

алистов и современных достижений медицины, с применением адекватного арсенала лекарственных средств. Такая тактика позволяет провести оперативное лечение повреждений опорно-двигательного аппарата в более ранние сроки и тем самым избежать таких осложнений, как развитие стойких контрактур крупных суставов, атрофия мышц, замедленная консолидация и др. Это значительно сокращает сроки временной нетрудоспособности и снижает процент выхода на инвалидность. Борьба с автодорожным травматизмом является важной социально-демографической и медицинской проблемой государственного значения.

Е.Г. Седунова

АНАЛИЗ АНЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», Улан-Удэ

В структуре заболеваемости терапевтического профиля различные виды анемий стоят на третьем месте.

Анемия — состояние, характеризующееся снижением содержания общего внутриэритроцитарного гемоглобина крови, приводящего к уменьшению общей кислородной емкости крови. Наиболее характерным является снижение гемоглобина в единице объема крови и уменьшение содержания эритроцитов. Тяжесть анемии определяется по уровню этих показателей. Умеренная анемия характеризуется у женщин снижением содержания эритроцитов от $3,7$ до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, и гемоглобина от 119 до $90 \text{ г}/\text{л}$, у мужчин — снижением содержания эритроцитов от $3,9$ до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ и гемоглобина от 129 до $90 \text{ г}/\text{л}$. Средняя степень анемии независимо от пола характеризуется снижением эритроцитов от $2,9$ до $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$ и гемоглобина от 89 до $80 \text{ г}/\text{л}$. При тяжелой анемии эритроциты снижаются ниже $2 \times 10^{12}/\text{л}$, и гемоглобин менее $60 \text{ г}/\text{л}$ (Циммерман Я.С. с соавт., 2004).

По патогенезу анемии делятся на постгеморрагические, дизэритропоэтические и гемолитические. Самый распространенный вид анемий — это железодефицитные анемии (80 % от всей заболеваемости анемий), возникающие в результате нарушения образования гемоглобина. Во всех странах мира женщины заболевают значительно чаще, чем мужчины, в 11 % — это женщины детородного возраста (Воробьев А.И. с соавт., 1979). Для большинства мужчин и женщин в постменопаузе причиной дефицита железа является хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта. У женщин детородного возраста причиной железодефицитной анемии являются маточные кровотечения, беременность, лактация. Среди причин на третьем месте стоят хронические патологии, такие как инфекционный или воспалительный процесс, злокачественные новообразования, болезни печени (Шиффмен Ф.Д., 2007).

Хроническая кровопотеря является причиной ЖДА (железодефицитная анемия) в 88 % случаев.

B_{12} -дефицитные анемии возникают в результате длительного отрицательного баланса витамина B_{12} , который возникает либо при недостаточном поступлении витамина B_{12} , либо при нарушении усвоения этого витамина в организме при патологии желудка и толстого кишечника.

Для анализа анемий, разделенных по патогенетическому признаку, были взяты 1000 историй болезни второго терапевтического отделения Отделенческой клинической больницы на станции Улан-Удэ ОАО «РЖД».

Были исследованы результаты общего анализа крови. Различные параметры были определены по стандартным общепринятым методикам (Базарнова М.А., 1988; Козинец Г.И., 1998). Для уточнения причины анемий определялся уровень железа в сыворотке и общая железосвязывающая способность. В структуре всей патологии терапевтического отделения анемии различного генеза составляют — 11,4 %, из них железодефицитные составляют — 51,8 %; B_{12} -дефицитные анемии — 8,8 %; смешанные анемии с преобладанием дефицита железа — 37,7 %, и гипопластические анемии — 1,7 % (табл. 1).

Результаты распределения анемий по степени тяжести (%)

Таблица 1

Степень тяжести	Вид анемии							
	ЖДА		B_{12} -дефицитная анемия		Смешанная анемия		Гипопластическая анемия	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Легкая	13,1	9,6	—	—	11,4	10,5	—	—
Средней тяжести	23,6	6,1	4,4	0,9	3,5	7,9	—	—
Тяжелая	3,5	0,9	2,6	0,9	2,6	1,7	0,9	0,9

Из таблицы 1 видно, что чаще других встречается ЖДА средней степени тяжести у женщин. ЖДА легкой степени среди мужчин и женщин, равно как и легкая степень смешанной анемии выявлены с

незначительной разницей. Анемия тяжелой степени так же в большем проценте случаев отмечается у женщин среди всех видов анемий, исключая гипопластическую.

