

катаральний та гіпертрофічний гінгівіт. Знижена кількість слиновиділення близько 0,3 мл/хв, слина піниста, в'язка, пластівцевоподібна.

Діагноз : гіпертрофічний катаральний гінгівіт I-II ступеня, постпроменева ксеростомія.

Нами було проведено професійну гігієну з використанням лікувальної пасти «Херостом» (фірма Biocosmetics laboratories, Мадрид), замість загальноприйнятих очищувальних паст. Використовуючи стоматологічні щітки та пасту було проведено щадяче чищення поверхонь зубів. Проведено ремінералізуючу терапію всіх поверхонь зубів Bifluorid 12 (фірма Voco). Гіпертрофовані ясенні сосочки оброблені розчином «Vagothyl» фірми Polfa, ранева поверхня прикрита твердіючою пов'язкою. Через 2 дні після проведеного місцевого лікування, ще раз було оцінено характер та кількість слини, яка суттєво не збільшилася, але в'язкість слини помітно змінилась, зменшилась її пінистість.

Пацієнту рекомендовано індивідуальний гігієнічний комплекс, який включав в себе:

1) лікувальну пасту та гель «Херостом» по схемі: лікувальна паста зранку після їжі та обробка слизової порожнини рота гелем, при необхідності використання гелю в обід.

2) ввечері – чищення пастою «Херостом», флосінг, обробка язика, використання гелю «Херостом».

Професійну гігієну з ремінералізуючою терапією рекомендовано раз на три місяці, пломбування каріозних порожнин склоіономерними цементами по місцю проживання. Контрольний огляд через 1 місяць.

На сьогоднішній день сучасність вимагає від лікаря-стоматолога постійної мотивації до індивідуалізації професійної та індивідуальної гігієни в наших пацієнтів, знання сучасних досягнень у фармації дозволить нам оптимізувати роботу як на стоматологічному прийомі, так і покращити якість життя наших пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горюнова М.В. Сухость в полости рта – «маленькая проблема» с большими последствиями // «Панорама ортопедической стоматологии». - №4. - 2006. - С.10-14.
2. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // «Медицина» Москва 1984. С.137-156.
3. Артюшкевич А.С., Латышева С.В., Наумович С.А., Трофимова Е.К. Заболевания периодонта // М.:Мед. лит., 2006. - 328 с.
4. Пародонтит // Под. ред. проф. Л.А.Дмитриевой. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 504с.

М. П. КАЩУК, П. В. ГРИЗА АНТИТРОМБОТИЧНІ ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

В статті розглянуті питання застосування антитромботичних препаратів в лікуванні та профілактиці тромбозів.

Ключові слова: тромбози, антитромботичні препарати.

В статье рассмотрены вопросы использования антитромботических препаратов в лечении и профилактике тромбозов.

Ключевые слова: тромбозы, антитромботические препараты.

In the article the questions of the use of against antithrombocytes preparations are considered in treatment and prophylaxis of thromboses

Key words: thromboses, antithrombotic preparations.

Тромбоз розглядається як патологічний гемостатичний процес, при якому мембранні глікопротеїди сприяють утворенню агрегатів тромбоцитів і в комбінації з фібрином, еритроцитами, лейкоцитами приводять до виникнення, так званого, червоного тромба, який закриває просвіт судин малого і середнього діаметру. Такі ж тромби, з великою кількістю тромбоцитів, можна виявити в судинах у місцях утворення атеросклеротичних бляшок. Для профілактики тромбоутворення в судинах, у клінічній практиці, широко застосовуються антитромбоцитні препарати. Але, не дивлячись на високоефективну лікувальну властивість препаратів, існує певний ризик розвитку серйозних геморагічних ускладнень різного ступеню важкості.

Більше 30 років тому було виявлено, що ацетилсаліцилова кислота (АСК, аспірин), маючи протизапальну дію, здатна впливати на вивільнення і активацію тромбоцитних факторів III, IV, уповільнювати агрегацію тромбоцитів, зменшувати адгезивні властивості тромбоцитів і тим самим запобігати тромбоутворенню.

Сьогодні достатньо вивчені молекулярні механізми антитромботичної дії АСК. Доказано, що її антиагрегаційна дія тісно пов'язана з впливом на біосинтез в ендотелії судин та вивільнення ним простагландинів і в першу чергу простаглініну ПГ₂. Останній активує аденілатциклазу, зменшує вміст в тромбоцитах іонізованого кальцію, знижує агрегацію тромбоцитів. Крім цього, АСК пригнічує активність циклооксигенази, в зв'язку з чим зменшується утворення ендогенних груп простагландинів (ейкозаноїдів) - тромбоксану А₂, який є дуже активним проагрегаційним фактором. Однак застосування для лікування АСК у великих дозах приводить до зменшення біосинтезу простаглініну та інших антитромботичних простагландинів (D₂, E₁ тощо)[1]

Враховуючи вище перелічені властивості АСК, почали застосовувати для профілактики утворення післяопераційних тромбів, при тромбозах судин сітківки, порушеннях мозкового кровообігу, тромбоемболічних ускладнень при ішемічній хворобі серця та інфаркті міокарда тощо[2]. Застосування АСК в лікувальній практиці, є доступним, ефективним і маловартісним, проте можливий ризик розвитку реакції гіперчутливості аж до виникнення аспіринової астми, гострих шлунково-кишкових кровотеч та крововиливів[3]. Паралельне призначення з АСК антисекреторних препаратів знижує частоту виникнення останніх.

