

6. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Диагностика болезней системы крови: руководство. / За ред. Б.И. Черпина, Ф.И. Плешкова. – М.: Медицинская литература, 2001. – Т.4. – С.27.
7. Федорук А.В., Некрасова Н.Н., Воробйов П.А. Оцінка типічної практики лікування залізодефіцитної анемії у хворих похилого віку в умовах поліклініки // Нове в гепатології та трансфузіології. – 2004. – Вип.1. – С.128-132.
8. Циммерманн Я.С. Helicobacter pylori-инфекция: внежелудочные эффекты и заболевания (критический анализ) // Клиническая медицина. – 2006. – № 4. – С. 63-67.
9. Чопей І.В., Албок Є.Й., Колесник П.О., Турянця П.Д., Козич З.В. Сучасні погляди на можливий взаємозв'язок між гелікобактерною інфекцією та рецидивуючими залізодефіцитними анеміями // Сімейна медицина. – 2007. – №2. – С. 25-28.

SUMMARY**ANAEMIA IN PATIENTS WITH HELICOBACTER PYLORI INFECTION: IS THIS AN INDEPENDENT ILLNESS OR A CONCOMITANT SYNDROME?****Chopey I., Albok E., Kolesnik P., Fabry Z.**

The analysis of results of own researches which was conducted with the purpose of determination of level of infected of Helicobacter pylori for patients with anaemia is pointed in the article, and also for determination of взаємозв'язку and credible mechanism of influencing of this infection on ferrostatus of the explored patients. Research was conducted in the II stages, common amount of inspected made 123 persons. From research patients with illnesses, which directly or mediated can result in development of anaemic syndrome, were eliminated. Age-old dependence of origin of anaemias is set for the infected HP-persons, found out anaemia for thematic patients acknowledged not iron-deficiency. In working as authors possible explanations are examined in relation to the got conformities to the law of results researches the most credible from which is consider polimorbidity.

Key words: anaemia of chronic diseases, iron-deficiency anaemia, Helicobacter pylori, exchange of iron, polimorbidity

УДК 616-036.1:616.34:615.276

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УРАЖЕНЬ НА ФОНІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА ОСТЕОАРТРОЗ**Чопей І.В., Ніколайчук М.В., Гойдаш І.М., Дебрецені К.О., Мигович І.І., Булеза Б.Я., Турянця І.А., Маді Ю.І., Чопей О.І.***Ужгородський національний університет, кафедра терапії та сімейної медицини, ФПО, м.Ужгород*

РЕЗЮМЕ: виявлені зміни ендоскопічно-морфологічного стану слизової оболонки гастродуоденальної зони та протікання деяких серцево-судинних захворювань, викликаних прийомом медикаментів, можуть бути використані як діагностичні критерії важкості перебігу та ризику виникнення шлунково-кишкових кровотеч при медикаментозних гастродуоденопатіях та тромботичних ускладнень, обумовлених НПЗП. Розроблена і апробована схема комплексного лікування хворих із застосуванням омепразолу, вісмуту субцитрату та тіотриазоліну, які володіють цитопротекторними властивостями, дозволяє скоротити терміни лікування та попередити ускладнення серцево-судинної системи.

Ключові слова: НПЗП, кардіоваскулярний ризик

Вступ. У всьому світі захворюваність населення на ревматичні хвороби невинно зростає, що зумовлено, з одного боку, постарінням населення, а з іншого – несприятливим впливом техногенних факторів. В Україні лише на остеоартроз хворіє 3,5 млн. (7,4%) населення, на ревматоїдний артрит – 170 тис. (0,4%) людей [1]. НПЗП відносяться до великої фармакологічної групи, до якої входить більше, ніж 70 препаратів різної хімічної структури, що характеризуються переважно протизапальною, анальгезуючою та жаропонижуючою дією і широко застосовуються в сучасній клінічній практиці [4,6]. Більше 30 млн. чоловік у світі кожен день приймають НПЗП, причому 2/3 випадків – без призначення та контролю лікаря [5]. Відомо, що з кожним роком збільшується кількість госпіталізацій та смертей, пов'язаних з ускладненнями НПЗП-терапії, зростають економічні затрати на їх лікування.

