

FEATURES OF CARDIOVASCULAR RISK IN MINERS POTASH MINES

A.F. Pinchuk, N.P. Mitkovskaya

Aim of investigation. Conduct survey and selection of individuals having a high risk of cardiovascular events among the miners of potash mines.

Methods. Clinical: medical history, anthropometric measures (waist circumference, an index ratio of waist circumference to hip circumference, body mass index), blood pressure. Surveys of 100 patients, miners potash mines.

Results: most of the miners potash mines (74%) are overweight, with a tendency to abdominal obesity and low commitment to physical exercise (34%). Over 85% of surveyed are smokers, among them over 10 years of smoking 55%, and more than one pack of cigarettes smoked per day — 27.7%. Alcohol uses (without dependence) with more than 85% of respondents. High blood pressure above 140/90 mm Hg was observed in 58% and take antihypertensive drugs, only 12%. About 10 patients have clinical symptoms of coronary heart disease, and 2 — angina pectoris. Patients with intermediate and high cardiovascular risk has been recommended consulting a cardiologist, followed by a complex of therapeutic and preventive measures.

Key words: potash mines workers, heavy physical work, cardio-vascular system.

Литература.

1. Коротенко О.Ю. Структурно-функциональные изменения сердца при сочетании хронического профессионального пылевого бронхита с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией// Ю.А. Коротенко [и др.]//Бюллетень СО РАМН-2010-№5; 186-190.
2. Манак, Н.А. Выявление и диагностика стабильной стенокардии в лечебно-профилактических учреждениях/ Н.А.Манак, С.И.Худoley, И.С.Карпова// Методические рекомендации. Мн. – 1999. – С. 17.
3. Матвеева, Ю.Н. Функциональное состояние сердечно – сосудистой системы шахтеров при подземном способе добычи угля / Ю. Н. Матвеева // Медицина в Кузбассе. – 2008. – Вып. №2. – С. 48 – 54.

ЮВЕНИЛЬНЫЙ АРТРИТ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОКИНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.П. Плавская

Белорусский государственный медицинский университет

На современном этапе развития ревматологии одной из актуальных проблем, наряду с вопросами ранней диагностики, совершенствования методов лечения хронических воспалительных заболеваний суставов у детей, является изучение отдаленных исходов и прогноза у пациентов

с ювенильным артритом (ЮА). Общепринятое понятие исхода как окончания болезни (смерть или выздоровление) не используется при хронических заболеваниях, т.к. они нечасто являются причиной смерти, а выздоровления практически не наблюдается. Поэтому многие авторы под термином «исход» при ЮА понимают состояние пациента через определенный промежуток времени от дебюта заболевания [9,10]. Учитывая отсутствие определенных стандартов для описания исхода ЮА большинство исследователей применяют такие показатели, как клинические проявления, функциональный статус, лабораторные параметры, а в последние годы — также показатели качества жизни [2, 11, 13, 15, 16]. ЮА представляет собой аутоиммuno-воспалительную группу заболеваний с распространенностью 1 на 1000 детей, моложе 16 лет. В США ЮА называли ювенильным ревматоидным артритом, а в Европе — ювенильным идиопатическим артритом [6,8]. Американской коллегией ревматологов (ACR) были выделены системный, полиартикулярный (РФ+ и РФ-) и олигоартикулярный варианты ЮА, причем последний имеет два субтипа: олигоартритперсистирующий (число вовлеченных в процесс суставов не превышало 4 на протяжении всего заболевания) и олигоартрит, распространившийся (5 и более пораженных суставов). В настоящее время ЮА рассматривается как гетерогенная группа заболеваний, имеющих различные клинические проявления и отличное друг от друга течение патологического процесса [14], следовательно, и исход отдельных вариантов заболевания неодинаков. Ряд авторов считают, что различия в исходе болезни и прогноз напрямую зависят как от формы начала, так и от возраста в дебюте болезни [12]. По мнению других, более важное значение имеет вариант течения патологического процесса, который меняется у 1/3 пациентов с ЮА [7]. Активно обсуждается вопрос относительно активности заболевания и возможности формирования ремиссии у пациентов спустя 10 и более лет от начала. Нет однозначных данных о состоянии опорно-двигательного аппарата и формировании серьезных функциональных нарушений через длительный промежуток времени от начала заболевания. Вызывает определенные трудности окончательная нозологическая верификация диагноза ЮА на протяжении многих лет. Опыт длительного наблюдения за пациентами с ЮА показывает, что течение заболевания порой непредсказуемо. Часть из них формируют классические формы болезни взрослых, например ревматоидный артрит или анкилозирующий спондилит, однако у ряда больных даже спустя много лет диагноз формулируется как «недифференцированный артрит». Эти проблемы представляет интерес не только для педиатров, но и для терапевтов, ревматологов. Они недостаточно освещены в литературе, данные о нозологических исходах представлены в единичных зарубежных и отечественных исследованиях [1,3-5].

