

убеждает нас соотношение среднегодовых показателей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в крае в 1996–2007 гг.

По мнению экспертов ВОЗ, отношение числа умерших к заболевшим является индикатором тяжести заболевания («груз заболевания»). Чем ближе его значение к единице, тем хуже прогноз для данной локализации. На основе такого соотношения наиболее распространенные локализации злокачественных новообразований можно разделить на три группы: локализации с хорошим прогнозом (соотношение составляет 0,3 и менее); с относительно хорошим прогнозом (соотношение составляет от 0,3 до 0,5); с плохим прогнозом (соотношение более 0,5).

Необходимо отметить, что при многих локализациях злокачественных опухолей индекс достоверности учета за последние 12 лет снизился, что говорит об улучшении качества статистического учета. В первую очередь это относится к злокачественным новообразованиям пищевода, прямой кишки, гортани, молочной железы, женских половых органов, предстательной железы и лимфом.

Резюмируя изложенное выше, следует отметить, что уровень смертности от злокачественных новооб-

разований в Краснодарском крае снизился. И во многом это обусловлено хорошими результатами лечения. Тем не менее данный показатель остается на высоких цифрах. Значительный «вклад» в это вносят и снижение жизненного уровня, и уменьшение внимания медицинской организации к профилактике злокачественных новообразований, и медикаментозный дефицит из-за дороговизны препаратов, пренебрежение мерами по сохранению и оздоровлению природной среды, невнимательное и пренебрежительное отношение населения к своему здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерабишвили В. М. Летальность онкологических больных на первом месяце наблюдения. Анализ базы данных популяционного ракового регистра С.-Петербурга // Злокачественные новообразования в России в 2001 году (Заболеваемость и смертность) / Под ред. акад. РАМН В. И. Чиссова, проф. В. В. Старинского, к. м. н. Г. В. Петровой. – М., 2003. – С. 78–81.

2. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2006 году. – М., 2008. – 248 с.

Поступила 30.01.2009

Т. А. ЭСАУЛОВА

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНТОКСИКАЦИИ КАК МАРКЕР ИНТОКСИКОЗА И КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У РАБОТНИКОВ АСТРАХАНСКОГО ГАЗОВОГО КОМПЛЕКСА

Кафедра экологической медицины с курсом эндоэкологической реабилитации

ГОУ ВПО АГМА Росздрава,

г. Астрахань, ул. Бакинская, 121;

негосударственное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть»,

г. Астрахань, ул. Кубанская, 1. Тел. 88512-710-239. E-mail: esaulovat@mail.ru

Исследование гематологического показателя интоксикации у работников Астраханского газового комплекса выявило превышение нормальных показателей у 56% обследованных, а наиболее выраженные изменения выявлены у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы. Оздоровительные мероприятия с использованием способа эндоэкологической реабилитации привели к нормализации данного показателя.

Ключевые слова: гематологический показатель интоксикации, интоксикоз, эндоэкологическая реабилитация.

Т. А. ESAULOVA

THE HEMATOLOGICAL INDEX OF INTOXICATION AS MARKER OF CHRONICLE INTOXICATION AND EFFECTIVENESS CRITERION OF HEALTH- AND TREATMENT PROCEDURES DONE FOR THE STAFF OF GAS COMPLEX IN ASTRAKHAN

Department of ecological medicine with course endoecological rehabilitation,

Astrakhan State Medicine Academy, Astrakhan;

Non-government institute of public health services «Med.-san. branch»,

Astrakhan. E-mail: esaulovat@mail.ru

A results of the research show, that 56% of patients have abnormally high hematological marker, and the most deviations were found out in combination with diseases of digestion system. The treatment with using of endoecological rehabilitation followed to normalization of this marker.

Key words: hematological index of intoxication, intoxicosis, endoecological rehabilitation.