В останні роки почалося активне обговорення проблеми кардіоваскулярної безпеки специфічних інгібіторів циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) та неселективних НПЗП. Перші, за своїм патогенезом дії, мали б призупиняти атерогенез та знижувати ризик кардіоваскулярних подій за рахунок інгібування судинного запалення, поліпшення функції ендотелію та підвищення стабільності судинної бляшки [2,3]. Однак у світі з'явилися повідомлення про збільшення розвитку тромботичних подій на фоні прийому селективних інгібіторів ЦОГ-2 і ці дані привернули увагу медичного суспільства до кардіоваскулярної безпеки не тільки коксибів, але і всього класу НПЗП [5].

Метою нашого дослідження було вивчення частоти та особливостей протікання кардіоваскулярних уражень, що виникають на тлі прийому нестероїдних протизапальних препаратів, шляхом визначення оптимальної діагностичної тактики та

вивчення можливостей використання у комплексному лікуванні препаратів вісмуту та тіотриазоліну.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань нами було проведено комплексне, динамічне клінічне та лабораторно-інструментальне обстеження 138 хворих РА та ОА (90 жінок та 48 чоловіків). Критерії включення в дослідження: чоловіки та жінки; вік: старше 25 років; діагноз РА чи ОА (згідно з критеріями АРА); періодичний прийом НПЗП (не менше 5 разів на тиждень протягом двох тижнів без перерви). Критерії виключення із дослідження: в дослідження не включали хворих із некомпенсованими захворюваннями печінки (рівень АсАТ, АлАТ більше верхньої межі норми в 3 рази), нирок (рівень креатиніну в сироватці крові більше 200 мкмоль/л), із серцевою недостатністю ІІБ стадії та більше за класифікацією М.Д. Стражеско – В.Х. Василенко, некомпенсованим цукровим діабетом, нестабільною стенокардією, гострою серцевою недостатністю, в період вагітності та лактації. Стаціонарне обстеження проводилось у ревматологічному відділенні ОКЛ м. Ужгород, загальнотерапевтичному відділенні ВКЛ ст. Ужгород, Центрі сімейної медицини факультету післядипломної освіти УжНУ. Дослідження здійснювалось за період 2004-2006 рр. Як контроль обстежено 20 здорових осіб у віці від 19 до 51 року.

У залежності від отриманого лікування, хворі були розподілені на чотири групи. Пацієнти пер-

шої групи (36 осіб) отримували фонове лікування (антигелікобактерну терапію 7 днів) та протягом 14 днів приймали ІПП омепразол по 20 мг 2 рази на добу. Другу групу склали 38 хворих, які до фонове лікування отримували вісмуту субцитрат колоїдний у дозі 480 мг на добу (по 240 мг зранку через годину після їжі та перед сном) протягом 14 днів. Хворі третьої групи (40 осіб) разом з омепразолом та вісмуту субцитратом колоїдним у стандартній дозі отримували тіотриазолін 2,5% розчин 2 мл три рази на добу 14 днів. Четверту групу склали 24 особи, у яких не було встановлено уражень з боку ШКТ.

Для верифікації діагнозу та встановлення динаміки серцево-судинних захворювань проводили загальноклінічне обстеження хворих; використали інвазивні методи діагностики: фіброезофагогастродуоденоскопію з біопсією, швидкий урезний тест з гастробіоптатом, внутрішньошлункову рН-метрію; неінвазивні: електрокардіографічне дослідження, ехокардіоскопію; лабораторні методи: визначення специфічних антигелікобактерних імуноглобулінів, імуноферментний метод визначення основних класів імуноглобулінів у сироватці крові; статистичні – для аналізу та оцінки достовірності отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед досліджуваних пацієнтів ІХС діагностовано у 52,17% обстежених, серед них у 72,92% чоловіків та 41,11% жінок. У 28,26% обстежених встановлено есенціальну артеріальну гіпертензію.

