

12. Beier U.S. Clinical performance of all-ceramic inlay and onlay restorations in posterior teeth. / U.S. Beier, I.Kapferer, D.Bustscher, J.M.Giesinger, H.Dumfahrt // Int. J. Prosthodont. – 2012. – Vol. 25(4). – P. 395-402.
13. Hopp C.D. Considerations for ceramic inlays in posterior teeth: a review / C.D. Hopp, M.F. Land // Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry. – 2013. – № 5. – P. 21-32.
14. Nandini S. Indirect resin composites / S. Nandini // J. Conserv. Dent. – 2010. – Vol. 13(4). – P. 184-194.
15. Yazdani, K. Эстетическая стоматология с использованием современных композитов / K.Yazdani // Новое в стоматологии. – 2010. – № 6. – С. 2-7.
16. Zimmerli, B. Composite materials: Composition, properties and clinical applications. A Literature Review / M Strub, F.Jeger, O. Stadler, A. Lussi // Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. – 2010. – Vol. 120, № 11. – P. 972-979.

Листопад О.П.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ НАНОПОЛНЕННЫМИ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ GRANDIO, VOCO, ГЕРМАНИЯ

Аннотация

В статье представлен анализ эффективности применения нанополненного композитного материалу Grandio, Voco, Германия у лиц молодого возраста (12-18 лет) с ортогнатическим прикусом при незначительном и среднем объеме разрушения в зависимости от физико-химических свойств ротовой жидкости.

Ключевые слова: кариес, моляры, восстановление твердых тканей зубов, нанополненные композитные материалы.

Lystopad O.P.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk

PERFORMANCE EVALUATION OF RESTORATION FIRST MOLARS AT A YOUNG AGE NANO-FILLED COMPOSITE MATERIALS GRANDIO, VOCO, GERMANY

Summary

Statte presents an analysis of the effectiveness of nano-filled composite material Grandio, Voco, Germany in young adults (12-18 years) with orthognatic bite with a slight amount of destruction and the average depending on the physicochemical properties of the oral fluid.

Keywords: caries, molars, restoration of hard dental tissues, nano-filled composites.

УДК 611.018.74+616.69-008.1 616.12-008.331.1+616-08

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ СУДИН У ЧОЛОВІКІВ З ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПРОЦЕСІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

Литвинець Є.А., Вінтонів О.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено дослідження показників ендотеліну-1 сироватки крові у хворих на артеріальну гіпертензію з еректильною дисфункцією до та після 1-го та 3-х місяців лікування. У всіх пацієнтів виявлено підвищення рівня ендотеліну-1 у сироватці крові в порівнянні із здоровими чоловіками. Пацієнти були поділені на 4 групи. Перша група отримувала препарат силденафіл «на вимогу», 2 група – силденафіл у дозі 50 мг через день, 3 група- силденафіл + аргінін, 4 група силденафіл + курс аргініну та ЛВТ-терапії (терапія локальним від'ємним тиском). Після проведеної терапії показники ендотеліну-1 наблизилися до норми у пацієнтів 3-ої та 4-ої груп.

Ключові слова: еректильна дисфункція, ендотеліальна дисфункція, ендотелін-1, силденафіл, аргінін, ЛВТ-терапія.

За даними досліджень останніх років, в середньому у 80% чоловіків з еректильною дисфункцією відмічається патологічна зміна судин (ендотеліальна дисфункція). Оскільки ерекція – судинний феномен, органічну причину, що призводять до її порушення, слід шукати саме в патології судин. Вивчення біохімічних маркерів ерекції має великий теоретичний та практичний інтерес в плані розуміння вищих механізмів регуляції ерекції і створення патогенетично обґрунтованих методів лікування еректильної дисфункції [2].

