

Заключение

Таким образом, исследования факторов производственной среды на ОАО «Красносельскстройматериалы» по двум подразделениям (шиферный и трубный цеха) свидетельствуют, что основные технологические операции осуществляются в условиях сочетанного воздействия вредных химических и физических факторов производственной среды. Воздействие пыли асбеста и асбестоцемента, в концентрациях превышающих ПДК, на рабочих местах дозирщика асбеста и токаря по обработке асбестоцементных изделий, сочетается с выраженной тяжестью трудового процесса и работой в неблагоприятных микроклиматических условиях, что может усиливать неблагоприятное воздействие данного типа аэрозолей на работающих в результате увеличения минутного объема вентиляции легких (увеличивается частота дыхания и глубина вдоха), а следовательно повышения вероятности попадания респираторных минеральных волокнистых частиц в глубокие отделы альвеолярного дерева.

Полученные результаты явятся основой для оценки воздействия условий труда на состояние здоровья работников, имеющих контакт с минеральной волокнистой пылью, разработки гармонизированной с международной практикой методологии гигиенической оценки воздуха рабочей зоны, загрязненного волокнистыми минеральными аэрозолями, что в свою очередь позволит повысить эффективность контроля воздушной среды, снизить риск развития заболеваний, обусловленных повреждающим воздействием минеральных аэрозолей волокнистой структуры и совершенствовать процедуру расследования профессиональных заболеваний пылевой этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chrysotile asbestos [Electronic resource] // World Health Organization. — Mode of access: http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/chrysotile_asbestos_summary.pdf. — Date of access: 01.05.2017.
2. Arsenic, Metals, Fibres and Dusts. Volume 100C. A Review of Human Carcinogens [Electronic resource]: Monograph / International Agency for Research on Cancer. — Mode of access: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100C/mono100C.pdf>. — Date of access: 01.05.2017.
3. Nonpulmonary Outcomes of Asbestos Exposure / M. Bunderson-Schelvan [et.al.] // J. Toxicol. Environ. Health B Crit. Rev. — 2011. — Vol. 14 (1–4). — P. 122–152.
4. Копытенкова, О. И. Актуальные вопросы [Электронный ресурс] / О. И. Копытенкова // Технологии.... — Вып. 3 (55). — Режим доступа: <http://agps-2006.narod.ru/ttb/2014-3/11-03-14.ttb.pdf>. — Дата доступа: 28.08.2017.

УДК 616.36-008.51-053.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ивкина С. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В структуре общей «ревматической» заболеваемости у детей основную позицию занимает ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) в связи с высокой частотой неблагоприятных исходов и осложнений, тенденции к развитию ранней инвалидизации. ЮРА — хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. Воспалительный процесс, характерный для ЮРА, продолжается многие годы и носит характер аутоиммунного воспаления. Распространенность ЮРА в нашей республике составляет 28,8 случаев на 100 тыс. детского населения. Известно, что ЮРА в детском возрасте отличается от ревматоидного артрита взрослых пациентов как по причинам развития, так и по характеру течения и нередко приводит к инвалидизации ребенка, нарушая его рост, развитие и социальную адаптацию. Научные достижения последних лет в вопросах клинической ревматологии и иммунологии привели к разработке и внедрению новых методов диагностики и лечения ревматических заболеваний у детей.

Клинические проявления ЮРА весьма разнообразны и зависят от множества факторов: возраста ребенка, наследственности, пола, исходного состояния иммунной системы, своевременной диагностики и т. д. Основными клиническими проявлениями болезни являются поражение суставов [1, 2, 3].

Цель

Выявление особенностей течения ювенильного ревматоидного артрита и его лечения у детей, проживающих на территории Гомельской области.

Материал и методы исследования

В ходе работы было проанализировано 96 медицинских карт детей с ЮРА, которые находились в кардиоревматологическом отделении ГОДКБ в 2015–2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В стационаре было пролечено 96 детей. Из них — 57 (59,4 %) девочек и 39 (40,6 %) мальчиков. В возрасте до 5 лет было 10 (10,4 %) детей, в возрасте от 5 до 10 лет было 38 (39,6 %) детей, старше 10 лет было 48 (50 %) детей. Большинство детей — 76 (79,2 %) — являются жителями городов.

Длительность госпитализации составила более 14 дней у большинства детей — 56 (58,3 %). Максимальное пребывание в стационаре составило 28 дней у одного ребенка.

У большинства детей — 78 (82,1 %) диагностирована преимущественно суставная форма. Поражение глаз отмечалось у 7 (7,3 %) детей. Суставно-висцеральная форма протекала наиболее тяжело и наблюдалась у 16 (16,7 %) детей. Наиболее часто отмечался олигоартрит — у 53 (55,2 %) детей. Моноартрит был выявлен у 19 (19,8 %) детей, у 24 (25 %). При оценке степени активности заболевания I степень выявлена у 41 (42,7 %) ребенка, II степень — у 45 (46,9 %) детей, III степень — у 10 (10,4 %) детей.

Течение заболевания у 41 (42,7 %) детей оценено как медленнопрогрессирующее, а у 55 (57,3 %) детей как быстропрогрессирующее. Нарушение функций I степени выявлено у 68 (70,8 %) детей, нарушение функций II степени выявлено у 28 (29,2 %).

