

10. Vattikuti R. Osteogenic regulation of vascular calcification: an early perspective / R. Vattikuti, D. Towler // *Am. J. Physiol. Endocrin. Metab.* – 2004. – Vol. 286, № 5. – E686–E696.
11. Wu S.C. Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment / S.C. Wu, V.R. Driver, J.C. Wrobel // *Vasc. Health and Risk Manag.* – 2007. – Vol. 3, № 1. – P. 65–76.
12. Zhang W. Euler evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis / W. Zhang // *Annals of the Rheumatic diseases.* – 2005. – Vol. 64. – P. 669–681.
13. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis // *NEJM.* – 2006. – Vol. 354. – P. 795–808.
14. Nutritional supplements for knee osteoarthritis – still no resolution // *NEJM.* – 2006. – Vol. 354. – P. 858–860.
15. Glucoseamine for osteoarthritis // *Evidence-Based Healthcare & Public Health.* – 2005. – Vol. 9. – P. 322–331.

*Л.В. Журавлёва, В.А. Федоров, М.А. Олейник,
Е.Ю. Ткачук, А.И. Щичка*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛФЛУТОПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСТЕОАРТРОПАТИЙ

Обследовано 67 больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типов в стадии декомпенсации и субкомпенсации с наличием диабетической остеоартропатии, которая чаще всего проявлялась в ограничении движений в суставах, припухлостью над суставами, их деформацией, оссалгиями. Изучено состояние минерального баланса у больных, которое характеризовалось нарушением фосфорно-кальциевого обмена. Проведена сравнительная оценка применения в комплексной терапии диклофенака и инъекционного хондропротектора «Алфлутоп». Доказано преимущество алфлутопа по сравнению с диклофенаком при лечении диабетических остеоартропатий.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая остеоартропатия, диклофенак, алфлутоп.

*L.V. Zhuravlyova, V.O. Fedorov, M.O. Oliinyk,
O.U. Tkachuk, A.I. Schichka*

EXPERIENCE OF APPLICATION OF ALFLUTOP IN TREATMENT OF DIABETIC OSTEOARTROPATHY

67 patients with diabetes mellitus type 1 and type 2, the stage of decompensation and subcompensation with diabetic osteoarthropathy were examined. The main complaints were the following: pain in joints, decreased workability of joints, joints oedema, deformation and ossalgias. The state of mineral balance in studied patients was characterized by derangements of phosphoric-calcium exchange. As a result of this, diclofenak and chondroprotector alflutop were included in therapy list of studied groups. Alflutop showed better clinical results in treatment of patients with diabetic osteoarthropathy.

Keys words: diabetes mellitus, diabetic osteoarthropathy, diclofenak, alflutop.

Поступила 26.09.12

УДК 616.2-022

*О.С. Бильченко, Т.С. Оспанова, В.А. Клапоух, Е.А. Красовская,
О.В. Веремеенко, А.А. Бильченко*

Харьковский национальный медицинский университет

ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ

Обсуждены проблемы пневмонии с тяжёлым течением, изучены предполагаемые факторы риска у этих больных, исследованы особенности течения пневмонии в различных возрастных группах, установлены прогностические факторы неэффективности эмпирической антибактериальной терапии.

Ключевые слова: пневмония, факторы риска, клиническое течение, возраст больных, терапия.

Внебольничная пневмония является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всём мире [1]. Клиника внебольничной

пневмонии в настоящее время, как правило, отмечается тяжёлым и прогрессирующим течением [2, 3].

© О.С. Бильченко, Т.С. Оспанова, В.А. Клапоух та інш., 2012

Среди всех инфекционных заболеваний пневмонии составляют в среднем 25%. При этом 5% пневмоний имеют затяжной характер, а в 30% случаев наблюдаются осложнения, так как терапия остаётся во многих случаях малоэффективной [4]. Это обусловлено тем, что у 30–40% больных этиология внебольничной пневмонии остаётся неизвестной, а идентификация бактериальных возбудителей в большинстве случаев безуспешна, этиология же внебольничной пневмонии у людей с ослабленным иммунитетом и лиц пожилого возраста изучена недостаточно [5, 6]. До сих пор ощущается потребность в знаниях при выборе лучшей стратегии эмпирической терапии, а также при определении оптимальных сроков терапии и роли вспомогательного лечения кортикостероидами. В связи с зависимостью частоты выявления различных возбудителей внебольничной пневмонии от факторов риска изучение последних, несомненно, играет большую роль в выборе стратегии эмпирической терапии внебольничной пневмонии. Роль же факторов риска в этиологии тяжёлой пневмонии изучена до настоящего времени недостаточно.