Таблиця 1

Характеристика серцево-судинних захворювань у пацієнтів за РА та ОА (%)

Супутні захворювання	РА (n=61)		ОА (n=77)		Всього (n=138)	
	Ч (n=15)	Ж (n=46)	Ч (n=33)	Ж (n=44)	Ч (n=48)	Ж (n=90)
ІХС	10 66,67	19 41,30	25 74,76	18 40,91	35 72,92	37 41,11
Артеріальна гіпертензія	4 26,67	11 23,91	9 27,27	15 34,09	13 27,08	26 28,89
Стенокардія напруги	4 26,67	3 6,52	7 21,21	5 11,36	11 22,92	8 8,89
Перенесений ГІМ	1 6,67	1 2,17	6 18,18	3 6,52	7 14,58	4 4,44
Перенесене ГПМК	-	2 4,35	1 3,03	-	1 2,08	2 2,22
Аритмії серця	-	2 4,35	2 6,06	1 2,27	2 4,17	3 3,33

Примітка: Ч – чоловіки, Ж – жінки

На наявність стенокардії напруги чи спокою вказувало 13,77% пацієнтів, на інфаркт міокарда в анамнезі – 7,97% та ГПМК – 2,17% пацієнтів. Після опитування та обстеження пацієнтів на ІІ ФК стенокардії напруги вказувало 63,16% пацієнтів,

на ІІІ ФК – 21,05% та на ФК І -10,53%, серед обстежених пацієнтів із стенокардією ІV ФК не було.

Згідно з даними літератури, залишається відкритим питання виникнення кардіоваскулярних уражень, обумовлених прийомом НПЗП, тому нашим наступним кроком було вивчення наявності

захворювань серцево-судинної системи залежно від вживаного препарату. Як вказано на рис. 1, найуживанішими препаратами серед пацієнтів з РА та ОА за супутньої ІХС були диклофенак натрію (30,56%) та целекоксиб (25,00%), менш – німесулід (19,44%). ІХС достовірно частіше діагностува-

ли серед хворих, що приймали целекоксиб (75,00%), порівняно із хворими, що приймали диклофенак натрію (58,55%), ібупрофен (37,50%), індометацин (40,00%) та німесулід (40,00%) ($\chi^2=22,66$, $p<0,001$, $\chi^2=4,17$, $p=0,041$, $\chi^2=5,18$, $p=0,041$, $\chi^2=5,27$, $p=0,022$) (рис. 2).

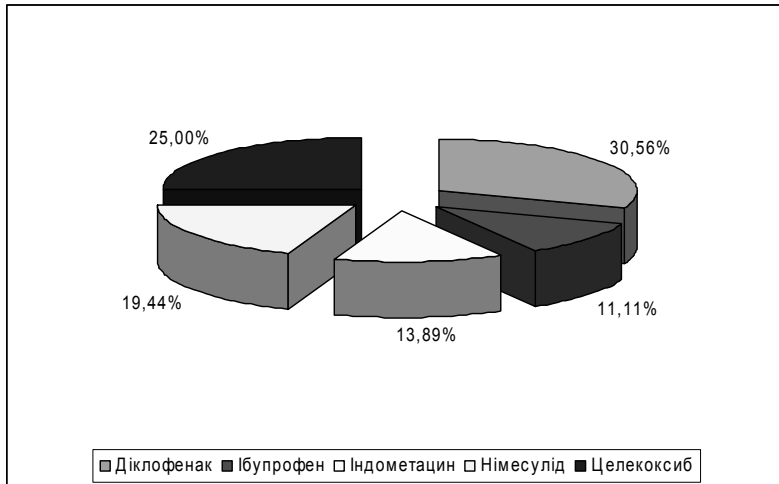


Рис. 1. Порівняльна характеристика пацієнтів із РА та ОА за супутньої ІХС згідно з вживаним НПЗП

