Сегодня клинико-диагностическая лаборатория является одним из основных диагностических подразделений отделенческой больницы на станции Улан-Удэ. На данном этапе лицензированы все разделы лабораторной диагностики, а структура клинико-диагностической лаборатории представлена шестью отделами: клинико-гематологический, биохимический, бактериологический, серологический, цитологический, иммунологический (ИФА). В стенах вышеуказанных отделов выполняется до 125 различных видов исследований, в том числе гематологические, общеклинические, биохимические, коагулологические, бактериологические, санитарно-микробиологические, иммуногематологические, серологические, иммуноферментные, цитологические, паразитологические, гормональные. В лаборатории на сегодняшний день наряду с традиционными унифицированными методами исследований используются новые технологии и новые методики с высокой аналитической точностью и диагностической надежностью. В этих целях исследовательская работа осуществляется на современных лабораторных системах — биохимических анализаторах «Сапфир-400», «SABA-18», фотометре «Кормей», гематологическом анализаторе «Mythic-18», анализаторах «Микролаб», коагулометре, анализаторах глюкозы, гликированного гемоглобина и микроальбумина «Nусосард», мочевом анализаторе «Урисис» и т. д.

Здесь трудится высококвалифицированный коллектив единомышленников — врачей клинической лабораторной диагностики, фельдшеров и лаборантов. Это врачи высшей категории Доржиева Л.Д. по паразитологии, Бурлова А.П. по серологии, Григорьева Т.П. по биохимии, Дамдинжапова Б.Т. по бактериологии, Раднаева В.К. по цитологии, к.м.н. Седунова Е.Г. по иммуногематологии, врачи Болдырева Л.Б. по ИФА-диагностике и Семутина Е.В. по коагулологии. Работой среднего звена лаборантов руководит медицинский технолог высшей категории Сороковикова Т.М., с полной отдачей знаний и навыков работают фельдшеры и лаборанты Цыденова М.В., Минаева М.П., Суворова Л.А., Жарких Т.И. и др. Продолжают преемственность поколений и традиции молодые кадры Нохорова Т.Б., Есипов Н.Л., Банзатова С.П.

Дальнейшие перспективы в условиях реформирования системы железнодорожной медицины мы связываем с теми позитивными результатами, которых добились на протяжении всей истории становления службы клинической лабораторной диагностики. Тесная взаимосвязь прошлого и настоящего позволяет нам уверенно смотреть в будущее и выстраивать стратегию нашего развития.

В.Г. Банзаракшеев

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА

Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», Улан-Удэ

Общеизвестно, что эндогенная интоксикация (ЭИ) является одним из ведущих факторов нарушения гомеостатического баланса в организме вследствие активации катаболических процессов и снижения процессов естественной детоксикации (Шиффман Ф.Д., 2000).

Поскольку кровь является «зеркалом» гомеостаза вышеуказанные расстройства могут быть оценены по содержанию средних молекулярных пептидов, как гуморальная составляющая; по концентрации циркулирующих иммунных комплексов, как иммунная составляющая; и как клеточная составляющая ЭИ по изменению количества лейкоцитов и их соотношения в периферической крови (Козинец Г.И. с соавт., 1997, 2001).

Из опубликованных ранее исследований видно, что в данных диагностических целях могут быть использованы так называемые лейкоцитарные индексы (ЛИ). Данные интегральные показатели лейкограммы позволяют оценить тяжесть воспалительного процесса, механизмы и степень компенсации резистентности организма, определить прогноз и направление течения острых воспалительных и гнойно-деструктивных процессов разной локализации (Кажина М.В. с соавт., 2003).

В связи с вышеизложенным, цель настоящего исследования — это оценка следующих гематологических показателей: количество лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), лейкограмма, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле: миелоциты + метамиелоциты + палочкоядерные + сегментоядерные/лимфоциты + моноциты + эозинофилы + базофилы, свидетельствующий об уровне ЭИ и активизации процессов тканевой деградации; индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ), как отношение клеток гранулоцитопоза к клеткам агранулоцитарного ряда, являющегося маркером активности воспалительного процесса и нарушения иммунологической реактивности; лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), как отношение лимфоцитов $\times 10$ к клеткам гранулоцитарного ряда, позволяет дифференцировать характер ЭИ; индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ) для суждения о наличии и выраженности ЭИ и общий индекс (ОИ) это сумма ИЛСОЭ и ИЛГ для оценки характера ЭИ на ранних стадиях заболевания (Островский В.К. с соавт., 2003; Шиффман Ф.Д., 2000).