Целью нашей работы явилось изучение факторов риска тяжёлого течения внебольничной пневмонии.

Под наблюдением находились 38 больных внебольничной пневмонией с тяжёлым течением. При поступлении в клинику 12 (36%) были госпитализированы в ОРИТ и палаты интенсивной терапии, так как их состояние было тяжёлым и они имели осложнения в виде острой дыхательной недостаточности, кровохарканья, нарушения общей гемодинамики, отёка лёгких. Шесть больных нуждались в интенсивной вентиляции лёгких.

У многих больных было отмечено позднее обращение к врачу. Так, до первых суток болезни в клинику обратились всего лишь 4% больных, до семи дней болезни – 34%, а 20% – лишь спустя один месяц болезни.

До поступления в ОКБ 82% больных антибиотиками не принимали. Возраст больных колебался от 28 до 78 лет, из них 65% было старше 60 лет. У 15 больных выявлен отягощённый социальный статус. Многие больные имели вредные привычки: 38% были курильщиками, 28% злоупотребляли спиртными напитками, 24% курили и злоупотребляли спиртными напитками одновременно. У многих больных (73%) отмечено наличие сопутствующей патологии: хронического обструктивного заболевания лёгких (ХОЗЛ), ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ), бронхиальной астмы (БА), сахарного диабета

(СД), СПИДа, заболеваний печени.

Состояние у всех больных было тяжёлым: лихорадка, интоксикация, дыхательная и сердечная недостаточность. Физикальные данные свидетельствовали о наличии одно- или двустороннего инфильтрата в лёгких, что подтверждено рентгенологическим исследованием.

При исследовании крови: ускоренное СОЭ констатировано у 96% больных, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом – у 76%, токсическая зернистость нейтрофилов, анемия – у 28%. У больных с крайне тяжёлым течением болезни отсутствовал лейкоцитоз, была выражена лейкопения, лимфопения, моноцитопения, гипергаммаглобулинемия.

У 20 больных выполнено микробиологическое исследование мокроты, из них у 30% выявлен *St. pneumoniae*, у 21% – аэробные грамотрицательные микроорганизмы. При серологическом исследовании выявили *Mycoplasma pneumoniae* у 12% больных. У остальных больных установить этиологический фактор не удалось.

У 21 больного был исследован уровень С-реактивного белка (СРБ), так как в последние годы он широко используется как маркёр активности воспалительного процесса и неэффективности антибактериальной терапии при инфекционных заболеваниях [5–8]. У всех больных показатель СРБ был значительно выше нормы и составлял $(66,0 \pm 0,2)$ мг/мл при норме 6,0 мг/мл. Наиболее высокие показатели отмечались у лиц пожилого возраста.

У шести больных изучен общий иммунологический статус, отмечено снижение активности Т-клеточного звена СД до $(48,5 \pm 1,22)\%$, дисбаланс в иммунорегуляторном звене за счёт снижения СД4 до $(32 \pm 0,89)\%$, снижение количества фагоцитирующих нейтрофилов до $(29 \pm 4,4)\%$. У двух больных СПИДом отмечались характерные для данной патологии иммунологические показатели: резкое снижение СД4 до 10% и, как следствие этого, снижение СД3 до 35%.

У всех больных пневмонией с тяжёлым течением выявили не менее четырёх факторов риска. У больных до 60 лет к ним относятся вредные привычки, тяжёлый социальный статус, поздняя обращаемость, отсутствие лечения на догоспитальном этапе.

