

[2, 6, 21, 24, 25, 27]. У США нещодавно з'явився новий термін – "телефармація" Цей напрямок використовує відеоконференції для навчання, тренінгу та менеджменту у фармації [21]. Можливість інтеграції медичних ІС у світові телекомунікаційні системи і мережу Internet є надзвичайно важливим аспектом використання ІС. Застосування ІС дозволить проводити обмін діагностичною інформацією, включно з відеоінформацією, в рамках телеконференцій та телеконсультацій. Такі можливості відкривають зовсім нові перспективи розвитку медицини в XXI столітті.

ВИСНОВКИ. 1. Медична інформація є одним із пріоритетних об'єктів медичної стандартизації на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України. Система МІ в Україні повинна гармонізуватись з міжнародними базами даних та інформаційними центрами з медицини та охорони здоров'я.

2. Для вирішення проблем, пов'язаних з МІ, необхідне створення потужних інформаційних центрів як широкого, так і вузького спеціального профілів, пов'язаних із осередками стандартизації, а також опрацювання техніки обробки, передачі та перетворення інформації на основі системи медичної стандартизації. 3. Стандартизація МІ, орієнтована на індивідуальну потребу в інформації споживачів, повинна проводитись залежно від цільового скерування – держава, лікарі та клінічні провізори, менеджмент охорони здоров'я, ЛПЗ, медичні технології та безпосередньо пацієнти.

1. Александров В.Л. Организация единого информационного пространства и телекоммуникационных сетей // Экономика здравоохранения. -2002.- №4.-С.29-30.

2. Бармотин Г.В. Телемедицина. Социально значима! Экономически выгодна? // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 4 (44). - С. 14-16.

3. Боро Л.А., Джадад А.Р. Как потребители медицинских услуг и руководители здравоохранения могут использовать систематические обзоры для принятия решений // Междунар.журн.мед.практики. - 1999. - № 1. - С.7-14.

4. Бичков В.В., Гриценко В.І., Коваленко О.С. Сучасний погляд на процес інформатизації системи охорони здоров'я м. Києва // Охорона здоров'я України. - 2001. - № 3. - С. 27-29.

5. Вахрушина М.Н. Вопросы эффективности управленческих решений // Экономика здравоохранения. - 2000. - №1 (42). - С.28-35.

6. Вялков Л.И., Лядов К.В. Телемедицина: варианты решения некоторых проблем // Сб. Международная ассамблея «Новые медицинские технологии». - 1997. - С. 78-79.

7. Довгалевский П.Я., Гриднев В.И., Кудряшов Ю.Ю., Моржаков А.А. Медицинская информационная система для кардиологической клиники // Здравоохранение Российской Федерации. - М.: Медицина. -№1.-2000.- С.11-13.

8. Кудрин В.С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки // Пробл.соц.гигиены, здравоохран.и истории медицины. - 2001. - № 2. - С.26-27.

9. Куралбаев Б.С. Информационное обеспечение управления многопрофильной больницей // Пробл.соц.гигиены, здравоохран.и истории медицины. - 1999. - № 5. - С. 52-54.

10. Медведев О. Новые критерии обеспечения медицинской информацией практических врачей // Врач. - 2000. - № 12. - С. 36-38.

11. Медик В.А. О разработке мониторинга здоровья населения среды обитания и деятельности здравоохранения на региональном уровне // Пробл.соц.гигиены, здравоохран.и истории медицины. - 2001. - № 1. - С.14-15.

12. Мінцер О.П. Погляд у завтрашній день: як вирішити проблему кадрів для комп'ютеризації галузі // Охорона здоров'я України. - 2001. - № 2. - С. 23 - 28.

13. Особливості інформаційної підтримки процесу державної акредитації закладів охорони здоров'я в Україні / А.М.Нагорна, А.В.Степаненко, В.В.Кальниш та інш. // Лік.справа / Врачеб.дело. -2000.-№1.-С.101-105.

14. Пономаренко В.М., Бодак В.М. Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення процесів управління сільськими закладами ПМСД на засадах сімейної медицини // Вісник соц.гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2002. - № 4. - С.9-12.

