

интегрального показателя — коэффициента насыщения общей ЖССК. Хорошо коррелируя с содержанием ферритина в сыворотке крови, эти биохимические исследования просты и доступны любой лаборатории и должны широко использоваться в диагностике латентного дефицита железа и железодефицитной анемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Железодефицитные состояния / Щерба М. М., Петров В. Н., Рысс Е. С., и др. — Л., 1975. — 267 с.
2. Каплан М. А., Матвиенко Е. Г., Фесенко А. Н. и др. // Гематология и трансфузиология. — 1986. — Т. 31, № 1. — С. 25—29.
3. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко, В. В. Ермакова. — М., 1984. — 639 с.
4. Hercberg S., Gaian P., Soustre Y. et al. // Ann. Nutr. Metab. — 1985. — Vol. 29, N 4. — P. 232—238.
5. Rybo E., Bengtsson C., Hallberg L. // Scand. J. Haematol. — 1985. — Vol. 34, Suppl. 43. — P. 57—76.
7. Rybo E., Bengtsson C., Hallberg L. et al. // Scand. J. Haematol. — 1985. — Vol. 34, Suppl. 43. — P. 87—102.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности при дефиците железа

Э. А. Кулешова, Н. И. Кустова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Дефицит железа представляет одну из актуальных проблем здравоохранения вследствие широкого распространения заболевания и неблагоприятных воздействий, которые он оказывает на организм. Считается общепризнанным, что лица, страдающие анемией, чаще, чем здоровые, подвержены инфекциям, а сообщения о том, что добавки железа увеличивают склонность к инфекциям, единичны [8].

Железодефицитные состояния отягощают течение многих заболеваний, снижают иммунореактивные силы организма, работоспособность и производительность труда, ведут к увеличению экономических потерь по временной нетрудоспособности [1, 5, 6].

У больных, страдающих железодефицитной анемией, отмечается нарушение клеточного и гуморального им-

мунитета, кооперации Т- и В-лимфоцитов [6], понижение функциональной способности лейкоцитов [4], что является важнейшими факторами повышения заболеваемости интеркуррентными инфекциями, а возможность коррекции иммунологических нарушений препаратами железа указывает на их связь с дефицитом железа.

Работ, посвященных связи дефицита железа с заболеваемостью интеркуррентными инфекциями, встречается мало, и в основном эти исследования проведены у детей [2, 3].

Цель настоящей работы — изучение распространения дефицита железа среди работниц некоторых предприятий г. Екатеринбурга, как фактора риска развития различных воспалительных заболеваний, лечение его в условиях диспансерного наблюдения и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Исследовано 490 практически здоровых женщин детородного возраста, 72,7 % женщин относились к возрастной группе 21—40 лет, т. е. большую часть составляли женщины молодого фертильного возраста.

Исследование выполнено в несколько этапов: I — анкетирование с помощью карт-опросников и лабораторное исследование крови; на II этапе осуществляли клиническое обследование женщин с выявленным дефицитом железа, назначали лечение и диспансерное наблюдение.

Лабораторное исследование включало определение у всех женщин концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, гематокрита, вычисление цветового показателя и средней концентрации гемоглобина в эритроците, а также биохимическое исследование транспортного фонда железа с определением концентрации связываемого железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ЖССК), вычисление латентной ЖССК и коэффициента насыщения общей ЖССК. О запасах железа в организме судили по концентрации связываемого ферритина, определение которого проводили радиоиммунным методом у 184 человек.

По данным клинико-лабораторного исследования anemia легкой степени выявлена у 47 женщин (9,6 %). При комплексной оценке биохимических показателей обмена железа латентный дефицит железа обнаружен у 116 обследованных женщин (23,6 %). В группе женщин, где дополнительно исследовали ферритин, дефицит

железа диагностирован у значительно большего числа женщин (у 77 из 184) — 41,8 %, в том числе у 8,7 % этот показатель был ниже 12 нг/мл, что свидетельствует о почти полном истощении депо железа [7].