На сьогоднішній день основним патогенетичним моментом розвитку еректильної дисфункції розглядається дисфункція ендотелію судин, а ендотеліальна дисфункція є своєрідним індикатором стану судинної системи організму. Ендотеліальна дисфункція проявляється у вигляді зниження еластичності і зменшення просвіту кровоносних судин, що забезпечує кровотік під час ерекції, таким чином, призводить до розвитку васкулогенної еректильної дисфункції [1, 3].

Проблеми з ерекцією можуть бути передвісниками серйозних судинних змін, гострих порушень

судинного кровообігу [1]. Функція ендотелію регулюється монооксидом азоту (NO). У пацієнтів з судинною недостатністю на фоні АГ, знижена продукція NO – вазодилатора, що вивільнюється з ендотелію судин кавернозних тіл при сексуальній стимуляції. В свою чергу, NO викликає підвищення рівня циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ), який обумовлює релаксацію гладких м'язів кровеносних судин статевого члена, що в кінцевому результаті призводить до підвищення кровотоку і виникненню ерекції [5, 6, 7].

Артеріальна гіпертензія (АГ) є загальноприйнятним фактором ризику виникнення або посилення сексуальних розладів. За літературними даними, сьогодні на планеті від артеріальної гіпертензії страждають більше 2 млрд. осіб [2,9]. Ендотеліальна дисфункція може бути самостійною причиною порушення кровообігу в органі, оскільки часто провокує ангіоспазм або тромбоз судин. З іншого боку, тривала дія пошкоджуючих факторів порушення регіонарного кровообігу (венозний застої, гіпоксія, гемодинамічні навантаження, підвищення концентрації катехоламінів, коливання рівня артеріального тиску, прискорення кровотоку) теж може призводити до виникнення ендотеліальної дисфункції. Одним із маркерів ендотеліальної функції є гуморальний фактор, такий як ендотелін-1-потужний вазоконстриктор [4, 8].

Останні дослідження в сфері проблеми порушення ерекції доводять, що покращити еректильну функцію у чоловіків з АГ можливо шляхом корекції ендотеліальної дисфункції і даний момент є актуальним і ефективним в лікуванні сексуальних розладів.

Мета дослідження – дослідити функціональний стан ендотелію судин у чоловіків з еректильною дисфункцією на фоні артеріальної гіпертензії в процесі комбінованої терапії.

Матеріали і методи. Проведено обстеження та комплексне лікування 120 хворих з АГ та еректильною дисфункцією. Для діагностики еректильної дисфункції у чоловіків з АГ та оцінки ефективності проведеної терапії, використаний спеціальний опитувальник – Міжнародний індекс еректильної функції (International Index of Erectile Function – IIEF та кольорову доплерографію. Доплерографію проводили на апараті «Siemens Sonoline G 60S», лінійними датчиками, що працюють у частотному діапазоні 7,5-12,0 МГц. Пацієнтів досліджували в положенні лежачи на спині, без спеціальної підготовки, у спокійній атмосфері з мінімізацією кількості учасників процедури. Вимірювання проводили біля основи статевого члена під кутом 45°. Реєстрували кілька фаз ерекції, що відрізнялися характерним доплерівським спектром. Доплерографію здійснювали в поздовжній і поперечній площині на рівні проксимальної, середньої третини статевого члена. Доплерографія статевого члена дала можливість у поздовжньому перетині візуалізувати глибоку статеву артерію статевого члена, візуалізувати поверхневу і глибоку дорсальну вену на поверхні статевого члена у вигляді трубчастої структури, що легко змінюється в діаметрі при компресії датчиком, отримати доплерівський спектр кровотоку з кавернозних артерій в спокої та при фармакологічній індукції ерекції.

При дослідженні визначали основні доплерівські показники – максимальну систолічну швидкість (PSV), кінцеву діастолічну швидкість (EDV) та індекс резистентності (RI).

Перший етап проводився без стимуляції ерекції і визначався як базовий. Базова максимальна систолічна швидкість менше 25 см/с розцінювалась як знижена (в фазі набухання).

