

РОЛЬ КОРРЕКЦИИ ПРОГЕСТЕРОНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОПТИМИЗАЦИИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ахмедов Халмурад Садуллаевич

канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой подготовки врача общей практики Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ташкент

E-mail: khalmurad@rambler.ru

ROLE OF PROGESTERONE INSUFFICIENCY CORRECTION IN OPTIMIZATION OF SECONDARY PREVENTION IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Akhmedov Khalmurad

candidate of Science, assistant professor, Head of General Practitioners department of Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

АННОТАЦИЯ

В исследование были включены 55 больных РА, женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 45 больных, а контрольную 10. Коррекция прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии у основной группы способствовала улучшению показателей качества жизни. Результаты наблюдений за год показали, что на 12,2 % больше случаев у основной группы наблюдалась клиническая ремиссия заболевания более 6 месяцев в отличие от показателей контрольной группы. В то же время на 16,6 % меньше больные основной группы нуждались в госпитализации в течение года в отличие от контрольной группы.

ABSTRACT

The study included 55 patients with RA, all of them were women of childbearing age. A main group comprised of 45 and control arm of 10 patients. A progesterone deficiency correction on the background of pathogenetic therapy in patients of core group helped to improve the quality of life indicators. The results of patients' observation after a year showed that in more than 12.2 % of the main group patients there were clinical remission of the disease during the period of 6 months. At the same time, fewer patients of the main group, i. e. 16.6 % needed for hospitalization during the year, in comparison with the control group.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; коррекция; вторичная профилактика.

Keywords: rheumatoid arthritis; correction; secondary prevention.

Представляя одно из ревматических заболеваний, ревматоидный артрит (РА) является одной из распространенных [2] и серьезных медико-социальных проблем, и, несмотря на то что прогноз РА на фоне современной терапии улучшается, показатели заболеваемости и смертности остаются весьма существенными [5].

Более высокая распространенность РА особенно у женщин, частое появление первых признаков заболевания в период выраженных гормональных перестроек в организме, несомненно, определено половыми гормонами. Известные к настоящему времени факты позволяют с определенностью думать о нарушении функции иммунной системы, связанной с расстройством эндокринной регуляции, особенно в сфере половых гормонов [4]. Согласно литературным данным, половые гормоны проявляют себя как иммуномодуляторы, ингибирующие одни и стимулирующие другие функции иммунитета [3]. Проведенные исследования показывают, что у больных РА женщин репродуктивного возраста отмечаются снижение эстрадиола и особенно прогестерона в сыворотки крови [1]. Согласно литературным данным, прогестерон имеет тесную связь с Т-клеточным иммунитетом. А значение Т-клеточного дефицита играет большую роль в причине развития аутоиммунного процесса. Исходя из вышеизложенного, большой клинико-научный интерес представляет изучение коррекции прогестерона у больных РА.

Известно, что одним из основных требований системы здравоохранения является улучшение профилактических мер. В частности, большое значение имеют вопросы оптимизации вторичной профилактики, поскольку это дает возможность добиться снижения прогрессирования заболевания и осложнений, а также улучшить качество жизни больных. Поэтому изучение значения

коррекции недостаточности прогестерона на фоне патогенетической терапии у больных РА женщин в оптимизации вторичной профилактики заболевания на основе отдаленных результатов представляет практический интерес.

Цель настоящего исследования

Изучить отдаленные результаты коррекции прогестероновой недостаточности у больных ревматоидном артритом женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования

Исследования проводились в условиях первичного звена здравоохранения. Всего изучено 55 больных РА женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 45 больных, а контрольную 10. У всех больных женщин перед исследованием было констатировано явления прогестероновой недостаточности и исключены органические поражения женских половых органов. Возраст больных составил $32,6 \pm 6,6$ лет. Критериями отбора явились больные с наличием степеней активности заболевания. Исключением для исследований явились больные с явными висцеральными проявлениями. Все больные в период активности клинико-лабораторных проявлений находились в стационарных условиях.

Контрольная группа получала патогенетическую терапию, а основной группе проводилась коррекция прогестероновой недостаточности (препаратами прогестерона) на фоне патогенетической терапии. Основу патогенетической терапии составили метотрексат, плаквенил, при необходимости преднизолон. Отдаленные результаты оценивались через год.

Через 1 год проводился анализ отдаленных результатов, с учетом оценки качества жизни, а также оценки таких показателей, как процент больных, нуждающихся в госпитализации; процент больных, часто обращающихся к ревматологу по поводу проблем здоровья, и процент больных с ремиссией заболевания более 6 месяцев.

Изучение качества жизни (КЖ) больных проводилось методом анкетирования с использованием опросника SFB36 [6].

Полученные данные подвергались статической обработке.

Результаты и обсуждение данных

У обследованных 55 больных РА женщин репродуктивного возраста поражение суставов отражалось на их функциональном состоянии, т. е. были выявлены различные нарушения двигательной функции конечностей. Анализ данных отдельных видов движений в суставах показал, что в каждом случае двигательные нарушения были индивидуальными и зависели от локализации и выраженности поражения. При этом, как правило, больные страдали активным движением и снижение двигательной функции коррелировало с выраженностью рентгенологических изменений и интенсивностью болевого синдрома.

