

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ СОЦИАЛЬНО СОХРАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

**АННА ВЛАДИМИРОВНА МОРДЫК, ТАТЬЯНА ЛЕОНИДОВНА БАТИЩЕВА,
ЛАРИСА ВЛАДИМИРОВНА ПУЗЫРЕВА**

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Омск
КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», Омск

Цель — рассмотреть прогностическую ценность лейкоцитарных индексов в оценке эффективности основного курса лечения инфильтративного туберкулеза легких у впервые выявленных социально сохранных пациентов.

Материал и методы. Для поставленной цели проведено ретроспективное исследование, в которое включены 260 впервые выявленных социально сохранных пациентов с инфильтративным туберкулезом легких, закончивших основной курс лечения в 2012—2014 гг. Все включенные в исследование больные были разделены на две группы: основная — с неблагоприятным исходом туберкулеза в количестве 66 человек, группа сравнения — с благоприятным исходом туберкулеза в количестве 194 человека. Критерием неблагоприятного исхода явилось сохранение полости распада в легочной ткани по истечении года терапии.

Производился расчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), рассчитываемый по формуле Кальф-Калифа, индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), индекс резистентности организма (ИРО), ядерный индекс Даштаянца (ЯИ). Полученные данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel (функция автофильтр). Расчеты проведены в программном средстве Statistica 6. Для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню признака, измеряемого количественно, использован критерий Манна—Уитни (U). Статистическая значимость результатов выражалась в виде $p=0,000$, результаты считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты. При оценке индексов крови у пациентов в изучаемых группах были получены следующие данные. ЛИИ на момент начала заболевания более чем у половины пациентов (56,1%) в основной группе был выше 1,6 усл.ед., что свидетельствовало о высоком уровне эндогенной интоксикации. В группе с благоприятным исходом инфильтративного туберкулеза легких высокие показатели ЛИИ были выявлены только у 26,8% ($U=3763,5$; $p=0,000$), у 41,8% пациентов этой группы ЛИИ был ниже 0,62 усл.ед., в основной группе — у 21,2%. При оценке ЛИИ после первого месяца интенсивной терапии в группе больных с последующим неблагоприятным исходом заболевания в 43,9% случаев он сохранялся на высоких цифрах (выше 1,6 усл.ед.), а в группе сравнения высоким он был в 18,0% ($U=5020,0$; $p=0,008$). Эти данные свидетельствуют об отсутствии эффекта от проведенного в течение месяца лечения, о недостаточности дезинтоксикационной терапии или об ее отсутствии. Через 2 мес интенсивной терапии в обеих группах оставались

пациенты с высоким ЛИИ — 36,4 и 25,8% соответственно ($p>0,05$).

ИСЛК в группе пациентов с последующим неэффективно леченым туберкулезом на момент выявления заболевания у 86,4% был выше нормального (выше 1,96), а в группе сравнения — у 77,8% ($U=3718,5$; $p=0,000$), что свидетельствовало об активности процесса и нарушении реактивности. Через 1 мес интенсивной фазы химиотерапии ИСЛК оставался высоким у 57,6% больных в основной группе и у 44,3% в группе сравнения ($p>0,05$). Через 2 мес лечения ИСЛК вместо предполагаемого снижения в основной группе был выше нормы у 62,1% больных, а в группе сравнения — в 37,1% ($U=3499,0$; $p=0,000$), свидетельствуя о сохраняющихся нарушениях реактивности.

При оценке ИРО на момент начала лечения у пациентов с неблагоприятным исходом туберкулеза он был ниже 50 у 68,2%, а в группе сравнения — только у 16,0% ($U=5092,0$; $p=0,01$), что указывало на возможность развития осложнений специфического процесса и необходимость проведения дезинтоксикационной терапии. При оценке ИРО через 1 и 2 мес лечения в сравниваемых группах различия были статистически недостоверны.

ЯИ Даштаянца помогает правильно оценить состояние больного, так как иногда удовлетворительное самочувствие пациента может оказаться ошибочным. На момент начала лечения ЯИ в основной группе выше 1,0 был у 17 (25,8%) больных, что свидетельствовало об их тяжелом состоянии, а в группе сравнения таких пациентов было только 10 (5,2%) ($U=1953,0$; $p=0,000$). Показатель ЯИ в пределах от 0,3 до 1,0 в основной группе отмечен у 74,2% больных, а в группе сравнения — у 64,9%, что характерно для средней степени тяжести состояния пациентов. Данные ЯИ Даштаянца, характерные для удовлетворительного состояния больных, в группе сравнения отмечены только в 29,9%, а в основной группе таких значений индекса вообще не наблюдалось.