15. Пономаренко В.М., Грузева Т.С., Зіменковський А.Б. Створення державної системи стандартизації в охороні здоров'я – актуальне завдання сьогодення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. -2002.-№3.-С.5-10.

16. Селезнев В.П. Проблемные вопросы построения информационно-программных комплексов обеспечения работ профильных и административно-хозяйственных подразделений лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. - 2001. - № 1. - С.32-34.

17. Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/ 2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» // Офіційний вісник України. - 2000. - № 49, Ч.1. - С. 2116.

18. Филатов В.Б., Жилева Е.П., Кальфа Ю.И. О классификации организационных технологий в здравоохранении // Пробл.соц.гигиены, здравоохран.и истории медицины. - 2000. - № 5. - С. 22-27.

19. Хайновская И.Я., Ходакова Н.И., Батиевская В.Б. Планирование медицинской помощи населению в рамках территориальной программы ОМС на основе интегрированной базы пролеченных // Экономика и практика ОМС. Приложение к ж. «Экономика здравоохранения». -2002.-№1.- С.14-15.

20. Шилинис Ю.А., Тольцман Т.И., Алексеева Л.М. Становление и развитие научной медицинской и фармацевтической информации в СССР. Научный обзор / Под редакцией к.м.н. Ю.А.Шилиниса. Минздрав СССР. ВНИИМИТИ. Москва, 1978.

21. Angaran D.M. Telemedicine and telepharmacy: current status and future implications // Am.J.Health Syst.Pharm. - 1999. -N 56/14. - P.1405-1426.

22. Chandrasekhar C.P., Ghosh J. Information and communication technologies and health in low income countries: the potential and the constraints // Bull.WHO. - 2001. - Vol.79, N 9. - P.850-855.

23. European public health information network in Eastern Europe countries (EUPHIN-EAST). - Copenhagen: WHO, Reg.Off.Eur., 2000/ - 39 p.

24. Takeda H., Minato K., Takahasi T. High quality image oriented telemedicine with multimedia technology // Int. J. Med. Inf. - 1999. - N 55/ 1/ - P. 23-31.

25. Telemedicine : overview // Health Devices. - 1999. - N 28/3. - P. 88-103.

26. Van der Heide B., Harris L. Health information on the Internet: good news for consumers? // Eurohealth. - 2000. - Vol. 6, N 3. - P. 8-9.

27. Wootton R. Telemedicine // Br.Med.J. - 2001. - Vol.323, N 7312. - P. 557-560.

Близнюк М.В.

ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТАНУ І СИНГЛЕТНО-КИСНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ І ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НПЗП

Івано-Франківська державна медична академія

ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТАНУ І СИНГЛЕТНО-КИСНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ І ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НПЗП – Вивчено вплив комплексного лікування із включенням альтану і синглетно-кисневої терапії на стан слизової оболонки гастроудоденальної зони при гастроудоденопатіях, індукованих НПЗП, показники імунологічного статусу та систему перекисного окислення ліпідів – антиоксидантного захисту. Встановлено позитивну динаміку рівня прозапальних цитокінів та стабілізацію процесів перекисного окислення ліпідів на фоні апробаційних методів лікування.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬТАНА И СИНГЛЕТНО-КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ С ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЯМИ, ИНДУЦИРОВАННЫМИ НПСП – Изучено влияние комплексной терапии с использованием альтана и син-

глетно-кислородной терапии на состояние слизистой оболочки гастроудоденальной зоны при гастроудоденопатиях, индуцированных НПСП, показатели иммунологического статуса и систему перекисного окисления липидов (ПОЛ) – антиоксидантной защиты. Отмечено стабилизирующее влияние апробационных методов лечения на показатели провоспалительных цитокинов и течение процессов ПОЛ.

