

лезной этиологии – в 2, казеозная пневмония – в 2 случаях. Это совпало с диагнозом при направлении на хирургическое лечение у 96,2% больных. Расхождение имело место у пациентов с очаговым туберкулезом, которые изначально были оценены как пациенты с туберкулезом. Распространенность туберкулезного процесса в легком, определенная до операции, была меньше выявленной в ходе операции у 29 больных или больше установленной в ходе вмешательства в 7 случаях, что определило изменение объема резекции по сравнению с предполагаемым. В случаях выполнения перед операцией мультиспиральной компьютерной томографии грудной клетки распространенность туберкулезного процесса в легком, определенная до и во время операции, совпадала. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 8 больных (3,4% от всех операций): несостоятельность культи бронха – у 3 пациентов, остаточная полость – у 2 человек, свернувшийся гемоторакс – у 2 человек, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, развившаяся в раннем послеоперационном периоде, – у 1 пациента. После завершения комплексного лечения сняты с диспансерного учета 107 (45,5%) пациентов.

Наблюдается в III группе диспансерного учета 81 (34,5%) пациент. Рецидив туберкулезного процесса развился у 23 (9,8%) больных. Десять (4,3%) пациентов состоят во IIБ группе диспансерного учета. Это больные после торакопластики (2 человека) и пациенты, у которых после хирургического лечения отмечено прогрессирование процесса (8 человек). Выбыли в другие области 6 (2,5%) человек. Всего умерло 8 (3,4%) больных (5 – от осложнений, возникших в послеоперационном периоде, 3 – от причин, не связанных с хирургическим лечением, после завершения стационарного лечения).

Заключение. Анализ результатов клинического наблюдения показывает, что применение оперативных вмешательств позволило повысить эффективность комплексного лечения туберкулеза органов дыхания у 80% (188 человек) пациентов, прошедших хирургическое лечение. Вместе с тем остается доля больных туберкулезом органов дыхания, отказывающихся от операции. Можно предположить, что повышение информированности больных о возможностях и результатах хирургического лечения туберкулеза является одним из факторов снижения числа больных, отказывающихся от операции.

ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФТОРХИНОЛОНОВ В ИХ ЛЕЧЕНИИ

БАГИШЕВА Н. В.¹, МОРДЫК А. В.¹, ИДРИСОВА Э. Р.¹, РАССКАЗОВА Н. Ю.²

THE ISSUES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS BETWEEN THE LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTION AND TUBERCULOSIS AND USE OF FLUOROQUINOLONES FOR THEIR TREATMENT

BAGISHEVA N. V.¹, MORDYK A. V.¹, IDRISOVA E. R.¹, RASSKAZOVA N. YU.²

¹Омский государственный медицинский университет

²БУЗОО «Городская клиническая больница № 11»

¹Omsk State Medical University, Omsk, RF

²Municipal Clinical Hospital, Omsk, RF

Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП) по частоте возникновения занимают одно из первых мест среди инфекционных заболеваний человека. К ним относят пневмонию и обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), которые сопровождаются сходной симптоматикой в виде возникновения или усиления кашля, одышки, появления мокроты, лихорадки. При физикальном исследовании отмечают укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, крепитацию или мелкопузырчатые хрипы. Указанные патологические изменения требуют проведения дифференциальной диагностики с туберкулезом

и после установления диагноза – проведения антибактериальной терапии.

Цель: оценить частоту назначения антибактериальных препаратов различных групп для лечения ИНДП.

Материалы и методы. Исследование имело ретроспективный характер, проведено на базе пульмонологического отделения Городской клинической больницы г. Омска № 11, куда пациентов госпитализируют по скорой и неотложной помощи.

Выполнены выкопировки или выписки из историй болезни, всего проанализировано 1 120 выписок. Из них для анализа были взяты выписки

с диагнозами внебольничной пневмонии (ВП) и обострения ХОБЛ, которым в 100% случаев назначали антибактериальную терапию.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием прикладных программ Microsoft Exel и Biostat.

