

санация которых приводит к нормализации лишь отдельных показателей. Это обосновывает необходимость комплексного подхода к оздоровлению больных, предусматривающего наряду с санацией очагов хронической инфекции индивидуальную иммунокоррекцию с использованием физических и медикаментозных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багирова Г. Г. // Тер. архив.— 1992.— № 1.— С. 103—106.
2. Крылов А. А. // Тер. архив.— 1993.— № 3.— С. 48—54.
3. Методическая разработка «Иммунный статус, критерии его оценки, принципы назначения иммунокорригирующих препаратов».— Киев, 1989.— 53 с.
4. Орадовская И. В. Иммунологический мониторинг больших групп населения, включая контингент лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1991.— 56 с.
5. Петров Р. В., Орадовская И. В. // Тез. докл. Всесоюзной конф. «Экологические аспекты иммунопатологических состояний».— Алма-Ата, 1990.— Т. 1.— С. 1—2.
6. Смирнова Л. Е., Волков В. С., Кириленко Н. П. // Тер. архив.— 1993.— № 1.— С. 63—67.

Выявление дефицита железа у часто болеющих острыми респираторными инфекциями

О. М. Хромцова, Э. А. Кулешова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Железодефицитная анемия (ЖДА)— широко распространенное заболевание, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате этого нарушается образование гемоглобина, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. По данным ВОЗ, приблизительно 700 млн человек на земле страдают дефицитом железа [2]. Явный или латентный, он регистрируется у 30 % всех женщин. Главной его причиной являются кровопотери: явные или скрытые, незначительные, но постоянные. У женщин в этом случае на первом месте, как правило, оказываются обильные и длительные менструации, у мужчин — небольшие кровопотери из ЖКТ или мочевыводящих путей.

Роль дефицита железа в развитии частых острых респираторных инфекций (ОРИ) остается недостаточной изученной, хотя в педиатрической практике этой проблеме уделяется много внимания [1].

Целью работы является обнаружение и лечение явного и латентного дефицита железа (ЛДЖ) у работников промышленного предприятия, часто болеющих ОРИ.

В условиях медсанчасти производственного объединения «Машиностроительный завод им. М. И. Калинина» обследовано 42 женщины детородного возраста (средний возраст 31,3 года), болеющих ОРИ три раза в год и более. Из них у 24, составивших 1-ю группу, мы выявили ЖДА у 7 и ЛДЖ — у 17. Причиной развития дефицита железа во всех указанных случаях являлась гиперполименорея. Диагностированы сопутствующие заболевания в виде нейроциркуляторной дистонии у 6, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — у 1; хронический тонзиллит — у 4, пиелонефрит — у 2, холецистит — у 1, хронические воспалительные заболевания женской половой сферы — у 2.

Во 2-ю группу вошли 18 женщин, часто болеющих ОРИ, но без дефицита железа.

Контрольную группу составили 37 здоровых женщин с нормальными показателями обмена железа.

Критериями ЛДЖ считали снижение концентрации железа сыворотки крови ниже 12,5 мкмоль/л, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) выше 64,4 мкмоль/л и снижение коэффициента насыщения ОЖСС железом ниже 19 % при концентрации гемоглобина в периферической крови не менее 120 г/л. При сочетании приведенных показателей обмена железа с более низким значением гемоглобина диагностировали ЖДА [3].

Основными жалобами у обследованных женщины 1-й группы были: общая слабость (66,6 %), быстрая утомляемость (83,3 %), головокружение (54,17 %), головная боль (37,5 %), извращение вкуса (16,6 %). Из тканевых проявлений дефицита железа чаще других встречались ломкость и слонистость ногтей (58,3 %), выпадение волос (29,1 %), ангулярный стоматит (8,3 %). При объективном исследовании у этих женщин чаще отмечались бледность кожи и СО (30,3 %), трофические нарушения ногтей (22,5 %).