ALTAN AND SINGLET-OXYGEN THERAPY APPLICATION IN NSAID-GASTRODUODENOPATHY PATIENTS – The influence of complex treatment including of altan and singlet-oxygen therapy on the state of mucous gastroduodenal zone are studied in patients with NSAID- gastroduodenopathy, indices of immunologic state and system of lipid peroxidation – antioxidant protection. The positive dynamics of the level anti-inflammatory cytokins and stabilization the processes of lipid peroxidation is determined at the background of approbatory methods of treatments.

Ключові слова: нестероїдні протизапальні препарати, гастродуоденопатії, цитокини, перекисне окислення ліпідів, альтан, синглетно-киснева терапія.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, гастродуоденопатии, цитокины, перекисное окисление липидов, альтан, синглетно-кислородная терапия.

Key words: NSAID – gastroduodenopathy, cytokins, peroxide lipid system, altan, singlet-oxygen therapy.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Основою сучасної терапії ревматоїдного артрити (РА) та деформуючого остеоартрозу (ДОА) є застосування базисних ліків тривалої дії в поєднанні з нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), які гальмують явища запалення, мають знеболюючий ефект і застосовуються пролонгованими курсами [5]. Достатньо виражений терапевтичний ефект цих препаратів відкинув на другий план розуміння небезпеки ускладнень, в першу чергу з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ), смертність від яких серед хворих на РА та ДОА вдвічі більша, ніж загалом в популяції [13]. Підтвердженням цього є цілий ряд наукових досліджень про пошкоджуючу дію НПЗП на слизову оболонку ШКТ у вигляді запально-деструктивних змін, що є найбільш розповсюдженими ускладненнями застосування цих середників [8,9].

Домінуючими поглядами на виникнення патологічних змін у слизовій оболонці (СО) гастродуоденальної зони (ГДЗ) є блокування нестероїдними протизапальними препаратами циклооксигенази 1 і 2, що сприяє порушенню продукції простагландинів та посиленню синтезу прозапальних субстанцій [2]. Але і цим не завжди можна пояснити механізм пошкодження СО ШКТ, про що засвідчують результати застосування селективних інгібіторів циклооксигенази-2 або препаратів, які одночасно вміщують простагландини [3,11].

Істотне місце в формуванні гастродуоденальної патології займає персистенція в СО ГДЗ *Helicobacter pylori* (НР) [1,4,10]. В останні роки дискутується питання про можливу роль НР, як фактора ризику розвитку гастродуоденопатій у хворих на РА та ДОА [6,12]. Разом з тим, аналіз літератури, присвячений даній проблемі має суперечливий характер, і потребує подальшого вивчення. Вважають, що як НПЗП так і *Helicobacter pylori* спричинюють лише запальну реакцію, а пошкодження клітин ШКТ є вторинним і пов'язане з активацією імунної системи [7]. Активовані імунокomпетентні клітини (макрофаги, моноцити нейтрофільні гранулоцити), продукуючи біологічно активні речовини (інтерлейкіни, протеази, лейкотрієни, активні форми кисню), спричинюють деструкцію клітин СО ГДЗ.

Активация імунної системи через механізми запалення зумовлює інтенсифікацію реакцій вільнорадикального окислення [7]. Порушується баланс між системами перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ). Пригнічення або надмірна активація окремих компонентів цих систем зумовлює зменшення антиоксидантної активності, а отже, посилення окисного пошкодження клітин.

Таким чином, виявлення гастродуоденопатій, які виникли на фоні застосування НПЗП у хворих на РА та ДОА, встановлення особливостей їх проявів та перебігу є актуальною проблемою, а її розв'язання сприяє розширенню пізнання механізмів формування та обґрунтуванню патогенетично обумовлених методів лікування.

МЕТОЮ НАШОЇ РОБОТИ був пошук нових підходів до усунення запально-деструктивних змін в СО ГДЗ, корекції розладів імунної системи та окисно-відновних процесів у хворих із гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, які б у поєднанні із стандартними методами забезпечували підвищення ефективності лікування і в подальшому запобігали їх виникненню.

