

ВЛИЯНИЕ АУТОСЕРОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Сидоренко Е.В., Выхристенко Л.Р.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является крупной медико-социальной проблемой, в первую очередь, из-за высокого уровня заболеваемости. Отмечается нарастание её тяжёлых форм, что подтверждается увеличением числа госпитализированных больных [1,2,4].

Бронхиальная астма как хроническое заболевание, имеющее тенденцию к прогрессированию и протекающее с обострениями, оказывает негативное воздействие на все стороны жизни пациента. Качество жизни наряду с общепринятыми клинико-функциональными показателями является одним из важных параметров оценки состояния пациентов и эффективности проводимого лечения [5].

Ориентированное на контроль лечение позволяет не только значительно улучшить качество жизни пациентов с бронхиальной астмой, но и снизить частоту тяжелых осложнений и инвалидизации [2,4].

В настоящее время имеется актуальная потребность в сравнительной оценке эффективности различных методов лечения БА в связи с расходом значительных материальных и финансовых ресурсов здравоохранения на терапию заболевания.

Цель исследования – оценка динамики уровня контроля над симптомами БА и качества жизни пациентов на фоне комбинированного лечения – аутосеротерапии в сочетании с фармакотерапией по сравнению с фармакотерапией (ФТ).

Материал и методы. В исследование были включены 40 пациентов со смешанной (аллергической и псевдоаллергической) бронхиальной астмой, находящихся на обследовании и лечении в аллергологическом и пульмонологическом отделениях УЗ "Витебская областная клиническая больница". Пациенты были разделены на 2 однородные по полу и возрасту группы в зависимости от получаемой терапии. Первая группа включала 20 пациентов, получающих фармакотерапию бронхиальной астмы согласно протоколам обследования и лечения МЗ РБ и иммунотерапию: применяли аутосеротерапию (АСТ) по методу внутривенного введения в курсовой дозе 4,4 мл согласно инструкции по применению МЗ РБ. Вторая группа включала 20 пациентов, получающих только фармакотерапию: β_2 агонисты короткого и длительного действия, ингаляционные глюкокортикостероиды или их фиксированные комбинации. Всем пациентам до начала лечения и через год после его окончания проводился комплексный мониторинг состояния с оценкой уровня контроля симптомов БА (с применением валидизированного опросника АСТ-тест) [4], качества жизни (валидизированный опросник AQ-20) [5]. Полученные результаты обрабатывались статистически с использованием критериев Вилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. С помощью опросника АСТ-тест анализировали контроль над симптомами БА в баллах. Самый лучший уровень контроля БА равен 25 баллам, а самый худший - 0 баллов.

По опроснику AQ-20 учитывали количество положительных ответов. Самый высокий показатель качества жизни равен 0 баллов, а самый худший - 20 баллов.

Динамика уровня контроля над симптомами БА и качества жизни пациентов в группах продемонстрирована в таблице 1.

Таблица 1. Динамика уровня контроля над симптомами БА (баллы) и качества жизни пациентов (баллы) по результатам АСТ-теста и AQ-20 теста

Показатель	Группы, методы лечения			
	Группа 1, АСТ+ФТ, n=20		Группа 2, ФТ, n=20	
	Исходно	Через 12 мес.	Исходно	Через 12 мес.
Уровень контроля астмы (АСТ-тест) Ме [25%;75%]	19,0[16,0;21,0]	19,5[17,0;22,0]	18,0[16,0;19,5]	18,0[16,5;19,5]
p исх. – 12 мес.	p=0,0002		p=0,6	
Качество жизни (AQ-20) Ме [25%;75%]	8,5[4,0;12,0]	5,0[2,5;6,5]	8,5[5,5;12,0]	7,0[5,5;11,0]*
p исх. – 12 мес.	p=0,005		p=0,01	

Примечание:* - p=0,02 - отличие общего результата AQ-20 теста между 1-й и 2-й группами (критерий Манна-Уитни)

До курса аутосеротерапии по данным АСТ-теста в группе 1 БА была частично контролируемой (19,0[16,0;21,0]). После курса аутосеротерапии по данным АСТ-теста в группе 1 БА осталась частично контролируемой (19,5[17,0;22,0]), p=0,00002. В группе 2 до и после ФТ по данным АСТ-теста степень контроля не изменилась и БА осталась частично контролируемой (18,0[16,5;19,5]) у всех исследуемых пациентов. При сравнении общего результата АСТ-теста после лечения достоверных различий между группами 1 и 2 получено не было (p=0,1), однако в группе 1 исходно у 30% (6/20) БА была контролируемой, через 12 месяцев стала полностью контролируемой уже у 50% (10/20) пациентов.