Лечение проводили в амбулаторных условиях без

Показатели гемоглобинового и транспортного фондов железа ($M \pm m$)

Показатель	ЖДА (n=7)		ЛДЖ (n=17)		Часто болеющие без дефицита железа (n=18)	Контроль (n=37)
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения		
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	$3,46 \pm 0,06^*$	$4,10 \pm 0,11$	$3,85 \pm 0,08$	$4,0 \pm 0,08$	$4,08 \pm 0,05$	$4,28 \pm 0,06$
Цветной показатель	$109,4 \pm 1,2^*$	$130,2 \pm 1,5$	$128,8 \pm 1,1$	$134,4 \pm 1,4$	$140,5 \pm 1,3$	$138,8 \pm 1,2$
Гемоглобин, г/л	$0,90 \pm 0,06$	$0,96 \pm 0,04$	$0,99 \pm 0,06$	$1,01 \pm 0,04$	$1,06 \pm 0,04$	$1,0 \pm 0,08$
Концентрация гемоглобина в эритроците, $\times 10^{-12}/г$	$30,42 \pm 0,08$	$33,46 \pm 0,11$	$33,38 \pm 0,22$	$33,6 \pm 0,36$	$34,38 \pm 0,52$	$32,4 \pm 0,46$
Железо сыворотки, мкмоль/л	$9,8 \pm 0,8^*$	$18,3 \pm 0,4$	$11,93 \pm 0,7^*$	$21,24 \pm 0,8$	$19,0 \pm 0,3$	$23,16 \pm 0,6$
ОЖСС, мкмоль/л	$80,9 \pm 0,56^*$	$62,11 \pm 0,64$	$74,68 \pm 0,66^*$	$60,83 \pm 0,05$	$59,63 \pm 0,48$	$61,62 \pm 0,2$
ЛЖСС, мкмоль/л	$71,16 \pm 0,4^*$	$43,82 \pm 0,52$	$62,75 \pm 0,62^*$	$39,58 \pm 0,4$	$40,63 \pm 0,36$	$38,46 \pm 0,5$
Коэффициент насыщения ОЖСС железом, %	$12,11 \pm 1,44^*$	$29,4 \pm 1,12$	$15,97 \pm 0,86^*$	$34,92 \pm 1,1$	$31,86 \pm 1,08$	$37,5 \pm 1,04$

Примечание. * — показатель достоверности различий с контрольной группой ($p < 0,05$).

прекращения трудовой деятельности. Препараты железа (гемостимулин, ферроплекс, тардиферон) при ЛДЖ использовали в суточной дозе 93—160 мг в течение 2 мес. с переходом в дальнейшем на поддерживающую терапию в дозе 62—80 мг/сут. в течение 2 мес. При этом все показатели гемоглобинового и транспортного фондов железа нормализовались (табл.).

При ЛДЖ препараты железа использовали в суточной дозе 46—80 мг в течение 2 мес. с переходом на поддерживающее лечение в дозе 46 мг/сут. в течение еще одного месяца. Нарушения гемоглобинового фонда не характерны для ЛДЖ, а показатели транспортного фонда нормализовались.

Через 6 мес. после прекращения терапии средние показатели обоих фондов железа не отличались от нормы, отмечено субъективное улучшение самочувствия: исчезли либо уменьшились слабость, головокружение, ломкость ногтей и сухость кожи, сердцебиение.

Заболеваемость ОРИ с временной утратой трудоспособности у часто болеющих ОРИ без дефицита железа (2-я группа): острые заболевания дыхательной системы в прошлом году составили 39,8 случая и 263,6 дня нетрудоспособности на 100 работающих, среднее пребывание на больничном листе — 6,8 дня. Наибольшая заболеваемость приходилась на долю часто болеющих ОРИ, имеющих дефицит железа — 42 случая и 284,2 дня нетрудоспособности. В этой группе среднее пребывание на больничном листе составило 7,2 дня. После проведенной ферротерапии частота ОРИ в 1-й группе снизилась в 1,3 раза.

Таким образом, дефицит железа сопровождается снижением трудоспособности, увеличением склонности к инфекционно-воспалительным заболеваниям и подлежит заместительной ферротерапии. Однако полученные данные свидетельствуют также о том, что дефицит железа не является единственным фактором, предрасполагающим к частому возникновению ОРИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Идельсон Л. И. Гипохромные анемии. — М., 1981. — 192 с.
2. Кулешова Э. А. Латентный дефицит железа, диагностика, клиническое значение и меры коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1989. — 21 с.
3. Булатова И. В. // Экспресс-информация «Клиническая иммунология и аллергология». — М., 1990. — Вып. 7. — С. 1—6.