Ендотелін-1 у плазмі крові визначали за допомогою набору фірми «Biomedica» для кількісного визначення ендотеліну-1 шляхом імуноферментного аналізу. Нормальні значення ендотеліну-1 у плазмі крові людини з антикоагулянтом ЕДТА становлять 0,0–0,25 фмоль/мл.

Пацієнти були розділені на 4 групи: I група (25 пацієнтів) – отримували терапію інгібіторами фосфодієстерази-5 типу (силденафіл) «на вимогу»; II група (25 пацієнтів) отримували силденафіл у дозі 50 мг через день; III група (25 пацієнтів) – силденафіл 50 мг через день + аргінін; IV група (25 пацієнтів) силденафіл + аргінін + ЛВТ-терапія; V група (20 пацієнтів) – група порівняння.

Для покращення ефективності лікування та тривалого терапевтичного ефекту пацієнтам 3 і 4 груп в комплексну терапію включено аргінін (тівортін), який є субстратом для NO-синтази – ферменту, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату (цГМФ) в ендотелії судин, зменшує активацію й адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладких м'язів судинної стінки. Пацієнтам 4 групи консервативну терапію поєднали з фізіотерапевтичною процедурою- ЛВТ- терапією.

Критеріями, що дозволяли брати участь в дослідженні були вік від 34 до 65 років; маса тіла в середньому $78,3 \pm 5,2$ кг; індекс маси тіла $25,6 \pm 2,3$ кг/м², АГ II ступеня, які отримували базисну терапію. Виключено прояви ендокринної та психогенної ЕД.

Ефективність проведеної терапії аналізували через 1 та 3 місяці отриманої терапії та оцінювали безпечність застосування препаратів. Оцінка ефективності терапії оцінювалася як відмінна, коли показники «еректильної функції» зростали більше, ніж на 50%, добра – на 25-30%, задовільна- при покращанні показників до 10%, погана- при зниженні показників понад 10%.

Результати досліджень та їх обговорення. Дослідження закінчили всі пацієнти, і дані про їх стан були враховані під час аналізу результатів дослідження. Серед скарг до лікування найчастіше спостерігалися послаблення адекватних ерекцій, порушення еякуляції, порушення оргазму, зменшення лібідо.

Показник ендотеліну-1 сироватки крові обстежених до лікування у всіх 4-ох групах коливався від $3,2 \pm 0,1$ – до $3,4 \pm 0,1$ фмоль/мл, показник ендотеліну в практично здорових становив $0,115 \pm 0,2$ фмоль/мл. Після 1-го та 3-го місяців проведеного лікування показники ендотеліну-1 сироватки крові знизилися у пацієнтів 2-ої, 3-ої та 4-ої груп, але в третій групі, пацієнти якої отримували силденафіл + аргінін та в четвертій групі пацієнтам, яким проведена терапія силденафілом, аргініном та ЛВТ-терапією, показники наблизилися до показників практично здорових. Так, в пацієнтів 4 групи рівень ендотеліну після 3 місячного курсу комбінованої терапії становив 0,84 фмоль/мл (до лікування 3,37 фмоль/мл), найбільш наблизений до показників практично здорових осіб (0,115 фмоль/мл) (рис. 4). В 3 групі та 2 групі показники ендотеліну також зменшились, однак коливання в незначних діапазонах: в 3-ій групі 1,34 фмоль/мл (до лікування 3,39 фмоль/мл) (рис. 3), а в 2-ій групі 2,18 фмоль/л (до лікування 3,4 фмоль/мл) (рис. 2). В першій групі, пацієнти які отримували силденафіл «на вимогу» показники ендотеліну-1 сироватки крові практично не змінилися (рис. 1).

За результатами анкетування по міжнародному опитувальнику еректильної функції (ПЕФ), показники якості сексуального життя після проведеної комбінованої терапії наведені в табл. 1

Висновки. У чоловіків з еректильною дисфункцією хворих на артеріальну гіпертензію виявлено значне підвищення рівня ендотеліну-1, що свід-

чить про прояви ендотеліальної дисфункції у даніх пацієнтів.