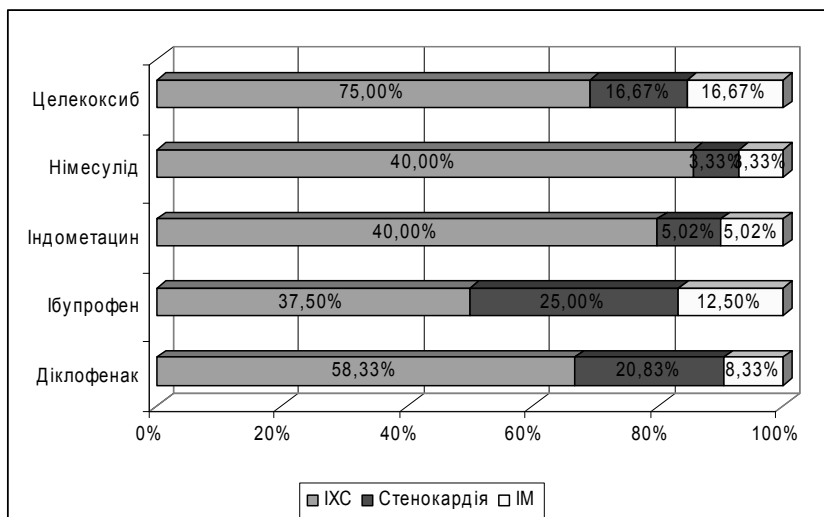


Рис. 2. Порівняльна характеристика захворювань серцево-судинної системи залежно від вживаного НПЗП

Стенокардію напруги різних функціональних класів найчастіше діагностували у групі хворих, що приймали ібупрофен та диклофенак натрію, 25,00% та 20,83% пацієнтів, відповідно, найрідше – у групі, що приймали німесулід (3,33%), але різниця не була достовірною. На інфаркт міокарда в анамнезі вказувало 16,67% пацієнтів, що приймали целекоксиб, та 12,50%, що приймали ібупрофен. Достовірної різниці серед пацієнтів щодо перенесеного в анамнезі інфаркта міокарда між групами, що приймали неселективні інгібітори ЦОГ (диклофенак натрію, ібупрофен та індометацин) та специфічними чи селективними інгібіторами ЦОГ-2 (німесулід та целекоксиб) не встановлено

($\chi^2=0,02$, $p=0,900$). Також не встановлено достовірної різниці у пацієнтів, що приймали диклофенак натрію порівняно з ібупрофеном ($\chi^2=0,01$, $p=0,928$), індометацином ($\chi^2=0,54$, $p=0,461$), німесулідом ($\chi^2=0,16$, $p=0,688$) та целекоксибом ($\chi^2=0,44$, $p=0,507$). Також достовірно не відрізнялися групи пацієнтів щодо перенесеного інфаркту міокарда, що приймали німесулід порівняно із целекоксибом ($\chi^2=1,46$, $p=0,688$).

Наступним кроком нашого дослідження було порівняння виникнення кардіоваскулярних уражень враховуючи дозу та тривалість НПЗП-терапії (таблиця 2).

Таблиця 2

Порівняльна характеристика хворих із РА та ОА за супутньої ІХС залежно від тривалості прийому НПЗП (%)

Тривалість прийому	Диклофенак	Ібупрофен	Індометацин	Німесулід	Целекоксиб
до 3 місяців	7,14	16,67	12,50	41,67	44,44
3 міс – 1р.	21,43	16,67	25,00	33,33	44,44
1 – 5р.	25,00	33,33	37,50	25,00	11,11
Більше 5р.	46,43	33,33	25,00	-	-

Встановлено, що диклофенак натрію приймали 46,43% пацієнтів з перервами більше 5 років, ібупрофен більшості хворих (по33,33%) приймали з перервами від 1 року до 5 та більше 5 років. І навпаки, німесулід та целекоксиб більшості пацієнтів (41,67% та 44,44%) приймали до 3 місяців. Серед пацієнтів зі стенокардією спостерігалася така ж тенденція. Диклофенак натрію 60,00 пацієнтів

приймали більше 5 років, ібупрофен 50,00 від 1 до 5 років. Серед обстежених з РА та ОА із супутньою ІХС 75,00% пацієнтів приймали целекоксиб до 1 року практично без перерви.

