

Bhende и соавт. в своем экспериментальном исследовании *in vitro* показали, что тканевые адгезивы на основе октилцианакрилатов являются эффективным барьером против проникновения как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов. Они установили, что «Дермабонд» обеспечивает 95 % барьер в течение 72 ч [2].

Результаты нашего исследования подтверждают приведенные выше данные. Мы также считаем, что в случае сухой послеоперационной раны и отсутствия необходимости дренировать ее, использование цианакрилатного клея «Дермабонд» оправданно. В тех же ситуациях, когда необходимо дренировать рану и оставлять резиновые выпускники, использовать клей нецелесообразно.

Выводы. 1. Использование 2-октилцианакрилатного клея «Дермабонд» способствует формированию хорошего послеоперационного рубца.

2. Ни у одной пациентки с применением клея не развилась раневая инфекция, отсутствовала аллергическая кожная реакция.

3. Не было зафиксировано ни одного случая окрашивания препаратом послеоперационного рубца.

4. Все пациентки отметили удобство и комфортность послеоперационного периода в связи с отсутствием повязки и возможностью принимать водные процедуры.

Все это дает возможность нам рекомендовать данный продукт для широкого использования в практике акушера-гинеколога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bhanot S., Alex, J.C. Current applications of platlet gels in facial Plastic Surgery / S. Bhanot, J.C. Alex // *Facial Plast. Surg.* – 2002. – Vol. 18. – № 1. – P. 27–33.
2. Bhende, S. In vitro assessment of microbial barrier properties of Dermabond topical skin adhesive / S. Bhende [et al.] // *Surgical Infections.* – Vol. 3. – № 3. – 2002. – P. 251–257.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

¹Зелёная И.И., ¹Железнякова Н.М., ¹Гопций Е.В., ¹Степанова Е.В.,
²Сёмова О.В.

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой»
НАМН Украины, г. Харьков

Актуальность. Железодефицитные анемии (ЖДА) — широко распространенные заболевания, при которых снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и других депо. В результате этого нарушается образование гемоглобина, а в дальнейшем и эритроцитов, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ЖДА встречаются у 1,7 млрд населения земного шара, а людей со скрытым дефицитом железа, когда уровень гемоглобина остается еще нормальным, а запасы железа снижены — в 2 раза больше.

Группами риска развития анемии являются женщины детородного возраста, беременные и кормящие грудью, дети в период быстрого роста, доноры. Таким образом, дефицит железа является одним из наиболее распространенных патологических состояний, которое встречается у 25-30 % населения планеты, в связи с чем проблема профилактики и лечения этого состояния имеет большое социальное значение и выходит за рамки одной только медицинской компетенции.

Все сказанное позволило поставить следующую цель исследования: изучить распространенность соматической патологии среди лиц с анемическим синдромом (АС) и частоту возникновения новых случаев соматической патологии среди лиц с АС в течение 5 лет диспансерного наблюдения.

Материалы и методы. Проведено обследование и пятилетнее диспансерное наблюдение 960 человек с АС (I группа наблюдения), в том числе 55,6% женщин и 44,4% мужчин (с разным сроком дефицита железа. Средний возраст больных составил $(53,8 \pm 4,1)$ года, средняя длительность заболевания – $(9,4 \pm 0,79)$ года. В контрольную группу, сопоставимую с первой группой наблюдения по возрасту, полу и социальному статусу, вошли 157 человек без признаков дефицита железа (II группа наблюдения – группа сравнения: женщины 56% и 44% мужчин). Из всех пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, у 44,3% была ЖДА, у 55,7% - латентный дефицит железа (ЛДЖ). ЖДА страдали 55,6% женщин и 44,4% мужчин, ЛДЖ - 55,5% женщин и 44,5% мужчин. ЖДА легкой степени выявлена у 68,1% человек, средней степени тяжести – у 28,5% , ЖДА тяжелой степени – у 3,4%.