Включення у схему лікування аргініну та ЛВТ-терапії дозволяє отримати позитивний ефект від терапії та покращити якість сексуального життя у чоловіків з еректильною дисфункцією на фоні артеріальної гіпертензії.

Таблиця 1

Зміни показників ПЕФ за опитуванням пацієнтів після лікування

| Показники ПЕФ після 3 міс лікування | 1 група (n=25) | 2 група (n=25) | 3 група (n=25) | 4 група (n=25) | 5 група (n=25) |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| відмінні показники $\geq 50\%$ від початкового рівня | - | 10 (25%) | 15 (60%) | 19 (76%) | - |
| добрі $\geq 25-30\%$ | 4 (16%) | 12 (48%) | 6 (24%) | 5 (20%) | - |
| задовільні $\geq 10\%$ | 21 (84%) | 3 (12%) | 4 (16%) | 1 (4%) | - |
| погані $\leq 10\%$ | - | - | - | - | 2 (10%) |

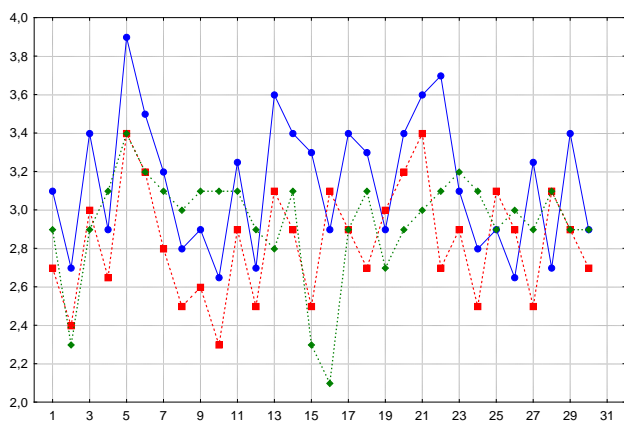


Рис. 1. Значення показників ендотеліну для 1 групи. - 1гр.Е1.д.л., - 1гр.Е1.п.л.1м., - 1гр.Е1.п.л.3м.

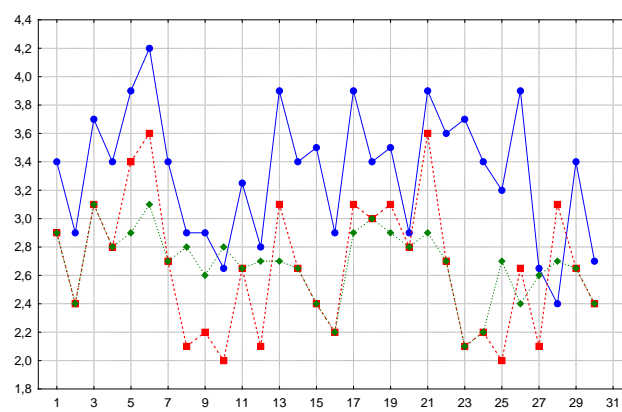


Рис. 2. Значення показників ендотеліну для 2 групи. - 2гр.Е1.д.л., - 2гр.Е1.п.л.1м., - 2 гр.Е1.п.л.3м.

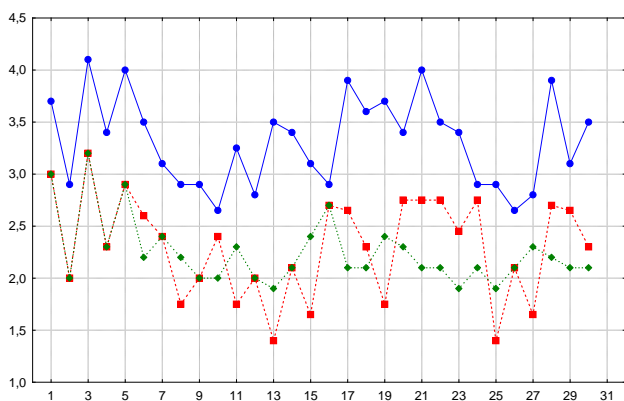


Рис. 3. Значення показників ендотеліну для 3 групи. - 3гр.Е1.д.л., - 3гр.Е1.п.л.1м., - 3гр.Е1.п.л.3м.