Ми вивчили вплив нового вітчизняного препарату рослинного походження – альтану та синглетно-кисневої терапії (СКТ) у хворих із гастродуоденопатіями, індуковани-

ми НПЗП. Альтан, отриманий із суплідь вільхи клейкої або сірої, за хімічною структурою є комплексом елаготанінів, що мають мембраностабілізуючу дію. Вивчено його в'язучі, протизапальні, та антиоксидантні властивості. Принцип дії СКТ базується на утворенні синглетно-кисневої енергії при переході кисню з синглетної форми у звичайну, що активує низку біохімічних та біофізичних реакцій у клітинах і володіє мембраностабілізуючим ефектом, нормалізує обмінно-окислювальні процеси, відновлює природний антиоксидантний стан організму людини.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Обстежено 128 хворих на РА і ДОА, у яких ендоскопічно та гістологічно верифіковано гастродуоденопатії в активній фазі у вигляді гастродуоденіту (n=28), ерозій (n=40) та гастродуоденальних виразок (n=60). Середній вік пацієнтів 51,75±4,14 років. Тривалість захворювання 8,71±2,45 років.

Основним методом вивчення динаміки змін СО ГДЗ була ЕФГДС з наступною прицільною біопсією, яку виконували за допомогою фіброскопа "Olympus XP-20". Оцінка ендоскопічних змін в СО ГДЗ здійснювалась за критеріями, запропонованими П.Я. Григор'євим із співавт. Вивчення кислототворної функції шлунка проводилось з допомогою комп'ютерної рН-метрії за методом В.М.Чернобрового. Динамічне визначення концентрацій цитокинів в сироватці крові здійснювали методом імуноферментного аналізу. Вміст туморнекротичного фактора-альфа (ТНФ-α) та інтерлейкіну-1β (ІЛ-1β) визначали за допомогою наборів реагентів "ProCon" ("Протеиновый контур", Росія), інтерлейкіну-8 (ІЛ-8) – тест-системою "HyCult" (Нідерланди). Стан ПОЛ та активність АОЗ оцінювали за такими показниками: рівень ДК (за методикою В.Б.Гаврилова та співавт.), вміст МДА (за методикою Р.А. Тимирбулатова, Е.М.Селезнева), активність церулоплазміну (Цп) та насиченість трансферину (Тф) залізом (за методикою Г.О. Бабенка).

Залежно від отриманих лікувальних комплексів усі хворі розподілені на 4 групи. I-α група отримувала препарати фонові терапії і слугувала контролем для лікування; у II-й групі хворі отримували на тлі фонові терапії альтан; III-я група хворих отримувала на тлі фонові терапії синглетно-кисневу терапію; в IV-у групу ввійшли хворі, яким одночасно із препаратами фонові терапії призначали альтан та синглетно-кисневу терапію. Для об'єктивізації результатів лікування отримані дані порівнювали з такими у 10 практично здорових донорів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Контрольну ЕФГДС хворим проводили на 18-21 день від початку лікування. При поступленні в усіх обстежених було діагностовано явища гастродуоденіту. Після проведеного лікування ознаки запалення залишились у 28,13% хворих I групи, у 8,82% - II групи, 17,64% - III групи і у 3,57% хворих IV групи. У групі хворих, які отримували лише препарати фонові терапії повної репарації виразки досягнуто у 63,64% обстежених. У пацієнтів, які поряд із фонові терапією отримували альтан, повної ендоскопічної ремісії досягнуто у 91,18% пацієнтів. У одного пацієнта поряд із явищами дифузної еритеми візуалізувались поодинокі плоскі ерозії в антрумі, і ще в одного хворого виявили виразку шлунка в активній фазі.

У пацієнтів III групи також відмітили позитивний ефект. Встановлено, що лікування із включенням СКТ добре впливає на епітелізацію ерозій (81,82%), і тільки у 2-х хворих (5,88%) вони залишались активними. Проте у 3-х пацієнтів (8,82%) залишились виразкові дефекти шлунка у активній фазі. Майже повної ендоскопічної ремісії вдалося досягнути у хворих IV групи. Тільки у одного хворого, у якого попередньо виявлено множинні виразки шлунка і ДПК залишились вогнищеві запальні зміни та набряк СО ГДЗ. У всіх пацієнтів відбулася репарація виразкових дефектів та епітелізація ерозій.