Перед назначением комплексной терапии лечащим врачом производилась оценка тяжести состояния пациентов. В основной группе тяжелое состояние отмечено у 2 больных, а с учетом ЯИ таких пациентов должно было быть 17. Состояние средней степени тяжести диагностировано у 40, а удовлетворительное — у 24 пациентов, однако при подсчете ЯИ можно утверждать, что состояние средней степени тяжести было у 49 больных, а в удовлетворительном состоянии больных вообще не было. При сравнении с представленными выше данными можно утверждать, что оценка тяжести

состояния пациентов на момент начала лечения врачом-фтизиатром не соответствовала действительности, что могло послужить причиной неэффективности курса лечения инфильтративного туберкулеза легких.

Таким образом, в группе пациентов с неблагоприятным исходом впервые выявленного инфильтративного туберкулеза на момент начала лечения выявлены высокие показатели ЛИИ (56,1%, против 26,8%; $p < 0,000$), свидетельствующие об эндогенной интоксикации, которые сохранялись на высоком уровне через 1 мес терапии у 43,9% пациентов против 18,0% ($p < 0,01$) в группе сравнения. Также у неэффективно пролеченных больных выявлен высокий уровень ИСЛК при первичном обследовании (у 86,4%, а в группе сравнения только у 77,8%; $p < 0,000$) и через 2 мес лечения (у 62,1% против 37,1%; $p < 0,000$), указывая на нарушения реактивности. При этом ИРО у этих пациентов на момент

начала заболевания указывал на необходимость проведения длительной дезинтоксикационной терапии и был высоким у 68,2% больных (против 16,0% в группе сравнения; $p < 0,05$), а данная терапия была проведена только у 36,3% больных, что, вероятно, связано с недооценкой тяжести состояния пациентов, учитывая данные ЯИ. Также выявлено, что недооценка тяжести состояния больного при первичном осмотре повлекла за собой неправильное назначение и проведение лечения, что повлияло на исход инфильтративного туберкулеза легких у части социально сохраненных больных.

Считаем целесообразным использование подсчетов интегральных лейкоцитарных индексов в рутинной практике врача-фтизиатра для оценки тяжести состояния больных, уровня эндогенной интоксикации и степени нарушения реактивности для подбора адекватной терапии сопровождения и повышения эффективности лечения туберкулеза.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ МВД В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ УНИВЕРСИАДЫ

ЭЛЬЗА ИЛХАМОВНА МУХИТОВА, врач-ординатор кафедры кардиологии, рентгеноэндovasкулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач-терапевт Клинического госпиталя МВД России по РТ, Казань, e-mail: inanna00787@mail.ru

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. начальника по лечебной работе ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», Казань, e-mail: frolova.67@mail.ru

Реферат. Представлено изучение влияния факторов риска на здоровье сотрудников полиции, а также распределение по нозологиям преобладающих заболеваний, диагностированных во время проведения Универсиады-2013.

Ключевые слова: МВД, Универсиада-2013, состояние здоровья сотрудников МВД.

Особое место в структуре работающего населения занимают профессии, относящиеся к оперативным и опасным, к которым относятся сотрудники правоохранительных органов.

Работа в полиции рассматривается изначально как стрессовая из-за персонального риска, конфронтации, насилия и ежедневного участия в контртеррористических операциях. Служба в правоохранительных органах связана с необходимостью постоянно работать в режиме большого напряжения и самоотдачи. Эта деятельность требует соблюдения строгой иерархии, особого организационного построения и межличностного общения, дисциплины, приближающейся к военной, повышенной социальной и профессиональной ответственности и высокой степени риска потери здоровья, а иногда и жизни. В различных медицинских источниках сообщается о высокой распространенности заболеваний среди полицейских, связанных со стрессом, таких как гипертония, диабет и ИБС.

Исключительно важное место в обеспечении и сохранении здоровья занимает в настоящее время выявление факторов риска и условий, способствующих их возникновению. К ним могут относиться факторы природной и социальной среды, факторы образа жизни людей и индивидуальные особенности организма. Природно-климатические условия местности, температурный, влажностный и ветровой режимы,

абсолютные отметки над уровнем моря, перепады рельефа местности, имеющиеся зеленые насаждения оказывают определенное влияние на все компоненты экологической системы и на здоровье сотрудников. С каждым годом усиливается психоэмоциональная напряженность работы сотрудников государственной автоинспекции, которая все более осложняется сильным загрязнением воздуха, шумом и вибрацией, производимой автотранспортом.

Следует сказать, что сотрудники правоохранительных органов при поступлении на службу проходят тщательный медицинский и психофизиологический отбор. К уровню их физического развития и психического здоровья предъявляют повышенные требования. В результате медицинского и психофизиологического отбора в правоохранительные органы формируется контингент более здоровых работников по сравнению с лицами других профессий, для которых не предусмотрен такой специальный порядок поступления на службу. Поэтому, казалось бы, показатель заболеваемости у них должен быть значительно ниже, чем у лиц других профессий. Однако в связи с постоянной психоэмоциональной напряженностью уровень трудопотерь в правоохранительных органах, по расчетным данным временной утраты трудоспособности, превышает таковой среди других профессий в 2,5 раза и с каждым годом все больше увеличивается.