При оценке отдаленных результатов на фоне вмешательства, т. е. через 1 год, в первую очередь анализировалось КЖ больных. В настоящее время известно, что оценка последнего с использованием опросника имеет большое значение, поскольку оно истинно отражает влияние патологического процесса на жизнедеятельность больного [6]. Так, изучение результатов анкетирования с использованием опросника оценки КЖ (SFB36), как видно из таблицы 1, показало различия по физическому функционированию (PF) между группами, т. к. в основной группе отмечено достоверное повышение показателей ($P < 0,001$). В свою очередь, за счет улучшения PF, отмечено достоверное увеличение показателей ролевой функции (RP) в основной группе ($P < 0,001$). Также обнаружена положительная динамика в этой же группе ($P < 0,05$) по показателю влияния интенсивности боли на способность заниматься повседневной деятельностью (BP). Вместе с тем наблюдалось отсутствие различия по показателю общего состояния здоровья (GH), т. е. оценки больным своего состояния в настоящий момент, в обеих группах наблюдалось достоверное повышение показателей, но в основной группе ($P < 0,001$) отмечен прирост на 11,7 % по отношению к показателям контрольной группы ($P < 0,02$). А анализ оценки жизнеспособности (VT — ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) показал отсутствие особой динамики показателя у контрольной группы, тогда как в основной группе прослеживалось достоверное

увеличение показателей ($P<0,001$). Вместе с тем показатели социальной функционирования (SF) были достоверно повышены ($P<0,001$) у больных РА, которым проводилась коррекция прогестероновой недостаточности. SF у основной группы был на 28,5 % выше по отношению к контрольной. В свою очередь, в показателях эмоционального состояния (RE), т. е. когда последнее мешает больным выполнять работу или другую повседневную деятельность, между группами различий не обнаружено, поскольку в обоих случаях отмечается достоверное повышение показателей, хотя прирост при этом составил 5,2 % в основной группе. Также отмечен значительный прирост на 48,5 % показателей психического здоровья (MH) у больных основной группы.

Таблица 1.

Сравнительный анализ результатов анкетирования по опроснику SFB-36 у больных РА

Показатели	Основная группа n=45 (балл)		Контрольная группа n=10 (балл)	
	В начале	Через год	В начале	Через год
Физическое функционирование (PF)	33,3±3,2	70,2±4,9***	32,5±4,7	46,2±7,5
Роловое функционирование (RP)	19,3±3,6	46,7±3,4***	20,3±4,2	29,3±4,8
Влияние боли (BP)	52,1±4,1	70,3±4,6*	51,3±4,3	59,7±5,7
Общее состояние здоровья (GH)	31,3±3,1	64,7±4,1**	32,4±2,6	57,1±3,1**
Жизнеспособность (VT)	34,5±3,5	59,8±4,1	33,4±3,9	40,7±4,5
Социальное функционирование (SF)	24,5±3,1	59,9±4,2***	25,3±3,1	31,8±5,2
Эмоциональное состояние (RE)	34,9±3,6	61,4±4,7**	33,5±4,2	59,6±4,9*
Психическое здоровье (MH)	20,5±4,7	69,5±4,2*	19,9±6,6	48,2±5,3

*Примечание: степень достоверности * $P<0,05$; ** $P<0,02$; *** $P<0,001$ — рассчитана по отношению к показателя до вмешательства*

Как видно из таблицы 2, результаты наблюдений больных через год показали, что на 12,2 % больше случаев у больных основной группы наблюдалась клиническая ремиссия заболевания более 6 месяцев в отличие от показателей контрольной группы. В то же время на 16,6 % меньше больные основной группы нуждались в госпитализации в течение года в отличие от контрольной группы. Вместе с тем, в отличие от основной группы, больные

контрольной группы на 38,7 % больше случаев в течение года обращались к ревматологу по поводу проблем здоровья.

Таблица 2.

Индикаторы эффективности вмешательства

№	Показатели	Основная группа (n=45)	Контрольная группа (n=10)
1	Процент случаев с клинической ремиссией более 6 месяцев	62,2	50
2	Процент больных, нуждавшихся в госпитализации	33,4	50
3	Процент больных, часто обращающихся по поводу проблем здоровья	22,3	60

Таким образом, исходя из полученных данных, следует, что коррекция прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии у больных РА женщин репродуктивного возраста имеет большое значение в оптимизации профилактики прогрессирования функциональных нарушений суставов.

Выводы:

1. Коррекция прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии у больных РА женщин репродуктивного возраста способствует улучшению показателей качества жизни, таких как жизнеспособность, общее состояние здоровья и социальная функция, а также она способствует положительной динамике психического здоровья.

2. Коррекция прогестероновой недостаточности у больных РА женщин репродуктивного возраста в условиях первичного звена здравоохранения играет важную роль в оптимизации вторичной профилактики заболевания, что отражает индикаторы эффективности вмешательства.

Список литературы:

1. Мирзаханова М.И., Каримов М.Ш. Проблемы ранней диагностики и лечения ревматоидного артрита. Методическое руководство. Ташкент, 2006. — С. 5—8.

2. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики // Терапевтический архив. — 2009. — Т. 81, — № 6. — С. 5—10.
3. Половые стероидные гормоны и иммунная система / Т.Ф. Татарчук, И.Б. Венцковская, А.О. Исламова и др. // Здоровье женщины. М., — 2003. — № 1. — С. 33—37.
4. Шилов Ю.И. Влияние эстрадиола и прогестерона на отдельные этапы иммуногенеза: автореф. дис...канд. мед. наук. Л., 1984. — С. 21.
5. Majithia V., Geraci S.A. (). Rheumatoid arthritis: diagnosis and management // Am. J. Med. — 2007. — № 120 (11). — P. 936—939.
6. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey // Med. Care. — 1992. — Vol. 30, — № 6. — P. 473—483.