Так само важливим, на нашу думку, є встановлення дози НПЗП у хворих з РА та ОА із супутньою ІХС. Дані наведені у таблиці 3.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика хворих з РА та ОА із супутньою ІХС залежно від дози (%)

НПЗП	Низька	Середня	Висока
Диклофенак натрію	до 50мг	50-200мг	більше 200мг
	21,43	53,57	25,00
Ібупрофен	до 800мг	800-1600мг	більше 1600мг
	33,33	50,00	16,67
Індометацин	до 50мг	50-200мг	більше 200мг
	37,50	37,50	25,00
Німесулід	до 100мг	100-200мг	більше 200мг
	33,33	41,67	25,00
Целекоксиб	до 200 мг	200-400мг	більше 400мг
	22,22	66,67	11,11

Диклофенак натрію та ібупрофен найчастіше (53,57% та 50,00% випадків) пацієнти вживали у середньотерапевтичних дозах. Індометацин – у низькій та середній дозі. Більшість пацієнтів з РА та ОА із супутньою ІХС приймали німесулід та целекоксиб у середній дозі (41,67% та 66,67%).

Нами встановлено, що 40,00% пацієнтів з РА та ОА та супутньою стенокардією напруги різних функціональних класів приймали диклофенак натрію у середньотерапевтичних дозах, а 20,00% – у високій дозі. Майже кожен другий із хворих за супутньої стенокардії приймав ібупрофен та індо-

метацин у середній дозі. Виявлено, що 75,00% пацієнтів із захворюваннями суглобів та супутньої стенокардії приймали целекоксиб у високій дозі, але ці дані не були достовірними порівняно із хворими, що приймали диклофенак натрію ($\chi^2=0,23$, $p=0,633$).

Для визначення функціональної здатності міокарда, хворим було проведено ехокардіоскопічне дослідження. Найбільш інформаційним ехокардіографічним показником, що характеризує скоротливу здатність міокарда (СЗМ) є фракція викиду (ФВ), яку визначали за методом Simpson (табл. 4).

Таблиця 4

Порівняльна характеристика показників ФВ у хворих з РА та ОА за прийому НПЗП (М±м)

Супутні захворювання	Диклофенак та індометацин	Ібупрофен	Німесулід	Целекоксиб
Без ІХС	64,25±4,92	65,67±4,16	61,33±2,52	59,00±2,01
ІХС	60,17±3,97	52,75±11,90	56,00±5,56	53,25±2,75*
ІХС зі стенокардією	60,00±6,08	48,67±11,85	54,67±4,16	53,00±2,94
Постінфарктний кардіосклероз	46,67±3,06	51,67±2,08	51,04±3,61	43,75±9,32
АГ без ІХС	63,50±4,44	60,00±3,61	58,21±1,13	56,25±4,65

Примітка: * $p<0,05$ у порівнянні з ібупрофеном

У пацієнтів без ІХС СЗМ була збережена, за супутньої ІХС дещо зниженою вона була у пацієнтів, що приймали ібупрофен та цефекоксид, таку саму тенденцію встановлено і у пацієнтів із стенокардією. У пацієнтів, що вказували на перенесений ІМ, СЗМ у всіх групах була помірно зниженою, лише за прийому цефекоксибу була знижена.

Для вивчення віддалених результатів та встановлення ризику виникнення шлунково-кишкових та кардіоваскулярних уражень, обумовлених прийомом НПЗП, нами було розіслано всім пацієнтам анкети через три та шість місяців після отриманого лікування. Через три місяці нами було отримано 103 заповнені анкети, а через шість місяців – 98. У кожній анкеті пацієнту пропонували відповіді на питання, які дозволили б нам оцінити стан його здоров'я та виявити ускладнення, пов'язані зі вживанням НПЗП.

