

*«Практикующий врач»,
Италия (Рим, Флоренция), 6-13 сентября 2012 г.*

Медицинские науки

ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Данцигер О.В., Антонов А.Р., Чуряев Ю.А.

*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт
усовершенствования врачей» МЗ и СР РФ,
Новокузнецк, e-mail: cosmetology-nk@mail.ru*

Считается, что ревматоидный артрит является аутоиммунным заболеванием, аутоантигены которого еще не идентифицированы, а специфичность иммунного ответа неизвестна (Miossec P., 2004). Прогрессия от легкого аутоиммунитета к тяжелому аутоиммунному заболеванию, по мнению многих авторов, зависит от многих факторов: генетической предрасположенности, баланса цитокинов Th1/Th2, продуцируемых во время сопутствующего воспалительного процесса, антиоксидантного потенциала крови и т.п. Недавно описаны и другие важные медиаторы дегенерации хряща и резорбции кости – фактор дифференциации остеокластов, активатор рецептора ядерного фактора В, экспрессируемые на остеобластах и стромальных клетках, а также в растворимом виде секреторируемые активированными Т-клетками. Комбинированное воздействие этих медиаторов, ИЛ-1 и ФНО- α вносит весомый вклад в развитие периактикулярного и системного остеопороза, свойственного РА (Gravallese E.M., Goldring S.R., 2000).

Цель работы: определить содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и аутоантител к нативной ДНК в сыворотке крови пациентов с ревматоидным артритом.

Было обследовано 40 женщин с диагнозом «ревматоидный артрит» в возрасте от 48-56 лет, наблюдавшихся в г. Новокузнецке, контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин аналогичного возраста, которые на момент обследования не имели острых или обострения хронических инфекционно-воспалительных заболеваний и в анамнезе не отмечали заболеваний, свидетельствующих о развитии иммунопатологических состояний (опухолевые процессы, аллергии, иммунопролиферативные и аутоиммунные заболевания). Для постановки диагноза «ревматоидный артрит» применялись классификационные критерии, предложенные Американской Ревматоидной Ассоциацией (ARA) (1987 г.).

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая большую патогенетическую значимость иммунных комплексов в возникновении и развитии аутоиммунных процессов, в том числе и РА, а также взаимосвязь данного показателя с процессами воспаления, иммунокомплексной

патологией и роль в поддержании гомеостаза организма, в контрольной и обследуемой группах было проведено тестирование уровней циркулирующих иммунных комплексов методом 4% ПЭГ-6000 преципитации.

У женщин контрольной группы уровень содержания ЦИК в сыворотке крови составил $90,5 \pm 5,4$ усл. ед. В группе пациенток с диагнозом «ревматоидный артрит» этот показатель был равен $205,5 \pm 10,5$ усл. ед., что более чем в 2 раза превышает контрольные значения и достоверно от них отличается ($p < 0,01$).

Высокую значимость в патогенезе аутоиммунных заболеваний, в том числе при ревматоидном артрите, имеет развитие иммунных реакций против тканей собственного организма. Учитывая это было проведено тестирование одного из универсальных маркеров деструктивных изменений и аутоиммунных реакций в организме, такого как антигены к нативной ДНК (нДНК), которые появляются при разрушении клеток и освобождении ядерного вещества, что связывается с наличием у пациентов воспалительных, дистрофических, дегенеративных процессов, сопровождающихся повышением уровня перекисного окисления липидов, активацией системных аутоиммунных реакций и т.д.

В результате исследований были получены следующие данные: в контрольной группе уровень аутоантител к АГ нДНК в сыворотке крови составил $1,9 \pm 0,2$ усл. ед. В группе женщин с ревматоидным артритом этот показатель составил $6,4 \pm 0,4$ усл. ед. Тестируемый уровень аутоантител к антигенам нативной ДНК в этой группе в 3 раза превышает значения контрольной группы и достоверно от них отличается ($p < 0,01$).

Таким образом, показано, что в механизмах развития ревматоидного артрита значимую роль играют воспалительно-деструктивные процессы, которые индуцируют выход ядерных межорганных антигенов, таких как антигены нДНК, вызывая развитие системного аутоиммунного ответа.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ
АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

Королева И.В., Елизарова С.Ю., Сидорович О.В.

*Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского
Минздравоохранения РФ, Саратов,
e-mail: oksana-sidorovich@yandex.ru*

В последнее время наряду с повсеместным ростом в мире распространенности бронхиальной астмы (БА) отмечается устойчивая тенден-

ция к увеличению числа пациентов с тяжелым течением заболевания. Они часто нуждаются в оказании неотложной помощи и регулярно госпитализируются в связи с неконтролируемым течением заболевания. Тем не менее, возможность повлиять на данную ситуацию имеется уже сегодня. Ее предоставляет высокотехнологичный препарат омализумаб. Он представляет собой сложный продукт генной инженерии, полученный путем синтеза гуманизированных моноклональных антител. Цель работы: оценить влияние терапии моноклональными антителами к IgE на течение тяжелой бронхиальной астмы у детей. В Саратове, в клинике факультетской педиатрии омализумаб применяется с 2008 года и по настоящее время. Всего за это время терапию омализумабом получили 9 детей в возрасте от 6 до 16 лет. К началу лечения длительность заболевания бронхиальной астмой составляла от трех до десяти лет. У всех больных выявлен высокий уровень IgE, поливалентная сенсibilизация. Бронхиальная астма сочеталась с другими атопическими заболеваниями: атопический дерматит, аллергический ринит, поллиноз. Все больные получали высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) (от 500 до 1000 мкг/сут). Астма имела тяжелое неконтролируемое течение. На фоне лечения через 6 месяцев частичный контроль болезни удалось достичь у 70% больных, через 12 месяцев полный контроль у 30% больных, через 24 месяца полный контроль у 70% детей. Уменьшение частоты и тяжести обострений БА на фоне лечения способствовало снижению потребности в экстренной медицинской помощи. Отмечалось достоверное повышение показателей ОФВ-1 (от 58 до 80%). У трех пациентов показатели ОФВ повысились до 90%. Доза ИГКС была снижена в два раза, у трех детей – в четыре раза. Не отмечено серьезных побочных эффектов при применении омализумаба. Полученные данные показывают высокую эффективность использования омализумаба для лечения детей с тяжелой неконтролируемой атопической астмой.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ «СТОИМОСТЬ БОЛЕЗНИ»

¹Шаповалова М.А., ²Бондарев В.А.,
²Корецкая Л.Р.

¹Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань;

²НУЗ Отделенческая больница на станции Астрахань-1 ОАО «РЖД», Астрахань,
e-mail: lelka1966@mail.ru

Необходимость применения в управлении лечебным учреждением клиничко-экономического анализа обоснована дефицитом финансирования системы здравоохранения и высокого уровня затратности отрасли. Методики клиничко-экономического анализа применимы не

только к лекарственным средствам, но и к медицинским услугам. Можно определить наиболее и наименее затратные медицинские услуги, оценить обоснованность их назначения. В настоящее время с целью экономической оценки используют пять типов анализа: анализ стоимости болезни, минимальной стоимости, стоимость – эффективность, стоимость – полезность, стоимость – преимущества.

Далее мы рассматриваем алгоритм исследования «стоимость болезни». Данный вид анализа – метод изучения всех затрат, связанных с ведением больных с определенным заболеванием на определенном этапе с учетом их нетрудоспособности.

Исследование рекомендуется проводить поэтапно, по разработанной программе с использованием различных способов сбора информации в зависимости от цели и поставленных задач. Работа должна выполняться в соответствии с требованиями ОСТ «Клиничко-экономические исследования. Общие положения» (Приказ МЗ РФ №163 от 27.05.2002 г.) и рекомендациями по методике проведения клиничко-экономического анализа.

Затраты состоят из нескольких компонентов.

Прямые медицинские затраты, включают все издержки, понесенные системой здравоохранения: расходы на содержание пациента в лечебном учреждении; стоимость профессиональных медицинских услуг; стоимость лекарственных препаратов; стоимость лабораторного и инструментального обследования; стоимость медицинских процедур; стоимость транспортировки больного санитарным транспортом; плата за использование медицинского оборудования, площадей и средств.

В зависимости от будущих планов, исходя из которых выполняется указанный анализ стоимости, в дополнение к перечисленным в состав прямых затрат часто включают расходы, которые несут другие общественные службы и организации, а также пациенты и их семьи.

В состав прямых немедицинских затрат входят расходы, выходящие из-под контроля системы здравоохранения: «карманные» расходы пациентов; услуги, оказываемые пациентам на дому; затраты на перемещение пациентов и пр.

Непрямые или косвенные затраты предполагают расходы, связанные с потерей трудоспособности пациентов из-за лечения, заболевания или смерти, либо производственные потери, которые несут ухаживающие за пациентом члены его семьи или близкие. К данным затратам можно отнести следующее: экономические потери за период отсутствия пациента на рабочем месте из-за болезни или раннего выхода на пенсию; «стоимость» времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей; экономические потери от снижения производительности на месте работы; экономические потери от преждевременного наступления смерти.

Нематериальные затраты представляют собой такие человеческие факторы, которые нель-