Цель исследования: оценить некоторые аспекты патокинеза ювенильного артрита у пациентов старше 18 лет с давностью заболевания 5 и более лет.

Материалы и методы: общеклинический, биохимический (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), иммунологический (определение уровней ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, рентгенологический, функциональные индексы ВАШ, DAS28, HAQ, статистический с использованием программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования. Проведено исследование 25 пациентов с давностью заболевания 5 и более лет. Критериями включения в исследование являлись: наличие ЮА в анамнезе (ювенильный ревматоидный артрит или ювенильный хронический артрит), возраст старше 18 лет, длительность заболевания 5 и более лет. Обследовано 17 женщин и 8 мужчин. Средний возраст 35 ± 4 . При включении в исследование все пациенты получали базисную терапию: 6 пациентов (24%) принимали сульфасалазин, 12 (48%) метотрексат и 7 (28%) лефлунамид. У 76% обследованных обнаружен полиартрит, у 16% — олигоартрит, у 4% изменения в суставах не выявлялись. Системные признаки отмечены у 4% пациентов. Анализ рентгенологической картины в дебюте заболевания показал, что I стадию или минимальные рентгенологические изменения в суставах имели 8 пациентов (32%), среди которых преобладали больные с персистирующим олигоартритом. II стадия была выявлена у 6 пациентов (24%). Наиболее выраженный деструктивный процесс в области суставов (III и IV стадии) был отмечен у 44% больных, чаще с системной формой и РФ позитивным полиартритом. На настоящее время I стадию имеют 5 пациентов (20%), II стадию 40%, а III и IV стадии 10 пациентов (40%). Функциональные ограничения суставов были минимальными или отсутствовали (функциональный класс — ФК I, II и HAQ = 0—1,0 балла) у 92% больных, нуждались в помощи окружающих лиц (ФК III, IV и HAQ = 2,1—3,0 балла) 18%. ФК коррелировал с показателями

клинико-лабораторной активности. Наиболее сохранными в функциональном отношении были пациенты с персистирующим олигоартритом, а самые выраженные нарушения имели больные полиартикулярной и системной формами ЮА. На момент начала заболевания активность процесса у 20% пациентов была минимальной, у 32% умеренной и у 48% высокой. Минимально или умеренно выраженная активность заболевания (по показателям DAS 28) сохранилась у 70% пациентов. Минимальная активность заболевания достоверно чаще определялась у пациентов с олигоартритом по сравнению с системной и полиартикулярной формами ЮА. У 25% больных были выявлены эрозии, у 2,5% — анкилоз, головок бедренных костей. Состояние своего здоровья оценили как хорошее или очень хорошее 20%, как удовлетворительное 60%, как плохое 20% пациентов.

Выводы.

Таким образом, в результате проведенного исследования мы установили, что через 5 и более лет от начала ЮА у пациентов сохранялась воспалительная активность заболевания, однако выраженность ее была значительно ниже, чем в детском возрасте. У большинства взрослых пациентов, заболевших ЮА в детском возрасте, отмечался благоприятный функциональный исход. Полиартикулярная и системная по дебюту формы ЮА являлись наиболее неблагоприятными по прогнозу (наличие активности заболевания, экстраартикулярных проявлений), рентгенологическому (III–IV стадия) и функциональному (ФК III–IV, СНАQ >1,5 баллов) исходам. Вышеизложенное свидетельствует о том, что определенные категории больных требуют уже с ранних сроков заболевания тщательного наблюдения и активного лечения, чтобы избежать серьезных нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, влияющих на физическую и социальную адаптацию пациента в будущем.