Гипопластическая анемия на 1000 историй болезни выявлена у одной женщины 72 лет и у одного мужчины 67 лет, в первом случае зарегистрирован диагноз: идиопатическая тромбоцитопения и анемия; во втором случае — миелолейкоз (табл. 2).

Таблица 2

Распределение анемий в возрастных группах (%)

Возраст	Вид анемии					
	ЖДА		В ₁₂ -дефицитная анемия		Гипопластическая анемия	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
До 30 лет	4,3	2,6	—	—	—	—
30–50 лет	14	2,6	0,9	—	4,3	4,3
50–70 лет	16,6	8,7	3,5	1,7	7,8	11,4
> 70 лет	—2,6	2,6	—	5,2	4,3	—

Как видно из таблицы 2, чаще всего анемии встречаются в возрасте 50 – 70 лет при дефиците железа и в результате смешанной этиологии. Однако, ЖДА в этой возрастной группе превалирует у женщин, а у мужчин этой возрастной группы диагностируются анемии смешанной этиологии. В возрасте 30 – 50 лет чаще встречается ЖДА у женщин. В₁₂-дефицитная анемия в большинстве процентов случаев развивается чаще у женщин от 30 лет и старше, чем у мужчин.

Таким образом, в ходе проведенной работы выявлено, что чаще всего в терапевтическом отделении на стационарном лечении с диагнозом анемия находятся женщины в возрасте от 30 до 70 лет. Среди этиологических факторов на первом месте находится дефицит железа. ЖДА как наиболее распространенное заболевание среди хронических неспецифических болезней требует ранней диагностики и длительного лечения. Поэтому необходимо своевременно выявлять лиц, имеющих факторы риска развития анемии и проводить превентивные мероприятия, препятствующие формированию сидеропении, что позволит снизить развитие и прогрессирование ЖДА.

Н.Г. Смирнова

РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

РДМО на ВСЖД, Иркутск

Восточная Сибирь географически относится к территории резко континентального климата, что обуславливает неблагоприятные климатические условия проживания: резкие перепады температур в течение суток и среднегодовые, низкое атмосферное давление, ограниченную длительность светового дня в течение полугодия. В условиях нарастающего техногенного пресса рост и развитие скелета ребенка извращается на фоне снижения минеральной костной плотности (Капитанаки А.А., 1963; Рейнберг С.А., 1964; Штурм В.А., 1935).

Целью исследования является изучение влияния остеопороза у детей на развитие, течение и исходы остеохондропатий (ОХП).

Задачи исследования: определить частоту встречаемости ОХП у детей, проживающих в Иркутской области; определить уровень минеральной костной плотности у детей, страдающих ОХП; разработать схему консервативной терапии ОХП с учетом уровня минерализации костной ткани.

В течение 2000 – 2009 г. нами было ортопедически обследовано 25497 детей, в возрасте от 0 до 18 лет, проживающих на территории ВСЖД, обследование включало в себя ортопедический осмотр, рентгенологическое исследование (по показаниям), общеклинический минимум, определение минеральной костной плотности на диагностическом аппарате «Direx DX-10» (рентгеновский 2-х уровневый денситометр). В результате было определено, что 18 % детей страдают диспластическим грудно-поясничным сколиозом, 14,7 % — ОХП различных локализаций, 47,9 % — плоскостопием, 77,8 % — нарушением осанки, в 43 % ортопедическая патология носила сочетанный характер.

Средний возраст регистрации ОХП составляет у девочек 13,5 лет, у мальчиков — 15,7. Наиболее часто ОХП регистрируется в период «скачка» роста. У мальчиков эта патология выявляется чаще — 69,7 %, у девочек несколько реже — 30,3 %. Среди ОХП преобладает болезнь Остгюда — Шляттера — 47,4 %, на втором месте болезнь Шойерманна — Мау — 20,2 %, болезнь Галунда — Шинца — 12,3 %, болезнь Келлера 2 — 5,3 %, другие ОХП — 14,8 %, сочетание ОХП друг с другом — 27,9 %, сочетание ОХП с другой патологией скелета — 57,8 %.