

Все сказанное свидетельствует о дефиците поступления железа с пищей в организм взрослого человека, что может привести к ЖДА. Это предположение подтвердилось результатами исследования содержания гемоглобина и наличием сидеропенической симптоматики у лиц со сниженным уровнем гемоглобина.

Центром Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Иркутской области было организовано проведение 62 проб по определению содержания железа в муке высшего, первого, второго сортов, овсяной муки и муки х-пекарской обдирной ржаной. Установлено, что в 59,8 % содержание железа было ниже нормы. Можно предположить, что недоста-

точное содержание железа в муке различных сортов так же может способствовать развитию дефицита железа у взрослого населения.

Для предотвращения железодефицитных состояний необходимо эффективное и оперативное восстановление запасов железа в организме. Учитывая преобладание в рационе основной части населения хлеба, необходимо обеспечить потребление продуктов (муки, мучных изделий), обогащенных препаратами железа, в сочетании с-витаминизацией рациона питания. Этот путь первичной профилактики ЖДА, на наш взгляд, является приемлемым для горожан, проживающих в сложной социально-экономической ситуации.

INFLUENCE OF THE CONTENT OF IRON AND ASCORBIC ACID IN THE DAILY DIET OF ADULTS ON THE DEVELOPMENT OF IRON ANEMIAS (IA)

N.M. Balabina, A.N. Litvintsev, P.K. Kaurov, G.P. Shevchenko, I.B. Seredkin

(The Department of Ambulatory and Polyclinic Assistance of ISMU)

It has been established that in most cases the population has nonbalanced nutrition. The deficit of iron in the organisms of those investigated has been defined. One third of women and every eighth man had sideropenic clinical signs and decreased content of hemoglobin and its assimilation.

© МАСЛОВА Е.С., БАЛАБИНА Н.М., ГОРЯЕВ Ю.А., ИВЛИКОВА Н.Г. -

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ (ЖДА)

Е.С. Маслова, Н.М. Балабина, Ю.А. Горяев, Н.Г. Ивликова

(Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи ИГМУ, зав. — доц. Н.М. Балабина)

Резюме. В статье представлены данные опыта и результативности работы «Школа пациентов железодефицитной анемии (ЖДА)»-

Ключевые слова. Железодефицитная анемия, «Школа пациентов с ЖДА».

ЖДА - одно из самых распространенных заболеваний. До сих пор встречаются тяжелые, запущенные формы заболевания, которые трудно поддаются коррекции. В связи с этим одной из важнейших задач улучшения качества лечения больных с ЖДА является своевременное выявление признаков дефицита железа, коррекция факторов риска и проведение адекватной терапии.

Цель исследования — оценить влияние обучения больных с ЖДА в «Школе пациента ЖДА» на эффективность качества их лечения.

Проведено диспансерное наблюдение за 108 женщинами, страдающими железодефицитной анемией, в возрасте от 19 до 67 лет, которые прошли обучение в «Школе пациентов ЖДА». Группу сравнения составили 28 женщин ЖДА, аналогичные по возрастному, социальному статусу и факторам риска, но не прошедшие обучение в школе.

Структура образовательной программы «Школы пациента ЖДА» включает обсуждение следующих вопросов:

- факторы риска и причины развития ЖДА;
- обмен железа и синтез гемоглобина в организме;
- этиология и патогенез ЖДА;
- клинические проявления и особенности течения различных форм ЖДА;

— медикаментозная терапия и принципы рационального питания;

— правила самоконтроля;

— профилактика железодефицитных состояний и здоровый образ жизни.

На первом занятии проводилось скрининговое анкетирование слушателей, назначалось исследование полного гематологического анализа, сывороточного железа и ферритина. Это позволяло слушателю в сотрудничестве с врачом выяснить или уточнить причину развития его заболевания и дать правильную ориентацию по профилактике и лечению на последующих занятиях.

Наблюдение за больными, прошедшими обучение в «Школе пациентов ЖДА» проводилось в течение пяти лет. По результатам анкетирования из 108 женщин, прошедших обучение в «Школе пациентов ЖДА», сбалансированный смешанный тип питания соблюдали 78 (72,2%) больных, тогда как в сравнительной группе применялся только 7 (25%) больными ($p < 0,05$).

Устранены были меноррагии путем хирургического лечения у 16 из 19 (84,2%) женщин, страдающих меноррагиями вследствие миомы матки. В группе сравнения подобную помощь нуждающиеся женщины получили только в 28,7 % случаев.

Основной группы «обученных» 97 из 108 (89,8 %) женщин, через 5 лет наблюдения, стали лечиться с помощью диеты и препаратов железа. В то время как не прошедших обучение в «Школе пациентов с ЖДА», регулярно принимали данную терапию — только 12 (43,2%).

Ремиссия ЖДА в группе женщин, прошедших обу-

чение, наблюдалась в 82,4 % случаев, в группе же сравнения — значительно реже — только в 25%.