Після аналізу анкетного опитування нами було встановлено, що на наявність скарг із боку шлун-

ково-кишкового тракту через три місяці після проведеного лікування вказувало 23 (22,33%) пацієнтів, серед них – 36,11% пацієнтів із I-ої групи, 18,42% – II-ої та 7,50% – III-ої. Достовірно частіше на ураження шлунково-кишкового тракту через 3 місяці вказували пацієнти I-ої групи, що приймали лише омепразол, порівняно з пацієнтами III-ої групи, що приймали вісмуту субцитат колоїдний та тіотриазолін ($\chi^2=6,21$, $p=0,013$). При проведенні аналізу інтенсивності больового синдрому та зв'язок з прийомом НПЗП було встановлено, що на інтенсивний біль у верхній половині черева вказували 23,08% пацієнтів I-ої групи, 14,28% пацієнтів II групи. Пацієнти III-ої групи скаржилися на біль помірного та слабкого характеру. Порівнюючи НПЗП, з яким вони пов'язували наявність больового синдрому, отримано наступні результати: більшість обстежених у всіх групах пов'язували його з прийомом індометацину, в меншій мірі – диклофенаку натрію (табл. 5).

Таблиця 5

Характеристика шлунково-кишкових уражень через 3 місяці після лікування (%)

	I група	II група	III група
Біль у верхній половині черева			
Значний	23,08	14,28	-
Помірний	23,08	42,86	33,33
Слабкий	53,84	42,86	66,67
НПЗП			
Диклофенак натрію	23,08	42,86	33,33
Ібупрофен	7,69	-	-
Індометацин	53,84	42,86	66,67
Німесулід	15,38	14,28	-

Через шість місяців після лікування на наявність больового синдрому у верхній половині черева вказувало 29 (29,59%) пацієнтів, серед них 47,22% пацієнтів I-ої групи, 21,05% – II-ої та 10,00% – III-ої. Достовірно частіше на наявність больового синдрому вказували пацієнти, що не

отримували препаратів із цитопротекторними властивостями ($\chi^2=4,55$, $p=0,033$, $\chi^2=11,33$, $p=0,001$). Характеристику больового синдрому та препаратів, з яким його пов'язували пацієнти, наведено у таблиці 6.

Таблиця 6

Характеристика шлунково-кишкових уражень, обумовлених НПЗП, через 6 місяців після проведеного лікування (%)

	I група	II група	III група
Біль у верхній половині черева			
Значний	23,53	12,50	-
Помірний	35,29	25,00	33,33
Слабкий	41,18	62,50	66,67
НПЗП			
Диклофенак натрію	35,29	37,50	25,00
Ібупрофен	5,89	-	-
Індометацин	47,06	62,50	75,00
Німесулід	11,76	-	-

Тобто, так само, як і через три місяці, виникення больового синдрому пацієнти пов'язували частіше з прийомом індометацину у всіх групах.

Наступним кроком нашого дослідження було виявлення уражень серцево-судинної системи у вигляді гострих тромботичних подій (інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, наростання ФК стенокардії напруги, гостре порушення мозкового кровообігу, транзиторне порушення мозкового кровообігу) на фоні прийому НПЗП та після отри-

маного лікування через три та шість місяців. При аналізі анкетних даних було встановлено, що наявність стенокардії напруги через 3 місяці вказувало 18,43% пацієнтів, а через 6 місяців – 23,47%. На перенесене ГПМК через 3 місяці вказували 3,88%, через 6 місяців – майже у два рази більше (6,12%) пацієнтів. У таблиці 7 наведені дані щодо виникнення захворювань серцево-судинної системи у пацієнтів, що продовжували приймати НПЗП.

