

выполнения вначале окципитоспондилодеза, затем проводили переднюю декомпрессию-стабилизирующую операцию трансфарингеальным доступом и краниоаксиальный или атлантаксиальный спондилодез.

У больных с субаксиальным остеомиелитом преобладала кифотическая деформация шейного отдела с передней компрессией спинного мозга. Биомеханические нарушения этой зоны оценивали по модифицированной классификации Denis F., 1985. Оперативное лечение данных больных заключалось в абсцессотомии, резекции зоны деструкции, декомпрессии спинного мозга, устранении кифотической деформации. Стабилизация области повреждения и восстановление анатомической высоты тел позвонков проводили передним корпородезом аутооттрансплантатом (41 больной – 57,7%), биосов-

местимым имплантатом (18 больных – 25,4%) и в 12 (16,9%) случаях с использованием задней фиксации позвоночника аппаратом Бызова – Лаврова в сочетании с передним корпородезом аутооттрансплантатом.

Результаты. Прослеживали в сроки от года до десяти лет. В 85-90% случаев в обеих группах получен хороший результат с регрессией неврологической симптоматики и формированием костного блока в области спондилодеза.

Заключение. Хирургическое лечение остеомиелитов шейного отдела позвоночника проводится с учетом различий патобиомеханики атлантаксиальной и субаксиальной областей и должно быть направлено на коррекцию возникших, соответственно, атлантаксиальных и кифотических деформаций.

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛИТОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ЛАВРОВ В. Н.¹, КИСЕЛЕВ А. М.²

DIAGNOSTICS AND SURGERY TREATMENT OF CERVICAL SPINAL SPONDYLITIS

LAVROV V. N.¹, KISELEV A. M.²

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза» ФАНО, г. Москва

²МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, г. Москва

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

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

Неспецифические спондилиты шейного отдела позвоночника встречаются довольно часто. Сходство симптомов начального периода заболевания усложняет диагностику, а общепринятое рентгенологическое обследование не позволяет выявлять начальные изменения в позвоночнике. Диагностические ошибки составляют от 16 до 75% случаев, что приводит к увеличению количества запущенных и осложненных случаев с грубой неврологической симптоматикой.

Цель: повышение эффективности диагностики и оперативного лечения спондилитов шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 71 человек в возрасте от 20 до 69 лет с неспецифическим спондилитом шейного отдела позвоночника. Локализация процесса практически с одинаковой частотой и периодичностью отмечалась во всех шейных позвонках. Превентивные абсцессы диагностированы в 18 (25,4%) случаях.

Клиническая симптоматика заболевания разнообразна – от бессимптомного течения до проявлений радикулита (42 наблюдения – 54,2%), боли в шейном отделе позвоночника, подъема температуры тела в пределах 37,2 до 39,8°C. У всех больных отмечалась шейная лимфаденопатия. Неврологическая симптоматика при спондилитах шейного отдела спинного мозга и сосудистых нарушений – в виде вертебрально-базилярной недостаточности.

Анализ сроков установления диагноза показал, что в 21,1% (15 случаев) диагноз был поставлен в течение 1,5-2,0 мес., а в остальных – от 3 до 13 мес. Причиной этого является отсутствие диагностической настороженности врачей общей лечебной сети, где основным методом такой диагностики – рентгенологический, а первые признаки заболевания на рентгенограмме появляются спустя 4-5 нед. от начала заболевания. Именно этот фактор является ведущим в развитии осложненных и инвалидизирующих форм спондилитов шейного отдела позвоночника.

Результаты. Уточняющую диагностику осуществляли методами КТ и МРТ, что позволяло визуализировать даже незначительные зоны деструкции и мелкие секвестры, не говоря уже о вовлечении в процесс пре- и паравертебральных мягких тканей или отек костного мозга и дисков в зоне пораженных позвонков.

