

XI. Streszczenie

Wprowadzenie: Astma występuje z podobną częstością w każdej grupie wiekowej. U osób starszych astma jest zbyt rzadko rozpoznawana lub błędnie rozpoznawana i niedostatecznie leczona. Leczenie starszych pacjentów jest często utrudnione przez współchorobowość, częstsze ograniczenia funkcji poznawczych, większe obciążenie chorobą oraz zmiany patofizjologiczne związane z wiekiem. W dobie medycyny spersonalizowanej lekarze wykorzystują podział fenotypowy dla ułatwienia diagnozowania i doboru właściwego sposobu leczenia.

Przewlekłe zapalenie, toczące się w drogach oddechowych, jest podstawową cechą charakteryzującą astmę. Wiele chorób przewlekłych częściej występujących w wieku podeszłym wiąże się ze zwiększonym poziomem cytokin prozapalnych, w tym IL-1, IL-6, TNF- α (czynnik martwicy nowotworu, ang. tumor necrosis factor). W związku następującymi procesami immunostarzenia układ odpornościowy słabnie, co zwiększa zachorowalność i śmiertelność pacjentów w wieku starszym. Znalezienie biomarkerów zapalenia systemowego w astmie i ich rola w procesie patogenezy choroby i nasilenia choroby jest badana.

Cel: Porównanie cech klinicznych u chorych młodszych i starszych na astmę. Porównanie obecności zapalenia systemowego u chorych młodszych i starszych na astmę. Ocena związku parametrów zapalenia systemowego z cechami fizjopatologicznymi, czynnościowymi i klinicznymi astmy.

Metodologia: W badaniu wzięło udział 214 pacjentów z łagodną i średnio ciężką astmą oskrzelową (108 w wieku pomiędzy 30-50 lat oraz 109 powyżej 65 roku życia. Badanie i procedury które były wykonywane podczas tej samej wizyty składały się z kwestionariusza, spirometrii, oscylometrii, badania tlenu azotu, testów skórnych oraz pobrania krwi. W surowicy oznaczono: CRP za pomocą wysoce czułego testu immuno-lateksowego oraz poziom IL-6 i TNF alfa rec, stosując testy immunologiczne ELISA.

Wyniki: W badaniu uczestniczyło 217 chorych na astmę oskrzelową, w tym 109 chorych powyżej 65 rż. oraz 108 osób w wieku 30-50 lat, stanowiących grupę kontrolną. Rozkład względem płci był porównywalny w obu grupach wiekowych. Średni wiek osób w grupie starszej wynosił 73,7 lata \pm 0,5 i był istotnie wyższy niż uczestników z grupy młodszej ($p < 0,001$). U chorych starszych rozpoznawano średnio 7,5 \pm 3 jednostki chorobowe, u młodszych 3,5 \pm 1,7 ($p = 0,339$). U chorych starszych stosowano średnio 8,03 \pm 3,02 leki

dziennie, u młodszych $4,19 \pm 1,84$ ($p < 0,001$). U pacjentów z EA średnie stężenie hsCRP w surowicy były istotnie wyższe w porównaniu z pacjentami z nEA. Wynosiło ono $3,24 \pm 3,08$ vs $2,02 \pm 14,67$. U pacjentów z EA średnie stężenia TNFR1 w surowicy były istotnie wyższe w porównaniu z pacjentami z nEA. Wynosiło ono $1550,19 \pm 495,04$ vs $1125,35 \pm 400,69$. IL-6 wykrywano ponad dwukrotnie częściej u pacjentów z EA w porównaniu z nEA (37% vs 17%, $n < 0,05$), ale średnie stężenie w surowicy nie różniło się istotnie. Markery stanu zapalnego korelowały ze sobą w całej grupie astmatyków. W całej grupie astmatyków średnie stężenie TNFR1, hsCRP i IL-6 nie było związane z poziomem kontroli astmy ocenianym przez ACT, FeNO, stopień kontroli astmy, dawkę stosowanych leków sterydowych wziewnych.

Wnioski:

Pacjenci starsi z astmą mają więcej chorób towarzyszących niż młodszy pacjenci z astmą.

Pacjenci starsi z astmą mają wyższe parametry przewlekłego stanu zapalnego niż młodszy pacjenci z astmą. Przewlekłe zapalenie systemowe może być związane z patogenezą astmy.

Poziom zapalenia systemowego u pacjentów z astmą jest niezależny od płci.