JUVENILE ARTHRITIS: SOME ASPECTS OF DISEASE PATOKINEZA

N.P. Plavskaya

The main aim of work is to assess long-term outcomes in patients with disease duration 5 years or more. There is no sufficient number of studies and publications on the dynamics of the course and outcome of JA in patients who have reached adulthood. There have been certain difficulties in the final verification of the nosological diagnosis JA for many years. The study included 25 adult patients with JA, cases in children (8 males and 17 females). The average age of patients was 35±4 years (range 18 to 60 years), duration of the disease — from 5 years. In 76% of patients was found polyarthritis, 16% — oligoarthritis, 4% change in the joints were not found. Systemic symptoms were observed in 4% of patients. Functional limitations of the joints were minimal or absent in 92%, 18% of patients needed help bystanders. FC correlated with clinical and laboratory activity. Minimal to moderate disease activity persisted in 70% of patients.

Литература.

1. Логинова Е.Ю. Ювенильный артрит во взрослой ревматологической клинике: клинико-функциональная характеристика и исходы: Автореф. дис. канд.мед.наук.- Москва, 2001. -25с.
2. Логинова Е.Ю., Фоломеева О.М. Клинико-функциональные психосоциальные исходы и трудоспособность при ювенильномидиопатическом артрите у взрослых пациентов. Науч.-практич. ревматол., 2004, 2, 53–58.
3. Пуринь В.И. Диагноз, лечение и прогноз хронических артритов у детей: Автореф. дис. докт.мед.наук.- С-П., 1999.- 48с.
4. Салугина С.О., Семенова О.В. Эволюция и исходы ювенильного артрита при длительном течении заболевания (обзор литературы). РМЖ. –2007
5. Al-Matar M.J., Petty R.E., Toker L.B. et al. The early pattern of joint involvement predicts disease progression in children with oligoarticular (pauciarticular) juvenile rheumatoid arthritis // *Arthr. Rheum.*- 2002.-46.-10.-P.2708-2715.
6. Cassidy JT, Petty RE. Chronic arthritis in childhood. In: Cassidy JT, Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, eds. *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2005:206-260.
7. Flato B., Aasland A., Odd V. et al. Outcome and predictive factors in JRA and juvenile spondyloarthropathy. *J. Rheumatol.*- 1998.- 25.- P.366-375.
8. Hayward K, Wallace CA. Recent developments in anti-rheumatic drugs in pediatrics: treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2009; 11(1):216.
9. Minden K., Niewerth M, Listing J, et al. Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthr.Rheum.*, 2002, 46, 2392–2401.
10. Oen K., Malleson P.N., Cabral D.A. et al. Disease course and outcome of juvenile rheumatoid arthritis in a multicenter cohort. *J. Rheumatol.*, 2002, 29(9), 1989–1999.
11. Packham J.C., Hall M.A. Long-term follow-up of 246 adults with JIA: functional outcome. *Rheumatology*, 2002, 41, 1428–1435.

12. Petty R. E. Classification of childhood arthritis: a work in progress. *Balliere's Clin. Rheum.* 1998; 12 (2): 181—190.
13. Ravelli A., Martini A. Early predictors of outcome in JIA. *Clin. and Exp. Rheumatol.*, 2003, 21, suppl. 31, 89–93.
14. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet.* 2007;369:767-778
15. Ruperto N., Levinson J.E., Ravelli A. et al. Long-term health outcomes and quality of life in American and Italian inception cohorts of patients with juvenile rheumatoid arthritis. I. Outcome status. *J. Rheumatol.*, 1997, 24 (5), 945–951.
16. Spiegel L.R., Schneider R., Lang B.A. et al. Early predictors of poor functional outcome in systemic-onset JRA. A multicenter cohort study. *Arthr. Rheum.*, 2000, 43, 2402–2409.