При осложнении неспецифического спондилита превертебральным абсцессом в 22 (30,9%) наблюдениях оперативное лечение заключалось в абсцессотомии, экономной резекции зоны деструкции, декомпрессии спинного мозга и ревизии твердой мозговой оболочки, устранении имеющейся кифотической деформации.

В 41 (57,7%) случае заполнение дефекта тел позвонков проведено аутоотрансплантатом, у 18 (25,4%) больных – биосовместимым имплантатом с нанесенным на его поверхность гентамицином. В 12 (16,9%) случаях выполнена операция по разработанной нами

методике – задней фиксации оперированной зоны позвоночника в сочетании с передним спондилодезом (авт. свид. № 1806 675 от 10.10.92 г.).

В послеоперационном периоде фиксацию шейного отдела позвоночника осуществляли жестким воротником. Активизацию больных в послеоперационном периоде начинали со 2-5-го дня. Это стимулирует репаративные процессы в зоне костной пластики и способствует образованию костного блока в зоне резекции тел позвонков в течение 3-6 мес. Получены хорошие и удовлетворительные результаты лечения у 96,7% больных.

Заключение. Разработанная тактика оперативного лечения неспецифических спондилитов шейного отдела позвоночника обеспечивает атравматическое удаление зоны некроза, дает возможность осуществить декомпрессию спинного мозга на любом уровне шейного отдела позвоночника и надежно стабилизировать зону деструкции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕДАКВИЛИНА В ТЮМЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

ЛЕШОК С. Н.¹, БЕРДЮГИН А. В.¹, КОЗЛОВ Н. В.¹, ТЮЛКОВА Т. Е.²

EXPERIENCE OF USING BEDAQUILINE IN TYUMEN REGIONAL TB DISPENSARY

LESHOK S. N.¹, BERDYUGIN A. V.¹, KOZLOV N. V.¹, TYULKOVA T. E.²

¹ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень,

²ГБОУ ВПО «ТюмГМУ» МЗ РФ, г. Тюмень

¹Regional TB Dispensary, Tyumen, RF

²Tyumen State Medical University, Tyumen, RF

Цель: изучить эффективность применения бедаквилина у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя.

Методы исследования. Работа проводилась в ГБУЗ ТО «ОПТД» в 2014 г. в отделении легочного туберкулеза для взрослых с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя (МБТ). Сформированы две группы: 1-ю группу составили пациенты, у которых в комплексную химиотерапию (ХТ) включали противотуберкулезный препарат (ПТП) бедаквилин ($n = 6$), 2-ю – пациенты, у которых бедаквилин не использовали из-за наличия противопоказаний или отсутствия информированного согласия ($n = 15$). Схему лечения в обеих группах назначали по 5-му режиму ХТ согласно лекарственной чувствительности возбудителя и в стандартных дозировках (Cap, Z, Mox, Cs, Pas, {Pt}). В каждой группе сформированы подгруппы в зависимости от давности установления диагноза и длительности приема

ПТП. В подгруппы А включены пациенты с впервые в 2014 г. выявленным туберкулезом легких и с впервые выявленной широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) МБТ к 5-6 ПТП (по 33%), подгруппы Б – болеющие туберкулезом в течение 5 лет с ШЛУ МБТ к 7 ПТП с 2012 г., в подгруппы В – пациенты болели туберкулезом в течение 9 лет (с ШЛУ к 6 ПТП с 2012 г.). Отбор пациентов для лечения по 5-му режиму ХТ с бедаквилином проводили по следующим критериям: согласие пациента на длительное (≥ 2 лет) лечение препаратами 2-го и 3-го рядов; приверженность и мотивированность пациента лечению; лекарственная чувствительность и отсутствие компроментации к 3 ПТП и более по данным теста лекарственной чувствительности.

Бедаквилин включали 6-м препаратом в 5-м режиме ХТ с одновременным назначением 2 ПТП, ранее не применявшихся пациентами, проводили контролируемое лечение.