троє мали вік – 45 років, десять пацієток у віці 50 років, та 8 пацієток з віком 55 років. Діагноз остеоартриту встановлено за відповідними клініко-лабораторними критеріями.

У 12 пацієнтів (57 %) діагностовано ОА колінних суглобів, з ураженням тазо-стегнових суглобів - 5 пацієнтів (24 %), з приєднанням до ураження дрібних суглобів кистей – 4 пацієнти (19 %). Препарат «Дона» був призначений 21-й пацієнтці, в дозі одного саше, еквівалентний 1500 мг глюкозаміну сульфату, 1 раз на день, під час їди. Тривалість лікування склала 12 тижнів. У 19 пацієнтів біль в суглобах значно зменшився після першого місяця від початку лікування.

Встановлено що, у 21-ї пацієнтки спостерігалось покращення стану суглобового хряща після прийому препарату через 6 місяців.

За результатами спостережень можна зробити висновок що, препарат «Дона», діючою речовиною якого є глюкозамін сульфат, це просте і раціональне рішення медикаментозної терапії остеоартриту, а також структурно-модифікуючий ефект, що дозволяє уповільнити темпи прогресування деградації компонентів суглобу.

ХРОНОФАРМАКОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

CHRONOPHARMACOLOGICAL ASPECTS OF TREATMENT OF GASTRIC ULCER

Vietkina A.Yu., Shkodina A.D., Assoc. Prof. Chechotina S.Yu.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією

Біоритмологічна організація живих систем є загальновідомим природним феноменом, що ставить людський організм на якісно новий рівень взаємозв'язків з оточуючим середовищем, зокрема, геліогеофізичними впливами (Сонник Т.Г., 2010). На сьогодні для органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) циркадний ритм досліджено найкраще, оскільки це один з важливих показників їх нормального функціонування.

Мета роботи — за літературними джерелами дослідити хронофармакологічні особливості застосування антисекреторних препаратів для лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ).

Відомо, що моторна, секреторна та ферментативна активність органів травного тракту максимальна в активну фазу доби — денний час і мінімальна — вночі. При розвитку патології відбувається порушення показників ритмічної активності ШКТ (зміщення акрофаз, менора, зміни амплитуди). Зокрема, при ВХШ відбувається зміщення акрофази добового ритму секреції шлункового соку, його кислотності, моторики ШКТ на вечірньо-нічні години. Частота розвитку загострення ВХШ спостерігається вночі та вранці. Тому для підвищення ефективності лікування цієї патології необхідно дотримуватися превентивної хронотерапії. Слід призначати лікарські засоби за декілька годин до виникнення акрофази патологічних змін в органі. Для зниження секреції хлористоводневої кислоти хворим на ВХШ призначають наступні групи лікарських засобів: інгібітори протонного насосу, H_2 -гістаміноблокатори, М-холінолітики. Максимальна ефективність препаратів цих груп — 19-20 години. Антацидні засоби при ВХШ необхідно приймати протягом дня через 1-2 години після вживання їжі та при виникненні болю (кислотність шлункового соку підвищується після кожного прийому їжі) та обов'язково на ніч. Досліджено, що в хворих на ВХШ навесні підвищена секреція гістаміну, серотоніну, кортизолу, влітку — гастрину та підвищена активність ацетилхолінерастери, в осінні місяці — знижені синтез гістаміну, серотоніну та активність ацетилхолінерастери. Тому навесні та влітку краще з профілактичною метою хворим на ВХШ краще призначити H_2 -гістаміноблокатори, в осінні місяці — М-холінолітики. Не зважаючи на загальновідомі аспекти хронофармакології в терапії захворювань ШКТ, актуальності набуває її індивідуалізація. Новітні дослідження довели, що з метою оптимального підбору лікарського препарату необхідно враховувати індивідуальні особливості біоритмів секреторної активності для кожного пацієнта, базуючись на даних рН-грами, для виявлення найбільш сприятливого часу введення засобу.

Таким чином, впровадження в гастроентерологічну практику хронофармакологічних схем дозволяє оптимізувати терапію ВХШ, знизити кількість побічних реакцій і витрати на лікування.