

шей степени представлены генотипы *LAM* (14%) и *Ural* (5,8%). Из всех штаммов, принадлежащих к генотипу *Beijing*, 35% составил кластер B0/W148. Доля образцов, относившихся к *Beijing*-генотипу и имевшая МЛУ/ШЛУ-фенотип, составила 73,5%. Также все образцы (100%) в исследуемой выборке, идентифицированные как B0/W148-генотип, имели МЛУ и ШЛУ, что подтверждает клиническую значимость выявления данного семейства. Для остальных генотипов подобные закономерности не выявлены.

Заключение. Разработанный метод и набор реагентов «ТБ-ТЕСТ» на его основе в короткие сроки позволяют проводить комплексный анализ генома возбудителя туберкулеза, выявляя детерминанты МЛУ и ШЛУ и устанавливая эндемичные для РФ и клинически значимые генотипы возбудителя туберкулеза. Примененный формат «один образец – одна пробирка – один биочип» является оптимальным для одновременного многопараметрического анализа десятков и сотен образцов клинического материала.

Таблица

Диагностические характеристики набора «ТБ-тест», полученные по результатам анализа коллекции СПб НИИФ (суммарное число штаммов в исследовании составило 222)

Противотуберкулезный препарат	Чувствительность, %	Специфичность, %
Рифампицин	97	97
Изониазид	97	92
Фторхинолоны	86 (<i>gyrA</i> , <i>gyrB</i>) 80 (<i>gyrA</i>)	94 (<i>gyrA</i> , <i>gyrB</i>) 94 (<i>gyrA</i>)
Канамицин, капреомицин, амикацин	93	95
	82	90
	82	90
Этамбутол	88	60

ДИАГНОСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

ЛАВРОВ В. Н.

DIAGNOSTICS AND EFFICIENCY OF SURGERY TREATMENT OF TUBERCULOUS AND NON-SPECIFIC SPONDYLITIS IN THE ELDER PATIENTS

LAVROV V. N.

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Лечение туберкулезных и неспецифических спондилитов у больных старших возрастных групп до настоящего времени актуально, так как заболевание в 75-85% случаев сопровождается сопутствующими заболеваниями, часто ограничивающими возможности проведения оперативного лечения.

Цель: повышение эффективности диагностики и качества хирургического лечения туберкулезного и неспецифического спондилита у больных старших возрастных групп.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 224 больных, оперированных по поводу спондилита

с 1994 по 2011 г. Возраст – от 55 до 72 лет, мужчины преобладали – 139 (57,0%), женщины – 105 (43,0%) человек. Из них туберкулезная этиология спондилита – у 159 (65,2%) пациентов, неспецифическая – у 85 (34,8%). Срок установления диагноза от начала заболевания составил от 3 до 8 мес. Неврологическая симптоматика выявлена у 83 (37,0%) пациентов, параличи и парезы – у 32 (14,3%).

После клинического и лучевых методов обследования (рентгенография, КТ, МРТ) деструкция тел позвонков установлена: ограниченная контактная деструкция – у 49 (20,1%), очаговая с разрушением

до $1/2$ тел позвонков – у 122 (54,5%), распространенная форма с разрушением 2 позвонков и более – у 53 (23,7%) больных.

Проведенная предоперационная антибактериальная терапия позволила всем больным провести оперативное лечение. При ограниченном процессе у 28 (11,5%) пациентов применена закрытая задняя внеочаговая аппаратная фиксация поврежденных сегментов позвоночника. Резекция пораженных тел позвонков с замещением дефекта аутоотрансплантатом в сочетании с задней внеочаговой фиксацией выполнена в 196 (87,5%) наблюдений. Противотуберкулезная терапия в послеоперационном периоде проведена в течение 6-8 мес. 3-4 препаратами.

Исходы оперативного лечения отмечены через 6 мес.: хорошие – у 91 пациента, удовлетворительные – у 112. Рентгенологически констатировались четкие признаки формирования костного сращения пораженных тел позвонков. Разработанные методики оперативного лечения спондилитов у больных старших возрастных групп позволили начать раннюю активизацию пациентов, улучшить формирование костной мозоли и в ранние сроки восстановить опороспособность позвоночника.

Заключение. Разработанные методики оперативного лечения спондилитов позволяют с хорошим и удовлетворительным результатом оперировать больных старших возрастных групп, в ранние сроки восстанавливая опороспособность позвоночника.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТАХ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОГО И СУБАКСИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ЛАВРОВ В. Н.¹, КИСЕЛЕВ А. М.²

SPECIFICS OF SURGERY TACTICS FOR TUBERCULOUS AND NON-SPECIFIC SPONDYLITIS OF ATLANTOCCIPITAL AND SUBOCCIPITAL PARTS OF THE VERTEBRAL COLUMN

LAVROV V. N.¹, KISELEV A. M.²

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

²ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, г. Москва

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

²M. F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, RF

В структуре туберкулезных и неспецифических воспалительных процессов шейного отдела позвоночника остеомиелиты составляют: атлантаксиальной области (C₀-C₂) – 10-15%, субаксиальной (C₃-C₇) – 85-90%. Особенности хирургии атлантаксиальной и субаксиальной областей шейного отдела позвоночника обусловлены различием их анатомического строения и патобиомеханики при воспалительных процессах.

Цель: разработка диагностических критериев остеомиелитов атлантаксиальной и субаксиальной областей шейного отдела позвоночника и стандартов хирургического лечения с учетом их анатомобиомеханических особенностей.

Материалы и методы. Наблюдали 35 случаев остеомиелита атлантаксиальной и 71 случай субаксиальной локализации. Из них 55 больных были с туберкулезным, 42 – с неспецифическим и 9 – с асептическим воспалительными процессами, их возраст колебался от 25 до 58 лет. Морфологические и биомеханические нарушения атлан-

тоаксиальной зоны оценивали по разработанной трехстолбовой классификации воспалительных поражений краниовертебрального перехода (Лавров В. Н., Киселев А. М., 2004). Оценку общего состояния больных производили по шкале Карновского. Оценку неврологических нарушений – по классификации ASIA/IMSOP. У большинства больных с атлантаксиальным остеомиелитом выявлена атлантаксиальная дислокация с компрессией спинного мозга и неврологической симптоматикой различной степени выраженности. Так, при поражении переднего опорного столба (13 больных – 38,5%) с вовлечением в процесс зубовидного отростка, тела аксиса, передней дуги атланта, апикальной и крыловидных связок выполняли хирургическое формирование заднего столба – окципитоспондилодез титановым проводом с метилметакрилатом. При поражении переднего и среднего столба (22 больных – 62,5%), включающего поперечную связку и задние отделы зуба C₂-позвонка, формировали два столба путем