По данным [8, 9], хронический алкоголизм является фактором риска у 35–75% больных пневмонией с тяжёлым течением, курение табака также угнетает мукоцилиарный клиренс и является самостоятельным фактором риска инвазивной пневмококковой инфекции. Кроме того, курение сопряжено с повышенным риском пневмококковой бактериемии и рассматривается как

самостоятельный фактор риска легионеллезной инфекции [10].

Количество факторов риска пневмонии прогрессивно увеличивается каждые последующие 10 лет жизни больного (таблица).

дует отнести возраст старше 65 лет, плевральный выпот, мультилобарную инфильтрацию, абсцедирование, лейкопению.

В результате лечения выздоровление наступило у половины больных, умерло четыре

Факторы риска у больных пневмонией

Возраст больных	Число больных	Факторы риска							
		Поздняя обращаемость	Вредные привычки	Нелеченные	Тяжёлый соц. статус	ХОЗЛ	ГБ, ИБС	СД	Лёгочно-сердечная недостаточность
< 60	6	+	+	+	-	-	-	-	-
	6	+	+	+	+	-	-	-	-
	2	+	+	+	-	-	-	-	-
60-70	2	+	+	+	-	+	-	-	-
	12	+	+	+	-	+	+	-	-
> 70	10	+	+	+	-	+	+	+	+

Больным были назначены антибиотики (Приказ Министерства здравоохранения Украины № 128).

Несмотря на проводимое лечение, у ряда больных течение болезни оставалось тяжёлым и приняло затяжной характер.

Заболевание особенно тяжело протекало у пожилых людей на фоне сопутствующей патологии и осложнилось у четырёх больных множественной деструкцией лёгкого, эмпиемой плевры у одного больного, бронхообструктивным синдромом у восьми больных, парапневмоническим плевритом у восьми, осумкованным плевритом у двух, анемией у восьми, гнойным бронхитом у 15, лёгочной недостаточностью у 28.

К ранним факторам риска неэффективности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии следует отнести мультилобарную инфильтрацию лёгких, а также грамтрицательную бактериальную инфекцию как причину.

Ранняя неэффективность лечения внебольничной пневмонии отмечена у девяти больных, у которых присутствовали все предыдущие факторы риска.

Прогрессирование заболевания спустя 72 часа от начала лечения отмечалось у больных при обострении сопутствующих заболеваний, выраженной сердечной недостаточности, эмпиеме плевры.

У пациентов с ХОЗЛ частота терапевтических неудач оказалась ниже, что, возможно, связано с терапией ингаляционными кортикостероидами, которые обладают противовоспалительным действием.

К факторам риска неэффективности лечения тяжёлой внебольничной пневмонии в целом сле-

дует отнести возраст старше 60 лет, наличие сопутствующей патологии, позднюю обращаемость больных за медицинской помощью, отягощённый социальный статус, плохую диагностику на догоспитальном этапе, отсутствие у подавляющего большинства на догоспитальном этапе антибиотикотерапии, вредные привычки, наличие ассоциации возбудителей у лиц старше 60 лет.

больных, остальные выписаны с улучшением или переведены в районные больницы.

У больных часто наблюдалось сочетание факторов риска, у одного больного колебалось от четырёх и более одновременно.

Список литературы

1. New trends in the prevention and management of community-acquired pneumonia / D.F. Postma, C.H. van Werkhoven, S.M. Huijts [et. al.] // Netherlands J. Medicine. – 2012. – Vol. 70, №. 8. – P. 337–348.
2. Fein A.M. Pneumonia in the elderly: Overview of diagnostic and therapeutic approaches / A.M. Fein // Clin. Infect. Dis. – 1999. – Vol. 28. – P. 726.
3. Delayed resolution of pneumonia / H.L. Israel, B. Weiss, G.M. Eisenberg [et al.] // Med. Clin. North. Am. – 1956. – Vol. 40. – P. 1291–1303.
4. C-reactive protein: a clinical marker in community-acquired pneumonia / R. Smith, B. Lipworth, I. Cree [et al.] // Chest. – 1995. – Vol. 108. – P. 1288–1291.
5. Coelho L. Usefulness of C-reactive protein in monitoring the severe community-acquired pneumonia clinical course / L. Coelho, P. Povoia, E. Almeida // Crit Care. – 2007. – Vol. 11. – P. 92.