Введение

Освобождение организма от ксенобиотиков крайне важно для жителей любого экологически неблагополучного региона, в том числе для работников Астраханского газового комплекса, сталкивающихся по роду своей деятельности с мощной дополнительной специфической интоксикацией. Именно поэтому особенно важной является задача своевременного выявления у них признаков хронической интоксикации, обозначенных в количественном выражении, с целью проведения последующих профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий и оценки их эффективности. В ходе проведения исследования нами использовалось понятие «интоксикоз», предложенное проф. Ю. М. Левиным. Термин предполагает наличие у пациента хронической интоксикации экологического и паразитологического генеза, отличающейся накоплением в интерстициальном пространстве токсичных веществ атропогенной природы и продуктов нарушенного метаболизма [4].

Материалы и методы

Многими исследователями предлагается определять выраженность эндогенной интоксикации по значению гематологического показателя интоксикации (ГПИ), который включает в себя определение соотношения различных форм лейкоцитов периферической крови, общего количества лейкоцитов и СОЭ. $\text{ГПИ} = \text{ЛИИ} \cdot \text{Кл} \cdot \text{Ксоз}$, где ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации (Кальф-Калифа), Кл – поправочный коэффициент на лейкоцитоз, Ксоз – поправочный коэффициент на СОЭ. $\text{ЛИИ} = (4 \text{ Ми} + 3 \text{ Ю} + 2 \text{ П} + \text{С}) \cdot (\text{Пл} = 1) / (\text{Мо} + \text{Л}) \cdot (\text{Э} + \text{Б} + 1)$, где Ми – миелоциты, Ю – юные нейтрофилы, П – палочкоядерные нейтрофилы, С – сегментоядерные нейтрофилы, Пл – плазматические клетки, Мо – моноциты, Л – лимфоциты, Э – эозинофилы, Б – базофилы. Практическая ценность ГПИ определяется двумя обстоятельствами. С одной стороны, ГПИ позволяет установить степень эндогенной интоксикации и уже исходя из этого, в случае необходимости, провести детоксикацию. С другой стороны, по изменению ГПИ можно отслеживать эффективность и динамику лечения [1–3, 5]. За норму ГПИ приняты значения $\text{ГПИ} = 0,62 \pm 0,09$ [1, 3].

Нами изучены значения ГПИ у работников Астраханского газового комплекса (АГК), находившихся на лечении и оздоровлении в терапевтическом стационаре, поликлинике и оздоровительном центре «Санаторий «Юг». Всего было обследовано 1800 человек. Значения выше и ниже нормы расценивались нами как патологические, т. к. снижение значений, учитываемых согласно предложенной формуле, также отражает па-

тологические сдвиги в организме, как и повышенные. Оценка данного показателя выявила его значительные патологические сдвиги во всех исследуемых группах заболеваний. Отдельно оценивались значения ГПИ выше и ниже 0,6.

Результаты исследования

Среди значений выше 0,6 (в 56% случаев) наибольшие показатели были выявлены у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы ($1,31 \pm 0,03$), в группе с сердечно-сосудистой патологией ГПИ имел значения $1,16 \pm 0,01$, при заболеваниях дыхательной системы равнялся $1,14 \pm 0,01$, у пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы – $1,03 \pm 0,02$.

В группе с ГПИ ниже 0,6 (в 44% случаев) его значения колебались от $0,24 \pm 0,01$ при заболеваниях пищеварительной системы, до $0,37 \pm 0,01$ при заболеваниях дыхательной системы, в группе с патологией костно-мышечной системы он составил $0,27 \pm 0,02$, при патологии сердечно-сосудистой системы – $0,3 \pm 0,02$.

При исследовании полученных результатов нами был сделан вывод о том, что гематологический показатель интоксикации у всех обследованных работников АГК имеет тенденцию к отклонению от нормальных значений. При этом, наиболее выражены эти отклонения у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы. Придерживаясь общепринятой оценки значений ГПИ (где отклонениями от нормы считаются только повышенные его значения), можно с высокой степенью достоверности сказать, что более чем у половины обследованных нами работников АГК (в 56% случаев) имелись признаки интоксикоза. Полученные данные имели прямую корреляционную связь с результатами анкетирования, исследованиями содержания среднемолекулярных пептидов, показателями иммунитета.