За даними уреазного тесту під впливом фонові терапії ерадикація Нр наступила у 78,16% пацієнтів. У хворих, які поряд із фонові терапією отримували альтан чи СКТ, ці

показники не відрізнялися від контрольних: у 82,35% і 79,41% випадків відповідно досягнуто повної ерадикації. У 89,29% хворих ІV групи не виявлено Нр, проте ця різниця порівняно із контролем не була достовірною. Отже, апробаційна терапія не впливає на ступінь ерадикації Нр, лише поєднане використання альтану та СКТ, очевидно, створює сприятливі умови для антихелікобактерної дії препаратів фонові терапії.

Вивчення динаміки показників шлункової секреції показало, що у хворих I групи після проведеного лікування найчастіше базальну кислотність визначали в інтервалі вираженої (40,63%) та помірної (34,38%) гіпоацидності. Середні показники базального рН в цій групі склали $4,38 \pm 0,12$. У хворих II групи відмітили подібну тенденцію динаміки показників рН. У цій групі середні показники базальної кис-

лотної становили $4,21 \pm 0,11$. У хворих III та IV груп достовірно частіше рН шлунка визначали в інтервалі помірно вираженої гіпоацидності (44,12% та 42,86%) чи нормаацидності (35,29 та 25,00%) відповідно. Середні показники рН в цих групах становили $3,68 \pm 0,09$ та $3,414,21 \pm 0,10$ відповідно. Саме такі умови кислотності є оптимальними для інволюції запально-дистрофічних процесів СО ГДЗ та проведення антихелікобактерної терапії. Таким чином, альтан не впливає на кислототворну функцію шлунка. Фонова терапія у поєднанні з СКТ оптимізує базальну кислотність шлунка і створює кращі умови для нівелювання запальних та ерозивно-виразкових змін СО ГДЗ.

Вивчення динаміки вмісту прозапальних цитокінів в сироватці крові у хворих із гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП представлено в табл. 1.

Таблиця 1. Динаміка показників прозапальних цитокінів в сироватці крові у хворих із гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, залежно від отриманого лікування (M±m), пг/мл

Групи хворих		TNF-α	IL-1β	IL-8
Контроль		49,34±4,21	28,19±3,92	5,23±0,37
I	до лікування	207,35±12,66	179,24±12,39	21,78±1,67
	після лікування	125,24±9,47	96,21±9,19	10,18±0,87
II	до лікування	199,27±13,69	188,71±13,96	19,92±1,59
	після лікування	77,47±7,65*	83,70±8,08*	9,58±0,72
III	до лікування	203,28±14,06	184,72±14,51	22,17±2,12
	після лікування	104,38±10,02	85,16±7,40	7,93±0,46*
IV	до лікування	208,16±15,45	186,33±15,84	22,54±1,96
	після лікування	66,94±5,25*	79,39±6,52*	7,12±0,63*

Примітка: * достовірність різниць показників до і після лікування (p<0,05)

Під впливом медикаментозної терапії у всіх групах спостерігалась достовірна різниця (p<0,05) до і після лікування рівнів TNF-α, IL-1β та IL-8. Однак, більш суттєвого зниження зазнав рівень TNF-β. Аналізуючи динаміку показників запальної ланки цитокінового профілю залежно від застосованого комплексу лікування зауважили, що альтан має більш виражений вплив на рівень TNF-α і IL-1β, а СКТ - на IL-8.

Зокрема, рівень TNF-α у I групі після проведеної фоно-

вої терапії знизився у 1,7 раза, у II групі у 2,6 раза, у хворих III групи - у 1,9 раза, а у IV групі - у 3,1 раза. Рівень IL-1β знизився, відповідно, у 1,9; 2,3; 2,1; та 2,4 раза. Показник рівня IL-8 у хворих I групи зменшився у 2,1 раза, у II групі у 2,1 раза, III групі - у 2,8 раза, IV групі - у 3,2 раза.