Таблиця 7

Характеристика кардіоваскулярних ускладнень у хворих, що приймали НПЗП, через 3 та 6 місяців (%)

		Диклофенак натрію	Ібупрофен	Німесулід	Целекоксиб
Стенокардія	Було	20,83	25,00	3,33	8,33
	3 міс	20,83	25,00	3,33	12,50
	6 міс	22,92	31,25	3,33	16,67
ІМ	Було	8,33	12,50	3,33	16,67
	3 міс	8,33	12,50	3,33	16,67
	6 міс	8,33	18,75	3,33	20,83
ГПМК	Було	6,25	-	-	-
	3 міс	6,25	-	-	4,67
	6 міс	6,25	6,25	-	8,33

Оцінюючи виникнення кардіоваскулярних уражень, обумовлених прийомом НПЗП, було встановлено зростання кількості стенокардії через 6 місяців у пацієнтів, що вживали диклофенак натрію, ібупрофен та целекоксиб, але різниця між різними препаратами не була достовірною (ДІ 1,68 (0,45-7,44), ДІ 1,4 (0,41-4,71)) у порівнянні із целекоксибом. Привертає увагу факт зростання частоти перенесеного ІМ у пацієнтів, що приймали ібупрофен (на 6,25%) та целекоксиб (на 3,84%), але також різниця не була достовірною. Найбільш вагомим показником у дослідженні, на нашу думку, є факт перенесеного ГПМК у пацієнтів, що приймали ібупрофен (6,25%) та целекоксиб (8,33%) через 6 місяців, але не встановлено достовірної різниці зростання частоти виявлення у порівнянні із диклофенаком натрію (ДІ 1,26 (0,1-10,35), ДІ 1,44 (0,21-8,76)).

Висновки.

1. Зміни функціонального стану ССС у хворих

ЛІТЕРАТУРА

1. Викторов А.П. Побочное действие современных нестероидных противовоспалительных препаратов: проблемы остаются? //Український медичний часопис. – 2003. – №1(33). – С.79-89.
2. Катеренчук І.П. Переваги селективних інгібіторів ЦОГ-2 у терапії ревматичних захворювань //Журнал сучасного лікаря. Мистецтво лікування. – 2006. – №2(28). – С.67-68.
3. Насонов Е.Л. Циклооксигеназа 2 и кардиоваскулярная патология //Сердце. – 2004. – №4. – С.209-212.
4. Насонов Е.Л. Анальгетическая терапия в ревматологии. Путешествие между Сциллой и Харибдой. //Клин. Фарм. Терапія. – 2003. – №12(3). – С.64-69.
5. Farcouh ME., Kirshner H., Harrington RA. Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial (TARGET), cardiovascular outcomes; randomized controlled trial //Lancet. – 2004. – Vol.364. – P.675-684.
6. Hawkey C.J., Wight N.J. Clinician's manual on NSAIDs and gastrointestinal complications /Science Press.: London, 2001. – 64p.

SUMMARY

CLINICAL-FUNCTIONAL DESCRIPTION OF ORIGIN AND MOTION OF CARDIO-VASCULAR DEFEATS ON A BACKGROUND OF RECEPTION OF NON-STEROID ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND OSTEOARTHRISIS

Chopey I.V., Nikolaychuk M.V., Hoydash I.M., Debretseni K.O., Myhovich I.I., Buleza B.Y., Turyanica I.A., Madi Y.I., Chohey O.I.

The found changes of the endoscopic morphological state of mucus shell of gastroduodenal area and changes in flowing of some cardio-vascular diseases, caused by drugs reception, can be used as diagnostic criteria of gastro-intestinal bleeding and thrombotic complications, conditioned by NSAIDs. Taking into account the changes in acidproductive function of stomach we explained the expedience of conducting pH-measuring. The chart of complex treatment of patients with application of omeprazol, Bi subcitate and tiotriazolin, which have cytoprotective properties was developed and approved. It allows to reduce the terms of treatment and warn complications concerning cardiovascular system.