Лечение с назначением препаратов железа проводили у 132 женщин с дефицитом железа. Дозы препаратов железа назначали в зависимости от выраженности его дефицита с целью полной компенсации последнего, а продолжительность лечения контролировали показателями обмена железа.

Проведен анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности за два года диспансерного наблюдения и лечения у 100 женщин в сравнении с заболеваемостью женщин, имеющих нормальные показатели обмена железа.

В анализ включены острые респираторные заболевания, ангина, бронхит, холецистит и воспалительные заболевания женской половой сферы. Изучение заболеваемости проведено в сравнении с заболеваемостью этих женщин до лечения также за два года.

До лечения заболеваемость составила 70 случаев и 612,5 дня нетрудоспособности (ДНТ) на 100 женщин. После лечения в течение года заболеваемость снизилась как в случаях, так и ДНТ, соответственно до 58 и 443,1. Необходимо отметить, что 37,9 % случаев и 40,8 % ДНТ приходилось на долю женщин, получавших лечение нерегулярно. В течение второго года диспансерного наблюдения заболеваемость сохранялась на прежнем уровне в случаях, однако имела тенденцию к снижению в ДНТ, уменьшилась и средняя продолжительность пребывания на больничном листе (8,7 дня — до лечения, 7,3 дня — после лечения).

Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости во все годы наблюдения составили острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ). До лечения ОРВИ составили 41 случай и 258 ДНТ на 100 диспансерных женщин. В процессе лечения заболеваемость респираторными инфекциями снизилась до 33 случаев и 202 ДНТ. Среднее пребывание на больничном листе по этой нозологической форме болезни оставалось на одном и том же уровне (6,3—6,1 дня).

Отмечено значительное снижение заболеваний ангиной в группе леченных больных: с 13 до 5 случаев и с 36,5 до 21 ДНТ. Существенно уменьшилось и количество

ДНТ, связанных с обострениями хронических воспалительных процессов в гениталиях.

При сравнении заболеваемости диспансерной группы больных, имеющих дефицит железа, с заболеваемостью женщин с нормальными запасами железа в организме отмечено, что у последних заболеваемость была значительно ниже и находилась на одном уровне в течение нескольких лет (35,5—36 случаев и 261—262 ДНТ на 100 женщин).

Наши наблюдения подтверждают необходимость раннего активного выявления женщин с железodefицитными состояниями с целью своевременного и длительного лечения дефицита железа, что способствует значительному снижению потерь ДНТ, первичной и вторичной профилактике заболеваний, а метод диспансерного наблюдения имеет первостепенное значение в реализации этих задач.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борьба с алиментарной анемией: железodefицитная анемия / ВОЗ. Серия техн. докл., № 580.— Женева, 1977.— 76 с.
2. Казакова Л. М., Гараничев В. С. // Педиатрия.— 1984— № 1.— С. 50—53.
3. Малаховский Ю. К., Бабаш Г. В., Казакова Л. М., Куршин М. А. // Вопр. охраны материнства и детства.— 1980.— Т. 25, № 11.— С. 29—36.
4. Марченко Т. З. // Гематология и трансфузиология.— 1980— Т. 30, № 12.— С. 21—24.
5. Митерев Ю. Г., Воронина Л. Н. // Гематология и трансфузиология.— 1986.— Т. 31, № 1.— С. 3—6.
6. Рашидова С. Ш., Натырбеков А. А., Линде И. З., Хитов Р. М. // Иммунология.— 1984.— № 1.— С. 47—50.
7. Charlton R. W., Bothwell Th. H. // Clin. Haematol.— 1982— Vol. 11, N 2.— P. 309—325.
8. Stocman J. // Amer. J. Dis. Child.— 1981.— Vol. 35, N 1— P. 18—20.

О механизмах лечебного действия низкоэнергетического лазерного излучения

Н. И. Кустова, Л. А. Емельянова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Известно, что на действие светового раздражителя живая клетка отвечает по-разному: красный диапазон спектра вызывает эффект биологической стимуляции,