Вплив різних комплексів лікування хворих із гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП на процеси перекисного окислення ліпідів представлені в табл. 2.

Таблиця 2. Динаміка показників інтенсивності перекисного окислення ліпідів у хворих із гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП залежно від отриманого лікування (M±m)

Групи хворих		МДА, мкмоль/мл	ДК, ум. од
Контроль		61,25±1,54	1,22±0,11
I	до лікування	134,52±1,81	2,82±0,23
	після лікування	99,47±2,66	2,38±0,09
II	до лікування	137,18±2,32	2,87±0,27
	після лікування	88,56±3,87	2,17±0,12
III	до лікування	139,75±1,63	2,88±0,19
	після лікування	83,15±2,55	1,77±0,15*
IV	до лікування	135,28±1,95	2,85±0,15
	після лікування	69,53±4,49*	1,48±0,08*

Примітка: * достовірність різниць показників, порівняно із I групою (p<0,01)

Під впливом фонові терапії спостерігалось вірогідне зниження концентрації обох показників ПОЛ. Проте динаміка змін рівня МДА до і після лікування в цілому по групі була кращою, порівняно із динамікою рівня ДК. Так, рівень МДА у хворих I групи знизився на 26,06% ($p < 0,05$), а рівень ДК на 15,60% ($p < 0,05$). У хворих II групи динаміка зниження рівня МДА становила в середньому 35,44% ($p < 0,05$), ДК – 24,39% ($p < 0,05$). Вищевказані показники були на 9,38% та 8,79% нижчі, ніж у хворих, які отримували лише фонову терапію. Під впливом лікувального комплексу із включенням СКТ рівень МДА зменшився на 40,50% ($p < 0,01$), рівень ДК – на 38,54% ($p < 0,01$). У хворих IV групи встановлено різке зниження інтенсивності процесів ПОЛ. Так, зниження рівня МДА склало в середньому 48,60% ($p < 0,01$), рівень ДК знизився на 48,07% ($p < 0,01$).

Поряд із зниженням інтенсивності процесів ПОЛ під впливом лікування хворих із гастроуденопатіями, індукованими НПЗП, спостерігали підвищення активності системи АОЗ. У пацієнтів I групи, які отримували фонову терапію, підвищення активності системи АОЗ виражалось у незначному збільшенні (на 16,66%, $p < 0,05$) насичення Тф залізом, та зниженні вмісту Цп в крові на 13,93% ($p < 0,05$). Під впливом лікувального комплексу із застосуванням альтану встановили підвищення насичення Тф залізом на 33,33% ($p < 0,01$), і зниження рівня Цп на 25,72% ($p < 0,05$). У III групі хворих, які поряд з фонові терапією отримували СКТ, також спостерігали підвищення активності системи АОЗ, що виражалось у зниженні рівня Цп на 31,02% та підвищення насичення Тф залізом на 42,86%. Найбільш виражене підвищення активності системи АОЗ встановили у хворих IV групи. Рівень активності Цп знизився на 32,27% ($p < 0,05$), а насичення Тф залізом збільшилося на 69,23% ($p < 0,01$).

Таким чином, позитивний ефект апробаційних методів лікування на зниження інтенсивності процесів ПОЛ та підвищення АОЗ встановлено у всіх групах хворих. Проте комплексне лікування із застосуванням альтану та СКТ має найкращу стабілізуючу дію.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Перспективним залишається вивчення зрушень в протизапальній ланці цитокінового профілю у хворих із гастроуденопатіями, індукованими НПЗП та вплив альтану і синглетно-кисневої терапії на їх корекцію.

ВИСНОВКИ. 1. Встановлення проявів перебігу гастроуденопатій, індукованих НПЗП, вивчення патогенетичних механізмів розвитку та розробка методів їх корекції є актуальною проблемою сучасної медицини.

2. Включення до комплексу лікування альтану та СКТ сприяє більш швидкому відновленню нормальної слизової оболонки ГДЗ і створює оптимальні умови до антихелікобактерної дії препаратів фонові терапії.

