

ХРОНОФАРМАКОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

CHRONOPHARMACOLOGICAL TREATMENT ASPECTS OF BRONCHIAL ASTHMA

Ніколаєвська Є. О.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Чечотіна С. Ю.

Nikolayevska E. O.

Science advisor: doc. Chechotina S. Yu., PhD

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією

Актуальність: Хронофармакологія являє собою розділ фармакології, що застосовує хронобіологічні підходи з метою оптимізації позитивної дії та скорочення побічної реакції ліків з урахуванням біологічної структури організму. Циркадна ритмічність функцій респіраторної системи забезпечує постійність газового складу крові та гомеостаз організму в цілому. При захворюваннях системи дихання виникає десинхроноз, який проявляється певним ритмом виникнення симптомів хвороби (Дрогозов С. М., 2016). Хронотерапія захворювань органів дихання є актуальним і перспективним напрямком розвитку сучасної пульмонології.

Мета роботи: За літературними джерелами дослідити хронофармакологічні особливості застосування препаратів для лікування бронхіальної астми (БА).

Результати: Для респіраторної системи характерно наявність добової ритмічності. Відомо, що максимальні величини більшості показників біоритмів визначаються в денний час (глибина дихання, легенева вентиляція, прохідність бронхів), частота дихання — максимальна у другій половині дня, життєва ємкість легень — зранку. У хворих на БА відзначається десинхроноз показників: опірність бронхів максимальна о 23-24 годині, мінімальна — о 12 годині, чутливість до ацетилхоліну максимальна опівночі, мінімальна — о 13-14 годині, ризик виникнення набряку легень — у вечірній час доби. З метою попередження нічних нападів БА антигістамінні засоби, бронхолітичні препарати міотропної дії (теофілін) рекомендується призначати однократно на ніч. Пероральні глюкокортикостероїди при БА необхідно призначати в співвідношенні 2/3 добової дози — о 8 ранку, 1/3 — о 15 годині (така синхронізація з природним добовим ритмом сприяє нормалізації добового ритму секреції глюкокортикостероїдів). Препарати групи бета2-адреноміметиків (сальбутамол, фенотерол) найбільш ефективні зранку. М-холіноблокатори (тіotropію бромід) рекомендують призначати на ніч, тому що активність парасимпатичної нервової системи максимально підвищена з 22 до 11 години. Препарати цієї групи ефективно усувають бронхоспазм, викликаний вдиханням холодного повітря та пилу, а також при астмі фізичної напруги. Не зважаючи на загальновідомі аспекти хронофармакології в терапії захворювань органів дихання, необхідно враховувати індивідуальні особливості біоритмів активності респіраторної системи для кожного пацієнта.

Висновки: Таким чином, впровадження в пульмонологічну практику хронофармакологічних схем дозволяє оптимізувати терапію БА, знизити кількість побічних реакцій і витрати на лікування.

ВИВЧЕННЯ КІЛЬКІСНОГО СКЛАДУ МІКРОФЛОРИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ

INVESTIGATION OF THE QUANTITATIVE COMPOSITION OF ORAL MUCOUS MICROFLORA IN CASE OF PARTIAL REMOVABLE DENTURES USE

Покотило О. Е., Чумак Ю. В.

Науковий керівник: к. мед. н. Лугова Л. О.

Pokotylo O. E., Chumak Yu. V.

Science advisor: Luhova L. O., PhD

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Актуальність. Необхідність поліпшення процесу адаптації до знімних зубних протезів і, як наслідок, якості протезування, обумовлює підвищений інтерес до ретельнішого вивчення адгезії і мікробного обсіменіння базисів знімних ортопедичних конструкцій, виготовлених з різних матеріалів, з метою визначення їх оптимального складу.

Метою дослідження було вивчення загальної мікробної колонізації слизової оболонки порожнини рота під час адаптації до часткових знімних зубних пластинкових протезів з базисом із акрилової пластмаси.

Матеріали та методи. З цією метою було обстежено 15 пацієнтів середньої вікової групи з ВООЗ. Культивування мікроорганізмів здійснювали протягом 24-48 годин на тіогліколовому живильному середовищі з додаванням 1,5% агару «Діфко», 5% крові і 0,5-1% дріжджового гідролізату при температурі 37 ° С.

На отриманих посівах визначали мікробну заселеність СОПР під базисом протеза шляхом підрахунку кількості колоній-утворюючих одиниць (КУО) в 1 мг біоматеріалу, взятого від пацієнтів. Дослідження мікробного обсіменіння СОПР аеробними і факультативно-анаеробними мікроорганізмами проводили тричі: перед накладанням протеза, через 3 і 14 днів користування протезом.

Результати. Перед початком дослідження загальна мікробна заселеність СОПР пацієнтів групи порівняння складала $1,15 \pm 0,11$ Іg, КУО / мг, що відповідало нормальним показникам мікробної заселеності даного біотопу. Через 3 дня користування протезами загальна мікробна колонізація СОПР під базисом достовірно перевищувала даний показник до протезування в 3,7 рази, а в порівнянні з групою здорових осіб - майже в 5 разів ($p < 0,05$). Подібна тенденція зберігалася при подальшому користуванні протезами у всіх пацієнтів без винятку. Через два ти-