

2. Проведение ранней некротомии позволяет снизить уровень токсемии и развитие гипопротеинемии.
3. Ранняя некротомия с разделением струпа на мелкие участки позволяет добиться более раннего его отторжения.

Е.Г. Седунова

К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНЕМИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

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 $3,0 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина от 119 до 90 г/л, у мужчин — снижением содержания эритроцитов от $3,9$ до $3,0 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина от 129 до 90 г/л. Средняя степень анемии независимо от пола характеризуется снижением эритроцитов от $2,9$ до $2,0 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина от 89 до 80 г/л. При тяжелой анемии эритроциты снижаются ниже $2 \times 10^{12}/л$ и гемоглобин менее 60 г/л [4].

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 [2]. 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 и лактация. Среди причин на третьем месте стоят инфекционный, воспалительный процессы, злокачественные новообразования, болезни печени [5].

Хроническая кровопотеря является причиной ЖДА в 88 % случаев.

V_{12} -дефицитные анемии возникают в результате длительного отрицательного баланса витамина V_{12} , который возникает либо при недостаточном поступлении витамина V_{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 [1, 3]. 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 %; V_{12} -дефицитные анемии — 8,8 %; смешанные анемии с преобладанием дефицита железа — 37,7 %, и гипопластические анемии — 1,7 %.

Результаты распределения анемий по степени тяжести представлены в таблице 1.

Распределение анемий по степени тяжести

Таблица 1

Вид анемии Степень тяжести	ЖДА		V_{12} -дефицитная анемия		Смешанная анемия		Гипопластическая анемия	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
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 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 также 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 — миелолойкоз.

Распределение анемий в возрастных группах представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение анемий в возрастных группах

Вид анемии Возраст	ЖДА		В ₁₂ дефицитная анемия		Смешанная анемия	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
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, 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 у большинства процентов случаев развивается у женщин чаще 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базарнова М.А. Руководство к практическим занятиям по клинической лабораторной диагностике / М.А. Базарнова, В.Г. Морозова. – Киев, 1988.
2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии / А.И. Воробьев, Ю.И. Лорис. – М., 1979.
3. Козинец Г.И. Исследование системы крови в клинической практике / Под ред. Г.И. Козинца, В.А. Макарова. – М.: Триада Х, 1998.
4. Циммерман Я.С. Анемии. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, классификации, диагностики, дифференцированного лечения / Я.С. Циммерман, Е.Д. Бабушкина. – Пермь, ПГМА, 2004.
5. Шиффмен Ф.Дж. Патология физиологии крови / Ф.Дж. Шиффмен // Под ред. Е.Б. Жибурта, Ю.Н. Токарева; перев. с англ. – М.: Бином, 2007.

Л.Б. Содномова, Б.Д. Бадмаев, К.Ф. Васильева

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД ЯНВАРЬ-МАЙ 2007 Г.

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)*

В структуре смертности в России болезни системы кровообращения составляют 55,6 %, в том числе:

- ишемическая болезнь сердца – 26,1 %;
- цереброваскулярные болезни – 21,1 %.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ госпитализаций больных с острым коронарным синдромом в кардиологическое отделение Республиканской клинической больницы г. Улан-Удэ.

Проанализированы 73 истории больных, госпитализированных с диагнозом «Острый коронарный синдром» (ОКС) в отделение кардиологии Республиканской больницы им. Н.А. Семашко за январь-май 2007 года: 42,5 % больных ОКС с подъемом ST, 57,5 % без подъема ST. Частота случаев острого коронарного синдрома в общей структуре госпитализации больных с диагнозом «ИБС» составила 37 %. ОКС является рабочим диагнозом.

Структура окончательного диагноза:

1. Нестабильная стенокардия – 49,3 %;