3. Встановлено достовірне зниження рівня прозапальних цитокінів та збалансування системи ПОЛ-АОЗ під впливом апробаційних методів лікування.

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с *Helicobacter pylori* // Клини. медицина. - 1998. - №6. - С. 11-15.

2. Дауни Уилсон. Лечение НПВП - индуцированных язв желудочно-кишечного тракта // Рос. ревматология. - 1998. - № 4. с. 5-6.

3. Дзяк Г.В., Викторов Е.И., Гришина Е.И. Нестероидные противовоспалительные препараты. - К., 1999. - 111с.

4. Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1994. - С. 11-14.

5. Коваленко В.Н., Лещинский А.Ф. Ревматические болезни: особенности развития, течения, восстановительного лечения // Лікарська справа. - 1996. - №5-6. - С.9-14.

6. Свінцицький А.С., Хомченкова Н.І., Таран А.І., Пузанова О.Г. Гастроуденальні ускладнення фармакотерапії нестероїдними протизапальними препаратами як актуальна проблема медицини // Сучасна гастроентерологія - 2001. - №1(3). - С. 22-28.

7. Ющук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г. Иммуитет при хеликобактерной инфекции // РЖГН - 2002. - №3. - С.37-45.

8. Bjorkman D.J., Kimmey M.B. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and gastrointestinal disease: pathophysiology, treatment and prevention // Dig. Dis. Sci. - 1997. - Vol. 13. - P. 119-129.

9. Garcia Rodriguez L.A., Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs // Lancet. - 1998. - Vol. 343. - P. 769-772.

10. Graham D.Y. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *Helicobacter pylori* and ulcers: where we stand // Amer. J. Gastroenterol. - 1996. - Vol. 91. - P. 2080-2086.

11. Laine L. Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. - Gastrointest. Endosc. Clin. N.Am. - 1996. - Vol. 6. - P. 489-504.

12. Marshall B. NSAIDs and *Helicobacter pylori*: therapeutic options // Lancet. - 1998. - Vol. 352. - P. 1001-1003.

13. Wolfe M.M., Lichtenstein D.R., Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs // N. Engl. J. Med. - 1999. - Vol. 340. - P.1888-1899.

Зарудна О.І.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ВАЗОНІТ (SCHWARZ PHARMA) У ЛІКУВАННІ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ.

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ВАЗОНІТ (SCHWARZ PHARMA) У ЛІКУВАННІ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ – Досліджена клінічна ефективність препарату Вазоніт (Schwarz pharma) у комплексному лікуванні хворих на системну склеродермію, системний червоний вовчак та ревматоїдний артрит. Встановлена позитивна динаміка реографічних показників, покращення реологічних властивостей крові, констатовано імуномодулюючий ефект.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ВАЗОНИТ (SCHWARZ PHARMA) В ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ – Исследована клиническая эффективность препарата Вазонит (Schwarz pharma) в комплексном лечении больных системной склеродермией, системной красной волчанкой и ревматоидным артритом. Установлена положительная динамика реографических показателей, улучшение реологических свойств крови, констатирован иммуномодулирующий эффект.

ASSESSMENT OF VASONIT'S (SCHWARZ PHARMA) EFFICIENCY IN TREATMENT OF SYSTEMIC DISEASES – Clinical efficiency of Vasonit (Schwarz pharma) has been studied in complex treatment of patients with systemic sclerosis, systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis. Positive dynamic

of rheographic data and prove of rheological qualities of blood have been set up, immunomodulating effect has been constated.

Ключові слова: Вазоніт, ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, системна склеродермія, синдром Рейно, реологічні властивості, імунна система.

Ключевые слова: Вазонит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, синдром Рейно, реологические свойства, иммунная система.

Key words: Vasonit, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, Raynaud's Phenomenon, rheological qualities, immune system.

ВСТУП Ураження судин за умов системних захворювань сполучної тканини є вагомим патогенетичним чинником розвитку патологічних станів, що, в свою чергу, визначає більшість клінічних проявів СЧВ, ССД та появу усклад-