Результаты. ИНДП послужили причиной госпитализации 74,1% пациентов, из них обострение ХОБЛ – 36,4%, пневмонии – 37,7%. В 14,6% случаев причиной госпитализации была бронхиальная астма, в 0,44% – подозрение на туберкулез, в 2,8% – злокачественные новообразования, в 8% – иная патология (интерстициальные заболевания, декомпенсация ИБС, циррозы).

В качестве эмпирической терапии при ВП и обострении ХОБЛ назначали: аминопенициллины, макролиды, цефалоспорины, фторхинолоны, что соответствует рекомендациям. Выбор препарата осуществляли в зависимости от тяжести состояния пациента. Части пациентов назначали последовательно 2 или 3 антибактериальных препарата.

В качестве стартовой терапии при ВП в 51,5% случаев при госпитализации назначали цефалоспорины I, II, III поколений, в 7,7% – аминопенициллины (хотя в рекомендациях по лечению пневмонии они являются препаратами 1-го выбора), 29,2% – макролиды, 11,6% – фторхинолоны. В последующем 29% пациентов потребовалось назначение второго антибактериального препарата, из них в 11% случаев использовали фторхинолоны, в 18% – макролиды.

При обострении ХОБЛ наблюдается иное соотношение в назначении антибактериальных

препаратов – в 44,5% случаев использовали цефалоспорины, в 26,3% – аминопенициллины, 2,4% – макролиды, 26,8% – фторхинолоны. Макролиды при ХОБЛ практически не применяли (учитывая особенности микрофлоры данных пациентов), а использование фторхинолонов увеличилось до 29,3%, следовательно, их эффективность при обострении ХОБЛ значительно выше, чем других групп антибиотиков. Из них в 26% случаев потребовалось назначение второго антибактериального препарата: 12% – фторхинолоны, 14% – цефалоспорины парентерально.

В процессе лечения 16,8% пациентов, госпитализированных с ВП, нуждались в консультации фтизиатра, из них 11,6% назначали фторхинолоны. При обострении ХОБЛ консультация фтизиатра потребовалась 4,5% больных, фторхинолоны получали 26,8%.

Заключение. Среди госпитализированных в пульмонологическое отделение пациентов 74% – лица с ИНДП, которые нуждаются в антибактериальной терапии. Более 50% пациентов с ИНДП получали в качестве стартовой терапии цефалоспорины и аминопенициллины, вторым курсом 36% – фторхинолоны, при этом вопрос о дифференциальной диагностике с туберкулезом в последующем возникал у 20,9% пациентов. Частое использование фторхинолонов в лечении ИНДП на эндемичных по туберкулезу территориях может привести к задержке в диагностике и лечении туберкулеза, ухудшить эффективность лечения и прогноз как основного, так и сопутствующих заболеваний.

ЛУЧЕВАЯ КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ФОРМИРОВАНИЯ БЛОКА У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ СТАБИЛИЗАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА

БАУЛИНИ А., ГАВРИЛОВ П. В., СОВЕТОВА Н. А., МУШКИН А. Ю.

X-RAY QUANTITATIVE ASSESSMENT OF THE BLOCK FORMATION IN SPONDYLITIS PATIENTS IN CASE OF DIFFERENT OPTIONS FOR THE SPINE STABILIZATION

BAULINI A., GAVRILOV P. V., SOVETOVA N. A., MUSHKINA A. YU.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Цель: разработка количественной системы оценки формирования блока в зоне реконструкции передней колонны позвоночника в динамике при использовании разных технических вариантов переднего спондилодеза.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации и лучевых данных 126 взрослых пациентов с инфекционным спонди-

литом, в том числе 95 (75,4%) – туберкулезным, 31 (24,6%) – неспецифическим, оперированных в ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России в 2010-2013 гг. Для переднего спондилодеза у 40 больных использован только костный трансплантат (группа 1), у 69 – титановая блок-решетка (меш), заполненная аутокостью (группа 2), у 17 – титановая блок-решетка без наполнения (группа