До курса АСТ количество баллов по данным AQ-20 теста в группе 1 составляло 8,5[4,0;12,0]. После лечения качество жизни улучшилось (5,0[2,5;6,5]). До проведения ФТ количество баллов по данным AQ-20 теста в группе 2 составляло 8,5[5,5;12,0]. После лечения качество жизни в группе 2 так же улучшилось (7,0[5,5;11,0]), однако в меньшей степени, чем после курса АСТ (p=0,01).

При сравнении общего результата AQ-20 теста после лечения между группами 1 и 2 были получены достоверные различия (p=0,01).

Таким образом, наше исследование демонстрирует более выраженный эффект от комбинации АСТ+ФТ по сравнению с ФТ. Ранее сходные результаты были получены при лечении пыльцевой аллергии [6].

Выводы.

1. Наиболее эффективным методом лечения смешанной БА является комбинация аутосеротерапии и фармакотерапии, позволяющая достичь полного контроля БА у большего количества пациентов.

2. Комбинация аутосеротерапии с фармакотерапией, как и фармакотерапия привели к улучшению качества жизни пациентов, но при сочетании ФТ с аутосеротерапией эффект от лечения был более выраженным. Эффект АСТ связан с влиянием на патогенетические звенья БА и опосредован антимиаторным и десенсибилизирующим действием.

Литература:

1. Allergy. Masoli M. [et al.]. – 2004. – Vol. 59. – P. 469.
2. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы, одышки / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2005.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.). – М. : Рос. респираторное о-во, 2012.
4. Белевский, А.С. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы с помощью АСТ-теста / А.С. Белевский, Н.П. Княжеская, Ю.К. Новиков // Пульмонология и аллергология. – 2007. – № 1. – С. 43-47.
5. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш.З. Загидуллин [и др.] // Пульмонология. – 2013. – № 1. – С. 49–53.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Сиротко О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. На сегодняшний день ревматоидный артрит (РА) является самым распространенным воспалительным заболеванием суставов среди населения трудоспособного возраста [1]. Определенные сложности в его ранней диагностике представляет собой тот факт, что лишь в 50-60% случаев болезнь дебютирует с типичной клинической картины. Особые сложности возникают в диагностике РА, который проявляется в виде ассиметричного серонегативного олигоартрита.

В практическом здравоохранении наличие эрозивного поражения выявляют при рентгенологическом исследовании (Rg-графия) суставов. Учитывая высокую информативность общедоступного ультразвукового метода исследования (УЗИ) костных и мягко-тканых структур [2], перспективными являются исследования, направленные на изучение информативности инструментальных методов диагностики (УЗИ, Rg, МРТ) в выявлении эрозивных поражений суставов у пациентов с РА.

Цель работы. Изучить диагностические возможности инструментальных методов в выявлении эрозивных поражений суставов у пациентов с РА.

Материал и методы. Нами было обследовано 134 человека. Из них 1 группа - 104 пациента с РА, 2 группа - 30 человек без суставной патологии (КГ). Среди пациентов 1 группы было женщин 81 (77,9%), мужчин – 23 (22,1%), средний возраст составлял $38 \pm 12,1$ лет. Во 2-ой группе было 15 женщин (50%) и 15 мужчин (50%), средний возраст которых составлял $41,7 \pm 9,2$ года.

Диагноз ревматоидного артрита выставлялся нами с учетом диагностических критериев EULAR [3] и ACR [4].

Всем пациентам проводилась Rg-графия (в стандартной прямой проекции с методикой определения стадии по Штейнброкеру), УЗИ (мультиплоскостное динамическое исследование, датчик с частотой 12 МГц) и МРТ кистей, включая лучезапястные суставы на аппарате Philips Medical Systems, Nederland B.V.; режимы T2W_TSE и STIR_TSE.

У всех пациентов выяснялся «профессиональный маршрут» с целью выявления наиболее нагруженных суставов и последующей оценке причинно-следственной зависимости поражения различных групп суставов и энтезиальных структур при РА.

Результаты и обсуждение. При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании суставов кистей у пациентов из КГ патология не была выявлена.

При исследовании 1 группы истинные эрозии воспаления суставной поверхности кости УЗ-методом выявлены в 87,9% суставов при РА, что достоверно выше ($p < 0,0001$), чем в 34% суставов при Rg-исследовании; эрозии суставной поверхности кости от инвазивного роста паннуса выявлены в 99,2% суставах у пациентов с РА методом УЗИ, что достоверно выше ($p < 0,0001$), чем в 24,3% суставов при Rg-исследовании.

У пациентов с РА поражение сухожильно-связочного аппарата в виде теносиновита обнаружено при УЗИ в 71% суставов, энтезит – в 3,8% суставов, периартикулярный отек – в 57% суставов, периартикулярный выпот – в 59% суставов; перинтезиальный отек – в 1,4% суставов, перинтезиальный выпот – в 1,4% суставов.