

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-

тальности от туберкулёза в туберкулёзных больницах пенитенциарной системы в 2011 г. увеличился на 42% по сравнению с 2010 г. и составил 4,7 на 100 убывших (в 2010 г. – 3,3). На динамику показателя смертности в пенитенциарном секторе, помимо структуры клинических форм туберкулёза и лечения, значительное влияние оказывают проведение амнистии и освобождение больных с тяжёлыми формами заболевания от дальнейшего отбывания наказания [9].

Целью исследования было провести анализ летальности заключённых специализированной туберкулёзной больницы (СТБ) пенитенциарной системы Харьковской области за 2008 – 2011 гг.

Материал и методы. В период 2008 – 2011 гг. в СТБ на стационарном лечении по поводу туберкулёза находилось 3054 лиц, отбывающих наказание в исправительном учреждении среднего уровня безопасности. За этот период 2537 человек были сняты с учёта по разным причинам (окончание срока отбывания наказания, условно-досрочное освобождение, перевод в другое учреждение пенитенциарной системы, освобождение от дальнейшего отбывания наказания по состоянию здоровья и пр.), из них 81 осуждённый (3,1%) умер (табл. 1).

ВИЧ-инфекцией, составляет 61,8%, от прогрессирования туберкулёза – 27,1%, от других заболеваний – 11,1%.

В табл. 3 указаны все болезни, которые были диагностированы у пациентов, а не только те, которые привели к смерти. Данные таблицы свидетельствуют, что среди зарегистрированных болезней у умерших от туберкулёза преобладали анемия (71,6%), заболевания гепатобилиарной системы (64,1%), кожи и её придатков (60,4%), ЦНС (55,5%), кахексия (55,5%), СПИД (61,7%).

Среди пациентов СТБ, снятых с учёта в течение 2008 – 2011 гг., преобладали окончившие курс противотуберкулёзного лечения и выписанные в связи с выздоровлением в исправительные учреждения соответствующего уровня безопасности (табл. 1).

В течение 2008 – 2010 гг. число умерших в СТБ существенно не менялось, а в 2011 г. оно возросло в 1,7 раза против 2010 г. При этом летальность в 2011 г. снизилась и составила 1,6% против 2,6% в 2008 г. и 2,2% в 2009 г. Снижение летальности было обусловлено увеличением общего количества лиц, снятых с учёта. Следует отметить, что в 2011 г. резко возросло количество убывших из СТБ по решению суда, а количество осуждённых, освобождённых

Таблица 1. Распределение лиц, убывших из исправительных учреждений в 2008 – 2011 гг.

Причина убытия	Число убывших по годам			
	2008	2009	2010	2011
Конец срока	115	73	79	64
Смерть	16	17	18	30
Условно-досрочное освобождение	182	139	128	118
Освобождение				
по состоянию здоровья	28	73	45	36
по выздоровлению	227	282	246	229
Возврат в следственный изолятор	18	12	13	5
Перевод в соматическую больницу	3	10	14	8
Возврат в исправительную колонию (без туберкулёза)	13	18	55	27
Амнистия	0	10	0	26
Помилование	0	0	1	0
По требованию суда	2	1	8	148

Были проанализированы истории болезни 81 пациента, умерших в СТБ в 2008–2011 гг. Полученные данные статистически обработали. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Данные о структуре летальности пациентов СТБ представлены в табл. 2. Из таблицы следует, что из общего количества случаев смерти пациентов за исследуемый период летальность от болезней, обусловленных

от дальнейшего отбывания наказания по состоянию здоровья, по сравнению с 2009 г. сократилось вдвое (36 и 73 человека соответственно). Вызывают тревогу случаи смерти больных от туберкулёза и СПИДа в короткие сроки после поступления из учреждений исполнения наказания и следственных изоляторов. Из числа умерших 30% пациентов прибыли в СТБ в тяжёлом состоянии и находились в ней до 10 дней, 15% – до 20 дней, и только 18,5% – свыше одно-

Таблиця 2. Структура летальності пацієнтів в СТБ за 2008 – 2011 гг.