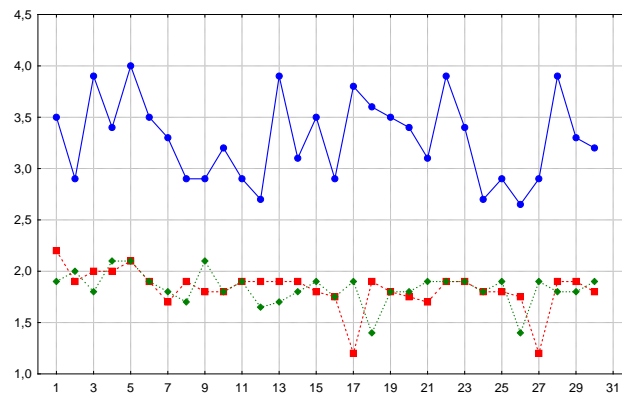


Рис. 4. Значення показників ендотеліну для 4 групи. - 4гр.Е1.д.л., - 4гр.Е1.п.л.1м., - 4гр.Е1.п.л.3м.

Список літератури:

- Абрагамовим О.О. Механізми розвитку дисфункції ендотелію та її роль у патогенезі ішемічної хвороби серця / О.О.Абрагамовим, А.Ф. Файник, О.В. Нечай // Укр. кардіол. журн. - 2007. - С. 81-87.
- Горпинченко І.І. /Еректильна дисфункція та пов'язана зі здоров'ям якість життя / І.І. Горпинченко, Д.З. Воробець, П.Л. Свердан // Здоров'яє мужчини. - 2010. - № 1. - С. 54-60.
- Горпинченко І.І. /Возрастные аспекты синтеза и превращения оксида азота в норме и при эректильной дисфункции / И.И. Горпинченко // Здоров'яє мужчини. - 2003. - № 4. - С. 33-40.
- Ватутин Н.Т.Ендотелины и результаты многоцентрового КОРСАР-СН / Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, А.Л. Демидова // Укр. кардіол. журн. - 2006. - № 1. - С. 101-105.
- Литвинець С.А. Кольорова доплерографія як метод виявлення судинної еректильної дисфункції / С.А. Литвинець, О.Р. Вінтонів, Л.В. Костенко // Галицький лікарський вісник. - 2013. - №1. - С. 34-36.
- Draun M., Sommer F., Lehmacher W. et al. Erectile dysfunction. Are interdisciplinary diagnosis and therapy necessary? // Dtsch.Med.Wochenschr. - 2004. - Vol. 38, - № 3. - P. 227-231.
- Kloner RA, Mullin SH, ShookT, et al: Erectile dysfunction in the cardiac patient: How common and should we treat? / Urol 2003 170: S46-S50.
- Kim SW, PaickIS, Park DW, et al: Potential predictors of asymptomatic ischemic heart disease in patients with vasculogenic erectile dysfunction. Urology 2001 58:441-445.
- Seftel A.D., Sun P., Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction // J.Urol. - 2004. - Vol. 1271, - № 6. - P. 2341-2345.