С целью оздоровления и профилактики развития экообусловленной патологии мы провели им курсы детоксикации с использованием эндоэкологической реабилитации по Левину (ЭРЛ), основанные на управлении интерстициальным гуморальным транспортом и лимфатическим дренажом тканей. Эндоэкологическая реабилитация проводилась нами на всех этапах оказания медицинской помощи: в поликлинике, стационаре и санатории. Мы применили не только базовую схему ЭРЛ, но 8 разработанных нами её модификаций.

Изучение значений гематологического показателя интоксикации в группах с различной патологией после проведения ЭРЛ выявило нормализацию этого показателя независимо от его первоначальных значений. Во всех исследуемых группах заболеваний изначально высокие показатели снизились до нормальных

Таблица 1

Влияние ЭРЛ на ГПИ > 0,6

Основные виды патологии	Число пациентов, n	ГПИ до ЭРЛ	ГПИ после ЭРЛ
КМ	205	$1,03 \pm 0,01$	$0,89 \pm 0,02^*$
ПС	404	$1,31 \pm 0,01$	$0,66 \pm 0,01^*$
ССС	200	$1,16 \pm 0,02$	$0,71 \pm 0,01^*$
ДС	199	$1,14 \pm 0,005$	$0,87 \pm 0,01^*$

Примечание: * $P < 0,05$ – достоверность отличий от первоначальных значений.

Влияние ЭРЛ на ГПИ < 0,6

Основные виды патологии	Число пациентов, n	ГПИ до ЭРЛ	ГПИ после ЭРЛ
КМ	476	0,26±0,01	0,54±0,01*
ПС	231	0,24±0,02	0,42±0,02*
ССС	62	0,29±0,01	0,58±0,01*
ДС	23	0,34±0,01	0,48±0,01*

Примечание: *P<0,05 – достоверность отличий от первоначальных значений.

величин, та же тенденция наблюдалась у ГПИ с исходно низкими значениями.

Динамика ГПИ в группах с различной патологией после проведения ЭРЛ отражена в таблицах 1 и 2.

При исследовании значений ГПИ у работников АГК до и после ЭРЛ в группах с заболеваниями пищеварительной, сердечно-сосудистой, дыхательной и костно-мышечной систем нами был сделан вывод, что наиболее выраженными проявления интоксикоза были в группе с патологией пищеварительной системы. В этой же группе отмечена наиболее достоверная динамика изменения ГПИ в сторону нормализации после проведения ЭРЛ.

Изучение значений ГПИ после проведения оздоровления с использованием эндоэкологической реабилитации показало их нормализацию в результате проведенных мероприятий, что говорит об их высокой эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваневский В. Л., Борисов Е. А., Жидков К. П. и др. Экстракорпоральная перфузия срезов ксеногенной селезенки в лечении гнойно-септических осложнений травматической болезни // Деток-

сикационная терапия при травматической болезни и острых хирургических заболеваниях. – Л., 1989. – С. 39–44.

2. Гусак В. К., Фисталь Э. Ц., Сперанский И. И. и др. Оценка тяжести эндогенной интоксикации и выбор метода детоксикационной терапии у обожженных по данным лейкоцитограммы и биохимического мониторинга // Клин. лаб. диагностика. – 2000. – № 2. – С. 10–36.

3. Карпищенко А. И. Медицинская лабораторная диагностика (программы и алгоритмы). – С.-Петербург: «Интермедика», 1997. – С. 246–265.

4. Левин Ю. М. Лечение, оздоровление, профилактика в условиях кризиса экологии организма. Новые принципы и методы. – М., 1998. – 232 с.

5. Малахова М. Я. Методы биохимической регистрации эндогенной интоксикации // Эфферентная терапия. – 1995. – Т. 1. – № 2. – С. 61–64.

6. Эсаулова Т. А. Разработка и внедрение программы эндоэкологической реабилитации для работников газовой промышленности / Т. А. Эсаулова, А. В. Бучина // Проблемы охраны здоровья и окружающей среды: Сб. научных трудов, посвященный 20-летию ООО «Астраханьгазпром». – Астрахань: ИЦП «Факел», 2001. – С. 27–29.

Поступила 12.12.2008