6. Chalmers J. C-reactive protein is an independent predictor of severity in community-acquired pneumonia / J. Chalmers, A. Singanayagam, A. Hill // *Am. J. Med.* – 2008. – Vol. 121. – P. 219–225.
7. Usefulness of consecutive C-reactive protein measurements in follow-up of severe community-acquired pneumonia / A. Bruns, J. Oosterheert, E. Hak, A. Hoepelman // *Eur. Respir. J.* – 2008. – Vol. 32. – P. 726–732.
8. Van Metre T.E. Pneumococcal pneumonia treated with antibiotics. The prognostic significance of certain clinical findings / T.E. Van Metre. – *N. Engl. J. Med.* – 1954. – Vol. 251. – P. 1048–1052.
9. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. Active Bacterial Core Surveillance Team / J.P. Nuorti, J.C. Dutler, M.M. Farley [et al.] // *Engl. J. Med.* – 2000. – Vol. 342. – P. 681–689.
10. Marston B.J. Surveillance for Legionnaires disease: risk factors for morbidity and mortality / B.J. Marston, H.B. Lipman, R.F. Breiman // *Arch. Intern. Med.* – 1994. – Vol. 154. – P. 2417–2422.

*О.С. Більченко, Т.С. Оспанова, В.О. Клапоух,
К.О. Красовська, О.В. Веремеєнко, А.О. Більченко*
ФАКТОРИ РИЗИКУ

ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ

Обговорено проблеми пневмонії з тяжким перебігом, вивчені передбачувані фактори ризику у цих хворих, досліджені особливості перебігу пневмонії в різних вікових групах, встановлені прогностичні чинники неефективності емпіричної антибактеріальної терапії.

Ключові слова: пневмонія, фактори ризику, клінічний перебіг, вік хворих, терапія.

*O.S. Bilchenko, T.S. Ospanova, V.O. Klapouh,
K.O. Krasovskaya, O.V. Veremeenko, A.A. Bilchenko*
**RISK FACTORS OF PATIENTS
WITH SEVERE PNEUMONIA**

The problems of severe pneumonia have been discussed, the assumed risk factors of patients with severe pneumonia have been studied, the peculiarities of pneumonia course in different age groups have been investigated, predictors of empirical antibacterial therapy inefficiency have been established.

Key words: pneumonia, risk factors, clinical course, patients' age, patients' social status.

Поступила 20.11.2012 г.

УДК 616-002.5-06: [616.98:578.828]-036.88:343.819

Л.А. Масюк

Харьковская медицинская академия последипломного образования

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЛЕТАЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Показано, что нынешняя эпидемическая ситуация в пенитенциарной системе неблагоприятная. Возросло число умерших, причиной смерти которых стало прогрессирующее течение СПИДа и туберкулёза на фоне сопутствующих заболеваний. Большинство случаев летальных исходов констатировано у пациентов трудоспособного возраста, что характеризует эту проблему как социально и экономически значимую и актуальную. Высокий коэффициент летальности и смертности требует повышения эффективности лечебно-диагностического процесса на всех этапах пребывания пациентов в местах лишения свободы.

Ключевые слова: туберкулёз, СПИД, пенитенциарная система.

Туберкулёз и ВИЧ/СПИД являются двумя важными причинами заболеваемости и смертности во всём мире [1, 2]. Распространённость этих болезней в учреждениях пенитенциарной системы в десятки раз выше, чем в гражданском секторе [3–7]. Согласно статистическим данным Государственной пенитенциарной службы Украины, за период 2010 – 2011 гг. в её учрежде-

ниях умерло 1977 пациентов, из них 105 – от прогрессирования туберкулёза, 388 – от СПИДа (в том числе 216 – от ВИЧ-ассоциированного туберкулёза). Уровень смертности от туберкулёза в пенитенциарном секторе в 2011 г. составил 68,2 на 100 тыс. населения (аналогичный показатель среди гражданского населения – 15,2 на 100 тыс. населения [8]). Показатель ле-