Основными жалобами при поступлении детей в стационар были: боль в области суставов наблюдалась у 84 (87,5 %) детей, утренняя скованность — у 26 (27 %) детей, отечность суставов — у 53 (55,2 %) детей, нарушение походки — у 13 (13,5 %) детей, ограничение движений в суставах — у 29 (30,2 %).

Всем детям провели оценку физического развития. У 63 (65,6 %) детей физическое развитие было среднее гармоничное, у 12 (12,5 %) детей — выше среднего гармоничное, у 9 (9,4 %) — выше среднего дисгармоничное, у 5 (5,2 %) детей физическое развитие среднее дисгармоничное, 4 (4,2 %) детей — низкое гармоничное, у 3 (3,1 %) детей — низкое дисгармоничное.

Всем пациентам были проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови отмечались анемия — у 41 (42,7 %) детей, повышение СОЭ встречалось у большинства детей — у 74 (77,1 %), максимальное зафиксированное значение — 64 мм/ч; лейкоцитоз отмечался у 69 (71,9 %) детей. В биохимическом анализе крови повышение С-реактивного белка было у 86 (89,6 %) детей; серогликоиды были повышены у 57 (59,4 %) детей. В анализе крови на циркулирующие иммунные комплексы превышение допустимых норм выявлено у 67 (69,8 %) детей, максимальное значение — 281 ед.

Всем детям было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатоспленомегалия выявлена — у 31 (32,3 %) детей, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы — у 16 (16,6 %) детей.

УЗИ суставов было проведено 85 (88,5 %) детей. У 29 (30,2 %) детей определялся выпот в полости сустава, утолщение синовиальной оболочки — у 21 (21,8 %) детей, у 16 (16,7 %) детей обнаружена киста Бейкера.

По результатам рентгенологического исследования суставов I стадия нарушений была выставлена 39 (40,6 %) детей, II стадия — у 21 (21,9 %) детей, III стадия — у 6 (6,3 %) детей. При этом у 30 (31,6 %) детей рентгенологических изменений суставов не выявлено.

Офтальмологическое обследование пациентов показало наличие ревматоидного увеита, а так же дистрофии роговицы и помутнение хрусталика у 7 (7,3 %) детей.

Все дети получали базисную терапию в виде метотрексата, 68 (70,8 %) детей получали преднизолон. В качестве сопроводительной терапии детям назначался кальций-Д₃-никомед, гефал, омепразол, фолиевая кислота, антибактериальные препараты.

У 7 детей с тяжелым течением полиартикулярного варианта ЮРА использовались генно-инженерные биологические препараты Акторма и Хумира. На время введения данных препаратов дети госпитализировались в стационар. Длительность применения у 2 детей составила 2 года, 5 детей получают генно-инженерную терапию в течение года. Назначение биологических препаратов у всех детей сочеталось с назначением метотрексата. Выраженных побочных эффектов при введении препаратов не наблюдалось. По результатам клинического и лабораторного обследования у всех детей, получавших генно-инженерные препараты отмечалась положительная клиническая динамика, нормализация лабораторных показателей. Все дети были выписаны с улучшением.

Выводы

Таким образом, ювенильный ревматоидный артрит встречается чаще у девочек, проживающих в городе. Наиболее частыми жалобами при поступлении явились жалобы на боль, отечность суставов, утренняя скованность. Чаще отмечалась суставная форма, поли- и олигоартрит, быстро прогрессирующее течение, активность 1 степени. У большинства детей отмечались воспалительные изменения в общих анализах крови и повышение острофазовых показателей в биохимическом анализе крови. Лечение детей с ЮРА требует длительной базисной терапии. Применение препаратов генной инженерии способствует снижению активности процесса, улучшает качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Болезни суставов у детей: метод. пособие / Л. М. Беляева, И. Д. Чижевская. — Минск: ДокторДизайн, 2015. — 112 с.
2. *Сикорский, А. В.* Детские болезни: практ. пособие / А. В. Сикорский; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.
3. *Беляева, Л. М.* Педиатрия. Курс лекций / Л. М. Беляева. — М.: Мед. лит., 2011. — 568 с.

УДК 616.133-007.1:616.12-008.331.1:616.379-008.64

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Игамбердиева Р. Ш., Каримджанова Г. А., Мирзаева Б. М., Турсунбаев Р. С.

**Государственное учреждение
«Ташкентский педиатрический медицинский институт»
г. Ташкент, Республика Узбекистан**

Введение

Известно, что артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее важных модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. АГ сегодня рассматривается как полиэтиологическое заболевание, при котором ни одна из существующих теорий патогенеза полностью не объясняет все причины повышения АД. Одним из перспективных и пока недостаточно разработанных направлений изучения патогенеза гипертонической болезни стало исследование состояния мозгового кровообращения и его функциональных возможностей [1].

АГ является ведущей причиной развития цереброваскулярной патологии, ежегодно в России возникает около 400 тыс. инсультов, что в четыре раза чаще, чем в США и странах Западной Европы [2, 5]. Проблеме нарушения мозгового кровообращения при АГ посвящено значительное количество исследований. Однако, несмотря на накопленный научный материал в изучении патогенеза нарушений мозгового кровообращения при АГ многие вопросы остаются нерешенными. Прогрессирование АГ обуславливает увеличение цереброваскулярного и сердечно-сосудистого риска посредством усиления поражения органов-мишеней [1, 3]. В настоящее время не получен ответ на вопрос, играют ли изменения структуры артериальной стенки первичную роль в возникновении АГ или же они являются ее следствием [4].