Причина смерті по МКБ-10	2008		2009		2010		2011		Ітого	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
А 15.0 – А 19.0	4	25	1	5,8	6	33,3	11	36,6	22	27,1
В 20.0	10	62,5	14	82,4	9	50	17	56,7	50	61,8
Другие	2	12,5	2	11,8	3	16,7	2	6,7	9	11,1

Таблиця 3. Заболеваемость пацієнтів, умерших от туберкулеза, в СТБ за 2008 – 2011 гг.

Нозология	2008		2009		2010		2011		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Анемия	14	87,5	13	76,4	12	66,6	19	63,3	58	71,6
Болезни гепатобилиарной системы	7	43,7	10	58,8	13	72	22	73,3	52	64,1
Болезни пищеварительного тракта	2	58,8			6	33,3	3	10	11	13,5
Болезни дыхательной системы (не включая туберкулёз)	3	18,7	2	11,7	1	5,5	Нет данных	Нет данных	6	7,4
Болезни кожи и ее придатков	5	31,2	14	82,3	10	55,5	20	66,6	49	60,4
Болезни ЛОР-органов	1	6,25			1	5,5	3	10	5	6,1
Болезни мочевыделительной системы	1	6,25	3	17,6	1	5,5	2	6,6	7	8,6
Болезни сердечно-сосудистой системы	2	58,8	4	23,5	6	33,3	6	20	18	22,2
Болезни ЦНС	13	81,2	10	58,8	8	44,4	14	46,6	45	55,5
Заболевания глаз	1	6,25			2	11	2	6,6	5	6,1
Заболевания полости рта	2	58,8	1	5,8	3	16,6	6	20	12	14,8
Злокачественные опухоли					1	5,5			1	1,2
Кахексия	12	75	10	58,8	11	61,1	12	40	45	55,5
Психические заболевания	3	18,7	5	29,4	1	5,5	3	10	12	14,8
СПИД	10	62,5	14	82,3	9	50	17	56,6	50	61,7
Туберкулёз	16	100	17	100	18	100	30	100	81	100

го года. Процедура подготовки документов в суд для освобождения пациента от дальнейшего отбывания наказания по состоянию здоровья, условия и сроки рассмотрения документов в суде и процедура вступления решения суда в законную силу длятся слишком долго. Так, 55% пациентов, чьи дела были рассмотрены специальной медицинской комиссией СТБ, которая приняла решение о подаче документов в суд, умерли в учреждении до вступления решения суда

в законную силу. Освобождение заключённых от дальнейшего отбывания наказания по состоянию здоровья происходит на конечной стадии СПИДа и туберкулёза: в тяжёлом состоянии пациента, с выраженными симптомами интоксикации, лёгочно-сердечной недостаточности III степени, при неблагоприятном течении болезни, с наличием бронхогенной диссеминации в лёгких с постоянным выделением с мокротой микобактерий туберкулёза, лёгочными кровото-

Таблиця 3. Заболеваемость пациентов, умерших от туберкулеза, в СТБ за 2008 – 2011 гг.

Нозология	2008		2009		2010		2011		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Анемия	14	87,5	13	76,4	12	66,6	19	63,3	58	71,6
Болезни гепато- билиарной системы	7	43,7	10	58,8	13	72	22	73,3	52	64,1
Болезни пище- варительного тракта	2	58,8			6	33,3	3	10	11	13,5
Болезни дыхательной системы (не включая туберкулёз)	3	18,7	2	11,7	1	5,5	Нет дан- ных	Нет дан- ных	6	7,4
Болезни кожи и ее придатков	5	31,2	14	82,3	10	55,5	20	66,6	49	60,4
Болезни ЛОР- органов	1	6,25			1	5,5	3	10	5	6,1
Болезни моче- выделитель- ной системы	1	6,25	3	17,6	1	5,5	2	6,6	7	8,6
Болезни сердеч- но-сосудистой системы	2	58,8	4	23,5	6	33,3	6	20	18	22,2
Болезни ЦНС	13	81,2	10	58,8	8	44,4	14	46,6	45	55,5
Заболевания глаз	1	6,25			2	11	2	6,6	5	6,1
Заболевания по- лости рта	2	58,8	1	5,8	3	16,6	6	20	12	14,8
Злокачественные опухоли					1	5,5			1	1,2
Кахексия	12	75	10	58,8	11	61,1	12	40	45	55,5
Психические за- болевания	3	18,7	5	29,4	1	5,5	3	10	12	14,8
СПИД	10	62,5	14	82,3	9	50	17	56,6	50	61,7
Туберкулёз	16	100	17	100	18	100	30	100	81	100