Досить часто з АСК застосовують клопидогрель і дипиридамо́л. Механізм дії клопидогреля полягає в інгібуванні тромбоцитів за рахунок селективної беззворотної модифікації рецепторів аденозиндифосфату (АДФ), яка перешкоджає зв'язуванню АДФ з тромбоцитами і тим самим блокує активацію комплексу глікопротеїну тромбоцитів запобігаючи їх агрегації. Починаючи з кінця минулого століття, клопидогрель застосовується для профілактики можливих ускладнень у пацієнтів з атеросклерозом, осіб які недавно перенесли інсульт, інфаркт міокарду, або страждають захворюванням периферичних судин. Різні механізми дії АСК і клопидогреля на активність тромбоцитів забезпечують високий лікувальний ефект. Саме цим обумовлено широке клінічне застосування комбінації АСК і клопидогреля. Побічними ефектами після застосування цих препаратів може бути: свербіж шкіри, діарея, висипка, розвиток тромбоцитопенічної пурпури і нейтропенії. Пацієнти, які отримують таку комбінацію препаратів, повинні знаходитися під постійним спостереженням лікаря гематолога.

Застосування АСК в комбінації з дипиридамо́лом, знижує реактивність тромбоцитів. Дипиридамо́л інгібує тромбоцити за рахунок блокади захвату аденозина і з одночасним підвищенням вмісту циклічного 3,5,-аденозин-монофосфата. Крім цього, дипиридамо́л інгібує фосфодіестеразу гуанозинмонофосфата з підвищенням рівня циклічного гуанозинмонофосфата, що приводить до зниження активності тромбоцитів. Побічною дією застосування такої комбінації препаратів може бути головний біль та виникнення крововиливів і кровотеч.

Інгібітори глікопротеїнових рецепторів тромбоцитів є відносно новим класом антитромботичних препаратів. Вони блокують здатність глікопротеїнових рецепторів

фіксувати на тромбоциті фібриноген. Препарати цієї групи є специфічними антитілами - пептидними і непептидними блокаторами рецепторів тромбоцитів. Найбільш вивченими в даний час препаратами є - абциксимаб, ептифибатид, тирофибан. Побічними ефектами їх застосування можуть бути: крововиливи, кровотечі, гіперчутливість, тромбоцитопенія.

Імпортні препарати АСК випускаються в пігулках під різними фармацевтичними назвами. На відміну від вітчизняних, пігулки закордонних виробників містять меншу кількість АСК - найчастіше по 5 гранів (1 гран = 62,2 міліграм). АСК призначають на тривалий термін по 0,3 — 0,325 г в день або через день під контролем зсідаючої системи крові. Доза препарату підбирається індивідуально з урахуванням негативного впливу на біосинтез простагліну[4]. Останнім часом, для профілактики тромбозів, АСК призначають у дозі 75 мг в комбінації з магнієм гідрооксидом один раз на день.

Для внутрішньом'язового або внутрішньовенного введення АСК, як антитромботичного засобу, застосовують препарат – *ацелізип* (суміш DL – лізину ацетилсалицилату і гліцину в пропорції 9 : 1).

Висновок:

1. Знання лікарями механізму лікувальної дії антитромботичних препаратів дозволить ефективно застосовувати їх для лікування та профілактики тромбозів як в моно призначеннях так і в комбінації з іншими препаратами.

2. Застосування антитромботичних препаратів потребує належного лікарського контролю за зсідаючою системою крові пацієнта.

3. Застосування АСК в комбінації з іншими антитромботичними препаратами може спричинити розвиток різних, за ступенем важкості, геморагічних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лекарственные средства. Т.1.- Изд.13. - Харьков: Тосинг, -1997. - С.473-474.
2. Халфен Е.Ш., Шварц И.Л., Иванова И.А. Влияние разных доз аспирина при однократном и длительном его применении на агрегацию тромбоцитов у больных ишемической болезнью сердца //Кардиология.- 1984.- № 7.- С. 74-77.
3. Чучалин А.Г. Припутенова З.В., Сулаквелидзе И.В. Отдаленные результаты лечения аспирином больных аспириновой бронхиальной астмой // Тер. арх.-1989.- № 8.- С.41-42.
4. Балуда В.П., Лукояпова А.С. и др Аспирин — анти – или про-тромбогенный препарат //Клин.мед, - 1983.— № 8.- С. 27-31.

В.І. КОВЦУН, Ю.І. КУРИЛЮК, Ю.М. ПАНИШКО ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЮНИХ ВОЛЕЙБОЛІСТІВ

В статті розглядаються основи фізичної та спеціальної фізичної підготовки юних волейболістів. У дослідженні проаналізовано і висвітлено засоби розвитку фізичних якостей, розглядається роль спеціальної фізичної підготовки у становленні спортивної майстерності волейболістів.

Ключові слова: волейбол, юні волейболісти, фізична, спеціальна підготовка, фізичні якості.

В статье рассматриваются основы физической и специальной физической подготовки юных волейболистов. В исследовании проанализировано и отражено в статье средства развития физических качеств, рассматривается роль специальной физической подготовки в становлении спортивного мастерства волейболистов.

Ключевые слова: волейбол, юные волейболисты, физическая, специальная подготовка, физические качества.