Литвінець Е.А., Вinton О.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация

Нами проведено исследование показателей эндотелина -1 в сыворотке крови у больных артериальной гипертензией с эректильной дисфункцией до и после 1- го и 3-х месяцев лечения. У всех пациентов выявлено повышение уровня эндотелина-1 в сыворотке крови по сравнению со здоровыми мужчинами. Пациенты были разделены на 4 группы. Первая группа получала препарат силденафил «по требованию», 2 группа – силденафил в дозе 50 мг через день, 3 группа – силденафил + аргинин, 4 группа силденафил + курс аргинина и ЛВТ – терапии (терапия локальным отрицательным давлением). После проведенной терапии показатели эндотелина -1 приблизились к норме у пациентов 3- й и 4- й групп.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, эндотелиальная дисфункция, эндотелин-1, силденафил, аргинин, ЛВТ-терапия.

Lytvynets E.A., Vintoniv O.R.

Ivano-Frankivsk National Medical University

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL STATE OF ENDOTHELIUM IN MEN WITH ERECTILE DYSFUNCTION AGAINST A BACKGROUND OF HYPERTENSION DURING COMBINATION THERAPY

Summary

We studied the performance of endothelin -1 serum levels in patients with arterial hypertension erectile dysfunction before and after 1 and 3 months of treatment. All patients had increase of endothelin -1 in serum compared with healthy men. Patients were divided into 4 groups. The first group received the drug sildenafil «on demand», group 2, at a dose of sildenafil 50 mg a day, 3 group – arginine+sildenafil, 4 groupe- sildenafil +arginine and LVT therapy (local negative pressure therapy). After the treatment performance of endothelin -1 closer to normal in patients of the 3rd and 4th groups.

Keywords: erectile dysfunction, endothelial dysfunction, endothelin -1, sildenafil , arginine, LVT therapy.

УДК 616-053.2:612.57

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИПІРЕТИКІВ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Осичнюк Л.М.

Луганський державний медичний університет

У статті проведений аналіз доцільності і правильності призначення антипіретиків при гострих респіраторних захворюваннях у дітей. І лікарі, і батьки не завжди враховують відсутність показань при використанні жарознижуючих засобів. Відмічена ефективність антибактеріальної терапії у відношенні лихоманки і без антипіретиків. Це питання потребує подальшого ретельного вивчення.

Ключові слова: лихоманка, гострі респіраторні захворювання, антипіретики, діти.

Постановка проблеми. Лихоманка є однією з найчастіших скарг, з якими звертаються батьки дітей до лікарів [1, с. 65, 9, с. 8]. За даними Американської академії педіатрії близько третини звернень за консультацією є лихоманка у дітей, у Великій Британії це 10-20%. Згідно даних статистичних досліджень, дуже часто (до 80% випадків лихоманки) батьки самостійно справляються з цією проблемою [5, с. 83]. В Україні такої статистики немає.

Лихоманка може супроводжувати багато патологічних станів у дітей. Найчастіше це інфекційні захворювання (від гострих респіраторних захворювань до сепсису), але може бути і при хворобах неінфекційної природи (аутоімунні, ендокринні, онкологічні, неврологічні захворювання та ін.), після вакцинації, оперативних втручань та ін. [1, с. 65, 2, с. 115, 5, с. 83, 8, с. 6].

Згідно з рекомендацій Американської академії педіатрії, у дітей віком до 3 місяців температуру вимірюють ректально, від 3 місяців до 3 років – ректально, аксілярно, 4-5 років – ректально, орально, аксілярно, старше 5 років – орально, аксілярно [4, с. 10]. В Україні загальноприйнято вимірювати аксілярну температуру, останнім часом – орально. Лихоманкою вважається рівень аксілярної температури вище 37,2°C, оральної – 37,7°C, ректальної – вище 38°C [1, с. 65, 3, с. 54, 5, с. 83].

Відповідно до рівня температури виділяють субфебрильну (до 38°C), фебрильну (помірно фебрильну 38,1°C-39°C, високу фебрильну 39,1°C-41°C) і гіпертермічну (вище 41°C); від тривалості – ефемерну (від декількох годин до декількох днів), гостру (менше 2 тижнів), підгостру (до 6 тижнів) і хронічні (більше 6 тижнів) [1, с. 65, 8, с. 6-7]. В залежності