Key words: NSAIDs, cardiovascular risk

УДК 616 – 056.3:616.2 – 022.6

ПРОБЛЕМА АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У СІМ'ЯХ РІЗНОГО ДОСТАТКУ

Чопей І.В., Товт-Коршинська М.І., Ростока-Резнікова М.В.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: за допомогою методу анкетування визначалися частота і структура алергічних захворювань у сім'ях, оцінювався вплив несприятливих соціальних факторів (зокрема, матеріального забезпечення, скупченості у помешканнях) на дані захворювання. Порівнювалася частота алергічних та гострих респіраторних захворювань у сім'ях. Виявлено, що бронхіальна астма, харчова алергія, алергічний риніт і кон'юнктивіт переважали у забезпечених сім'ях, причому частота бронхіальної астми і харчової алергії була вищою у дітей; алергічний риніт і кон'юнктивіт, а також атопічний дерматит переважали серед жінок і дівчаток. Зв'язку між частотою алергічних захворювань і скупченістю в помешканнях, а також із захворюваністю гострими респіраторними захворюваннями ми не виявили.

Ключові слова: алергічні захворювання, сім'я, соціальні фактори

Вступ. Актуальність проблеми алергічних захворювань (АЗ) зростає з кожним роком. Ними хворіє від 20 до 40% населення різних країн [1]; тільки бронхіальна астма (БА) реєструється у понад 5% дорослих і 10% дітей [6]. Оскільки первинна діагностика, профілактика та лікування алергічних захворювань є важливими завданнями сімейного лікаря, зокрема у зв'язку з недостатньою забезпеченістю населення лікарями-алергологами, не викликає сумніву необхідність вивчення алергічних захворювань у сім'ях [2].

Значне підвищення алергічних захворювань зумовлює необхідність уточнення можливих причин, які сприяють зростанню частоти їх виникнення. Важливу роль при цьому відіграють соціальні фактори: екологічне неблагополуччя, контакт із великою кількістю хімічних речовин у побуті та на виробництві, неконтрольоване вживання медикаментів, побутові чинники, інфекційна захворюваність тощо [3,4]; певне значення може мати і матеріальна забезпеченість сімей та, відповідно, умови їх життя.

Оскільки алергічні та гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) мають спільні ланки патогенезу, але дані щодо їх зв'язку є суперечливими (так, з одного боку, відомо, що вірусні інфекції посилюють алергізацію організму внаслідок вироблення специфічних противірусних IgE [8], а з іншого – у дітей вірусні інфекції з природним перебігом стимулюють імунну відповідь із залученням механізмів

протиінфекційного імунітету, і при цьому гальмується імунний механізм алергії [7], що зумовлює нижчу частоту алергічних захворювань серед таких дітей у дорослому віці), доцільним є порівняння частоти алергічних та гострих респіраторних захворювань у сім'ях.

У нашому попередньому пілотному дослідженні частоти і структури алергічних та інфекційних захворювань у сім'ях із різним достатком було показано, що алергії переважали у більш заможних, а інфекційні захворювання (зокрема, пневмонії та ГРЗ) – у менш забезпечених сім'ях [5]. Отримані дані зумовлюють необхідність підтвердження виявленого зв'язку та пошук можливих його причин.

Мета дослідження: визначення частоти і структури алергічних захворювань у сім'ях різного достатку; порівняння частоти алергічних та гострих респіраторних захворювань у даних сім'ях, вивчення зв'язку між несприятливими соціальними факторами і захворюваністю алергіями.

Матеріали і методи. Використовуючи метод анкетування, ми оцінювали частоту і структуру АЗ у дорослих і дітей, а також вплив несприятливих соціальних факторів на дані захворювання. Проводився порівняльний аналіз частоти алергічних та гострих респіраторних захворювань у сім'ях. Дослідження виконане на базі амбулаторії сімейної медицини Ужгородської центральної міської клінічної лікарні та центру сімейної медицини факу-