течениями и кровохарканием на фоне антибиотикотерапии [10]. За период 2008 – 2011 гг. в СТБ на стационарном лечении находилось 304 больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом, 171 – с мультирезистентным туберкулёзом. В ходе анализа распространённости некоторых групп заболеваний среди пациентов СТБ обнаружен довольно низкий уровень летальности, несмотря на тяжесть заболеваний.

Возрастной состав умерших пациентов приведен в табл. 4. Из таблицы видно, что большинство умерших – трудоспособного возраста (98,8%). В возрастной группе 25–44 лет констатировано 70,4% случаев смерти. Средний возраст умерших составлял 37 лет.

Таким образом, нынешняя эпидемическая ситуация в пенитенциарной системе является

неблагоприятной, о чём свидетельствует текущий показатель смертности от туберкулёза, который в 4,4 раза превышает аналогичный показатель среди гражданского населения в целом и уровень летальности, который возрос на 42% по сравнению с 2010 г. С каждым годом возрастает общее число умерших. Причиной смерти пациентов является осложнённое прогрессирующее течение туберкулёза и СПИДа на фоне сопутствующих заболеваний. Необходимо улучшать диагностическую базу, повышать уровень квалификации медицинского персонала по вопросам туберкулёза и СПИДа на всех этапах пребывания пациентов в местах лишения свободы для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса.

Таблиця 4. Возрастной состав пациентов, умерших в СТБ, за период 2008 – 2011 гг.

Возраст	2008	2009	2010	2011	Итого	
					абс. ч.	%
18–24	0	2	1	0	3	3,7
25–34	4	10	7	10	31	38,3
35–44	8	3	5	10	26	32,1
45–54	4	1	2	6	13	16
54–60	0	1	2	4	7	8,7
61 и старше	0	0	1	0	1	1,2
Итого	16	17	18	30	81	100

Выводы

1. Большинство случаев летальных исходов отмечено у пациентов трудоспособного возраста (25–44 лет), что есть общей тенденцией и характеризует эту проблему как социально и экономически значимую и актуальную.

2. То, что большая часть пациентов прибывала в СТБ в тяжёлом состоянии и умирала в течение первых 20 дней с момента поступления в учреждение, свидетельствует о несвоевременной диагностике и недостаточном объёме проведения профилактических мероприятий при диспансеризации.

3. Полученные результаты должны послужить толчком для определения дальнейшей тактики ведения больных и прогнозирования течения туберкулёза, ВИЧ-инфекции и СПИДа в учреждениях пенитенциарной системы.

Список литературы

1. Joint United Nations Programme on HIV / AIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV / AIDS, 2010.
2. World Health Organization. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M / XDR-TB). 2010 Global Report on Surveillance and Response. Geneva, World Health Organization, 2010.
3. Джатдоева Ф.А. Профилактика туберкулеза среди мигрантов / Ф.А. Джатдоева // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 1. – С. 32–36.
4. Владимиров К.Б. Особенности клиники и диагностики туберкулезного поражения плевры в пенитенциарных учреждениях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 22 с.
5. Кононец А.С. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы / А.С. Кононец // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 12. – С. 60–62.
6. Скачкова Е.И. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни / Е.И. Скачкова, М.Г. Шестаков, С.Ю. Темирджанова // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – № 7. – С. 4–8.
7. Русских О.Е. Особенности туберкулеза органов дыхания у больных, освобожденных из мест лишения свободы в Удмуртской республике / О.Е. Русских // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 2. – С. 9–12.
8. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2001–2011 роки / МОЗ України; під ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2012. – 98 с.
9. Эпидемическая ситуация с туберкулезом в пенитенциарной системе Пермского края / И.М. Пеленева, Е.А. Цгоева, С.А. Степенев [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 8. – С. 18–22.
10. Про затвердження нормативно-правових актів з питань медико-санітарного забезпечення осіб, які утримуються в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Державного департаменту України з питань виконання покарань : наказ ДДУ ПВП та МОЗ України. – К., 18.01.2000. – № 3/6.

