

Л. І. Конопкіна, Д. С. Коваль

ВПЛИВ АДЕКВАТНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Мета — вивчити динаміку рівня С-РП у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу на тлі базисної терапії.

Матеріали та методи

Нами було обстежено 44 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу з II–IV ступенем вентиляційних порушень (чоловіків — 40 (90,9 %), жінок — 4 (9,1 %), середній вік — $(63,4 \pm 1,18)$ року, медіанне значення об'єму форсованого видиху за першу секунду після проби з бронхолітиком (ОФV₁) — 46,6 [41,7–51,4] % належної величини.

У залежності від адекватності прийому базисної терапії хворі основної групи були розподілені на дві підгрупи: підгрупу 1 склали 28 хворих (чоловіків — 26 (92,8 %), жінок — 2 (7,2 %), середній вік становив $(63,2 \pm 1,18)$ року, які тривало приймали адекватну терапію. 14 (60,8 %) хворих із III ступенем вентиляційних порушень приймали комбінацію інгаляційного кортикостероїду (ІГКС) з бета-2-агоністом тривалої дії (БАТД) (сальметерол/флутиказону пропіонат (50/500 мкг) — по одній інгаляційній дозі двічі на добу), 9 (13 %) хворих з II ступенем вентиляційних порушень приймали холінолітик тривалої дії (тіотропію бромід (18 мкг) — один раз на добу); підгрупу 2 — 16 хворих (чоловіків було 14 (87,5 %), жінок — 2 (12,5 %) ($p = 0,863$

порівняно з хворими підгрупи 1), середній вік становив $(64,2 \pm 1,88)$ року ($p = 0,734$ порівняно з хворими підгрупи 1), які отримували лише бета-2-агоніст короткої дії (сальбутамол (100 мкг) — по дві інгаляційні дози за потребою).

Усі хворі були обстежені дворазово у динаміці (на візиті 1 та через 3 місяці після початку спостереження (візит 2)). Хворим підгрупи 2 на візиті 1 була скоригована медикаментозна терапія згідно із стадією захворювання.

Обстеження хворих включало загальноклінічні методи, комп'ютерну спірометрію на апараті «Master Screen Body/Diff» («Jaeger», Німеччина), визначення сироваткового рівня С-РП імунотурбодиметричним методом.

Таблиця 1

Динаміка рівня С-РП у обстежених

Групи та підгрупи обстежених	Рівень С-РП, мг/л, Ме [25–75 %]		p
	Візит 1	Візит 2	
Основна (n = 44)	6,2 [4,3–11,1]	4,3 [3,6–5,8]	0,002
Підгрупа 1 (n = 28)	4,9 [3,9–5,6]	3,24 [2,49–3,81]	0,024
Підгрупа 2 (n = 16)	9,25 [5,7–17,3]	4,90 [4,32–6,87]	0,001

Результати

На тлі отримуваної медикаментозної терапії, що за 3 місяці спостереження (на візиті 2) рівень С-РП в цілому у хворих достовірно знизився порівняно з початковими показниками. У хворих підгрупи 1 став нижче загальноприйнятих референтних значень та наблизився до рівня 3 мг/л.

У хворих підгрупи 2 рівень С-РП достовірно знизився порівняно з початковим показником, проте не досяг рівня цього показника у хворих підгрупи 1 ($p = 0,021$).

Висновки

1. Хворі на ХОЗЛ у стабільну фазу незалежно від тяжкості перебігу захворювання за умов неадекватного лікування мають більш високий рівень С-РП, ніж хворі, які тривало приймають терапію, що відповідає тяжкості перебігу ХОЗЛ.

2. Лікування хворих на ХОЗЛ, яке відповідає тяжкості перебігу хвороби, вже через три місяці сприяє суттєвому зниженню рівня С-РП.