Проведен ретроспективный анализ гематологических показателей по историям болезней пациентов с различными формами острого аппендицита (ОА) в момент поступления на хирургическое лечение в

НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД». Исследования крови проводились унифицированными методами, включая камерный подсчет количества лейкоцитов, СОЭ микрометодом Панченкова, иммерсионная дифференцированная микроскопия окрашенных мазков крови на бинокулярном микроскопе «Мик-мед-1» (Луговская С.А. с соавт., 2002).

При анализе установлено, что среди 80 больных наблюдалась катаральная форма ОА у 33 человек (41,2%), флегмонозная форма у 39 человек (48,7%) и гангренозная у 8 человек (10%), по половому составу мужчин 28 (35%), женщин 52 человека (65%), средний возраст 25–35 лет. В контрольную группу были включены 30 пациентов с невоспалительными заболеваниями хирургического профиля (неосложненные грыжи, варикозная болезнь и др.).

Результаты выполненных исследований отражены в таблице 1.

Таблица 1

Интегральные показатели гемограммы у пациентов с различными формами ОА

Показатели	Контрольная группа	Катаральная форма	Флегмонозная форма	Гангренозная форма
ЛИИ	0,98 ± 0,07	2,34 ± 0,12	4,31 ± 0,10	3,69 ± 0,07
ИСЛ	1,99 ± 0,10	2,61 ± 0,15	4,3 ± 0,29	4,63 ± 0,15
ИЛГ	4,56 ± 0,10	4,25 ± 0,05	3,05 ± 0,20	4,95 ± 0,26
ИЛСОЭ	1,87 ± 0,24	1,98 ± 0,20	3,49 ± 0,23	3,11 ± 0,32
ОИ	6,43 ± 0,36	6,06 ± 0,37	4,57 ± 0,42	3,13 ± 0,52
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,8 ± 0,07	8,5 ± 0,10	10,8 ± 0,14	10,5 ± 0,17

Таблица 1 наглядно демонстрирует нарастание в 2,38 раза ЛИИ при катаральной форме ОА, в 3,76 раза при флегмонозной и в 4,39 раза при гангренозной форме ОА. Динамика ИСЛ подтверждает высокую степень активности воспалительного процесса, причем если при катаральном аппендиците в 1,3 раза, то при флегмонозной и гангренозной формах в 2,2 раза, что свидетельствует о выраженной тяжести тканевой деструкции. ИЛГ остается в пределах нормы, поэтому на ранних стадиях болезни индекс не показателен. ИЛСОЭ при катаральной форме ОА не изменяется, в то время как при двух других формах ОА индекс повышен, это является косвенным признаком аутоинтоксикации. ОИ также не выходит за пределы допустимых значений, поэтому данный индекс не информативен на ранних стадиях ОА.

Таким образом, лабораторный способ оценки ЛИ позволяет сделать выводы:

1. Каждый ЛИ имеет самостоятельное значение, но дает полную диагностическую информацию при их комплексной оценке.
2. ЛИ подтверждают наличие ЭИ при всех формах ОА и характеризуют высокую степень активности тканевой деструкции.
3. Динамика ЛИ связана напрямую с тяжестью тканевой деструкции и усугублением ЭИ.
4. Комплексный подход к интерпретации ЛИ позволяет оценивать степень эндотоксемии, прогноз тяжести течения ЭИ и решать вопрос об объеме детоксикационных мероприятий.

С.К. Банзаракшеева

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ЛВРЗ

Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД», Улан-Удэ

В настоящее время в показателях здоровья и в структуре смертности трудоспособного населения России лидируют сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (Мазуров В.И. с соавт., 2007). Общеизвестна разработанная система профилактики в виде концепции факторов риска (ФР), которая является основой стратегии и тактики проведения профилактических мероприятий (Акимов Е.В. с соавт., 2005). Важным моментом первичной профилактики ССЗ является отношение самого человека к своему здоровью и его осведомленность о наличии социальных, поведенческо-психологических и соматических ФР. Очевидно, что особенности отношения к образу жизни в различных профессиональных, половозрастных и социальных группах лиц позволяют планировать профилактические мероприятия для каждой субпопуляции.

Целью настоящего исследования явилась оценка уровня и динамики распространенности основных ФР, а также изучение отношения работников к своему здоровью в профессиональной группе лиц.

В исследование были включены 652 работника ЛВРЗ, в том числе 218 инженерно-технических работников (33,4%) и 434 работника, связанных с вредными условиями труда (66,6%). По половозрастному