Л. А. Масюк

РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ЛЕТАЛЬНОСТІ В УМОВАХ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ

Показано, що нинішня епідемічна ситуація в пенітенціарній системі несприятлива. Зростає кількість померлих, причиною смерті яких став прогресуючий перебіг СНІДу і туберкульозу на тлі супутніх захворювань. Більшість летальних випадків констатована у пацієнтів працездатного віку, що характеризує цю проблему як соціально та економічно значущу й актуальну. Високий коефіцієнт летальності і смертності вимагає підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах перебування пацієнтів у місцях позбавлення волі.

Ключові слова: туберкульоз, СНІД, пенітенціарна система.

L.A. Masyuk

MONITORING RESULTS OF MORTALITY RATE IN PRISON SYSTEM

It is showed that the current epidemic situation in the prison system is unfavorable. The number of deaths has increased due to the progressive course of AIDS and tuberculosis co-infected with other diseases. Most cases of mortality were recorded in patients of working age which characterizes the problem as socially and economically meaningful and relevant. High rates of mortality and death indicated necessity to improve all stages of diagnosis and treatment in prison system.

Key words: tuberculosis, AIDS, prison system.

Поступила 12.06.12

УДК 616.831.9-002-002.5(477)

О.В. Корж, Т.В. Глушова, Є.Є. Садовник, Т.В. Джеджеїа
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ІМУНОСУПРЕСІЇ

У 79,5% ВІЛ-інфікованих пацієнтів туберкульозний менінгоенцефаліт виникав при зниженні вмісту CD4⁺ лімфоцитів нижче 200 в 1 мкл. У таких випадках захворювання характеризувалося більш вираженою анемією, лейкопенією, еозинопенією та лімфопенією, склад ліквору відмічався більш значним зниженням рівня глюкози та кількості клітинних елементів, летальність досягала 80,0%. У м'яких мозкових оболонках визначалися тромбоваскуліти, фібринозно-гнійні накладення та туберкульозні гранульоми з превалюванням зон центрально-розташованого казеозного некрозу, що свідчило про переважання ексудативного компонента запалення.

Ключові слова: туберкульоз, менінгоенцефаліт, ексудативний компонент запалення.

Прогресуючий перебіг туберкульозу на фоні спричиненої ВІЛ-імуносупресії часто супроводжується генералізацією туберкульозної інфекції в організмі і розвитком позалегенового туберкульозу, найтяжчим проявом якого є туберкульозний менінгоенцефаліт [1–3]. На сьогодні існує небагато повідомлень про особливості клініко-лабораторної картини туберкульозного менінгоенцефаліту на фоні ВІЛ-інфікування. В роботі [4] показано, що клінічна картина захворювання не залежить від ВІЛ-статусу і у більшості хворих починається з лихоманки, порушення свідомості, головного болю. В роботі [5] виявлено, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів частіше, ніж у ВІЛ-негативних, виникають розлади свідомості й порушення когнітивних функцій, морфологічною основою яких можуть бути це-

ребральні інфаркти. В лікворі ВІЛ-інфікованих хворих визначається більша кількість лімфоцитів, підвищення вмісту білка та зниження рівня глюкози, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів, але в деяких випадках склад спинномозкової рідини знаходиться в нормі [6, 7]. Існують протилежні дані, які вказують на різке зниження в лікворі ВІЛ-інфікованих хворих кількості клітинних елементів, аж до повної їх відсутності, нижчий рівень білка та однаковий вміст глюкози [4, 8]. В нечисленних морфологічних дослідженнях робиться висновок про втрату на фоні ВІЛ-інфекції здатності організму до формування специфічних продуктивних реакцій, тому під час гістологічного дослідження мозкових оболонок у ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульозний менінгоенцефаліт відсутні туберкульозні