Результаты исследования и их обсуждения. На дату начала наблюдения (2009 г.) среди лиц с ЖДА зарегистрировано $(5,4 \pm 0,5)$ случая соматических заболеваний на 1 пациента с ЖДА; среди лиц с ЛДЖ зарегистрировано $(4,7 \pm 0,4)$ случая на 1 пациента с ЛДЖ. Среди лиц группы сравнения зарегистрировано 2,07 случая на 1 пациента группы контроля. Таким образом, частота распространенности соматических заболеваний в группе больных с ЖДА и ЛДЖ была выше по сравнению с группой контроля (в 2,6 раза и 2,3 раза соответственно). При этом в группе больных с ЖДА и ЛДЖ по сравнению с группой контроля была выше частота распространенности язвенной болезни (в 6,2 и 3,3 раза соответственно); дискинезии желчных путей по гипомоторному типу (в 5,7 и 5 раз соответственно); хронического колита (в 4,2 и 2,3 раза); дегенеративных заболеваний позвоночника (в 3,8 и 2,4 раза); хронического необструктивного бронхита (в 3,7 и 2 раза); хронического геморроя (в 3,6 и 2,7 раза); хронического пиелонефрита (в 3 и 2,3 раза); хронического гастрита с пониженной секреторной функцией желудка (в 2,3 раза); НЦД по кардиальному и вегетососудистому варианту (в 2,5 и 1,9 раза); артериальной гипертензии (в 2,1 и 1,3 раза); желчно-каменной болезни и хронического холецистита (в 2 и 1,2 раза); хронического панкреатита (в 1,9 и 1,3 раза).

Существенную роль в увеличении соматической заболеваемости по обращаемости у лиц с железodefицитной анемией и латентным

дефицитом железа играли простудные заболевания. Так, простудные заболевания регистрировались в 6,6 раз чаще в группе пациентов с ЖДА и в 5,1 раза чаще в группе пациентов с ЛДЖ по сравнению с группой лиц без дефицита железа. У женщин и мужчин с ЖДС, страдающих частыми простудными заболеваниями, средние показатели сывороточного железа и коэффициента насыщения трансферрина железом были достоверно ниже по сравнению с аналогичными лицами с ЖДС, не страдающими простудными заболеваниями и соответственно ($p < 0,05$). Показатель общей железосвязывающей способности сыворотки в группе лиц, страдающих простудными заболеваниями, оказался достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с группой лиц, у которых отсутствовали простудные заболевания. Можно предположить, что достаточно выраженное снижение запасов железа в организме, наблюдающееся при ЖДА и ЛДЖ, приводит к снижению защитных сил организма. Понижение защитных сил организма в условиях дефицита железа сопровождается понижением устойчивости к простудным заболеваниям по сравнению с лицами без дефицита железа, у которых восприимчивость к простудным заболеваниям значительно выше.

За пять лет проспективного наблюдения средний показатель первичной заболеваемости соматической патологией в группе лиц, страдающих ЖДА и ЛДЖ, оказался достоверно выше по сравнению с группой сравнения ($p < 0,001$). Первичная заболеваемость соматической патологией в группе лиц, страдающих дефицитом железа, была достоверно ($p < 0,001$) выше по сравнению с группой сравнения (вероятность заболевания соматической патологией у лиц, страдающих ЖДА, была в 26,4 раза выше, а у лиц с ЛДЖ в 22,5 раза выше по сравнению с лицами без дефицита железа). Доля случаев соматической патологии в популяции, обусловленная воздействием железодефицитной анемии, составила – 0,19; доля случаев соматической патологии в популяции, обусловленная воздействием латентного дефицита железа, составила – 0,10.

Вывод. Не только ЖДА, но уже и ЛДЖ оказывают неблагоприятное воздействие на здоровье взрослого населения, поэтому диагностика дефицита железа на его латентной стадии, своевременное взятие на диспансерное наблюдение лиц с латентным дефицитом железа и ЖДА, коррекция факторов риска развития железодефицитных состояний и своевременно начатое адекватное лечение этих пациентов будет способствовать уменьшению первичной заболеваемости соматической патологией среди лиц, страдающих дефицитом железа.