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что обучение больных в «Школе пациентов ЖДА» позволяет повысить эффективность лечения, достигнуть у большинства ремиссии заболевания, а, значит и улучшить их качество жизни.

SOME APPROACHES TO IMPROVEMENT OF QUALITY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH IRON ANEMIA (IA)

E.S. Maslova, N.M. Balabina, J.A. Gorjaev, N.G. Ivlicova
(The department of Ambulatory - Polyclinic Assistance of ISMU)

In the article is presented the data of experiment and results of the work of «The School of patients with sideropenic anemia».

© САРАЕВА Н.О., ПОНОМАРЕВА А.А. -

СОДЕРЖАНИЕ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА, ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРТИЗОЛА У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

НО. Сараева, А.А. Пономарева

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. — д.м.н. Г.М. Орлова, Иркутский областной диагностический центр, главный врач — к.м.н. И.В.Ушаков)

Резюме. У больных ММ с анемией 2 и 3 степени обнаружено повышение уровня тиреотропного гормона и снижение гормонов щитовидной железы по сравнению с больными ММ без анемии и с анемией 1 степени. Повышение уровня кортизола отмечено только у больных ММ с тяжелой анемией.

Ключевые слова. Миелома, гормоны щитовидной железы, ТТГ, кортизол.

Множественная миелома (ММ) — это лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются плазматические клетки. В 80% случаев у больных ММ развивается анемия, которая нередко становится причиной неудовлетворительного качества жизни больного. В многочисленных работах показано, что основными механизмами патогенеза анемии при ММ являются: недостаточная продукция эритропоэтина, снижение числа клеток-предшественников красного ряда, уменьшение продолжительности жизни эритроцитов, гемодилюция и нарушение утилизации железа. Эндокринная система и, главным образом, гормоны гипофиза, щитовидной железы и надпочечников оказывают определенное влияние на эритропоэз. В доступной литературе мы не обнаружили работ по изучению состояния гипофиза, щитовидной железы и надпочечников при развитии анемии у больных ММ. Поэтому целью нашей работы явилось изучение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄) и кортизола у больных ММ в зависимости от наличия и степени тяжести анемии.

Обследован 91 больной ММ (43 мужчины и 48 женщин). Медиана по возрасту составила 61 год (24—78 лет). В зависимости от наличия и степени тяжести анемии все больные были разделены на 4 группы. Первую группу составили 24 больных ММ, не имеющих анемии, вторую — 32 с 1 степенью анемии при уровне гемоглобина 91—110 г/л, третью — 20 с анемией 2 степени и уровнем гемоглобина 70—90 г/л и четвертую — 15 с анемией 3 степени и гемоглобином

ниже 70 г/л. В пятую (контрольную) группу вошли 67 здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу. Уровень ТТГ, Т₃, Т₄ и кортизола определяли в сыворотке крови методом иммунохемилюминисценции на аппарате «Иммулайт» (США).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью ППП Statistica 6.

В первой группе больных ММ уровень ТТГ составил 1,97 мкМЕ/мл (1,75-2,17 мкМЕ/мл), Т₃ — 2,5 нмоль/л (2,1-2,9 нмоль/л), Т₄ - 139,1 нмоль/л (112,6-153,5 нмоль/л), кортизола — 310,5 нмоль/л (260,5-400,0 нмоль/л); во второй — ТТГ — 2,21 мкМЕ/мл (1,67-2,62 мкМЕ/мл), Т₃ - 1,9 нмоль/л (1,4-2,5 нмоль/л), Т₄ — 107,2 нмоль/л (98,7-133,6 нмоль/л), кортизол — 307,0 нмоль/л (226,0-436,5 нмоль/л); в третьей - ТТГ - 4,04 мкМЕ/мл (2,23-4,49 мкМЕ/мл), Т₃ — 1,4 нмоль/л (1,1-1,7 нмоль/л), Т₄ — 89,2 нмоль/л (79,4-95,5 нмоль/л), кортизол — 488,5 нмоль/л (287,5-573,0 нмоль/л); в четвертой — ТТГ — 6,14 мкМЕ/мл (6,05-6,68 мкМЕ/мл), Т₃ - 1,1 нмоль/л (0,96-1,3 нмоль/л), Т₄ — 66,1 нмоль/л (55,4-78,9 нмоль/л), кортизол — 855,0 нмоль/л (607,0-1089,0 нмоль/л). В контрольной группе ТТГ — 2,11 мкМЕ/мл (0,99-3,08 мкМЕ/мл), Т₃ — 2,1 нмоль/л (1,9-2,6 нмоль/л), Т₄ — 112,0 нмоль/л (96,0-154,0 нмоль/л), кортизол - 411,0 нмоль/л (304,0-502,0 нмоль/л).

У больных ММ с анемией 1 степени не установлено статистически значимых различий в уровне исследуемых гормонов по сравнению с группой без анемии. У больных ММ с анемией 2 степени ТТГ достоверно