

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

3). Контрольное лучевое обследование (обзорную рентгенограмму и компьютерную томографию (КТ) с мультипланарными реконструкциями) проводили через 1 (126 пациентов), 3 (83 пациента), 6 (70 пациентов) и 12 (42 пациентов) мес. после операции. В связи с отсутствием контрольных исследований у части пациентов проводили регрессивную оценку результатов. Рентгенологическое исследование выполняли на аппарате GEProteus XR/a с системой цифровой рентгенографии AGFACR 30-X, КТ – на мультidetекторном компьютерном томографе Toshiba Aquilion-32. При анализе формирования блока использовали балльную шкалу выраженности блока (табл.), основанную на правильности положения трансплантата/имплантата в межтеловом диастазе, величине диастаза между концами трансплантата/имплантата и ложем опорного позвонка, выраженности перехода костных балок между трансплантатом и ложем опорного позвонка. Проводили отдельную оценку выраженности блока с телом опорного позвонка в верхнем и нижнем концах трансплантата/имплантата. В исследовании не включали пациентов с ВИЧ-инфекцией и повторно оперированных (исключение на сроках контроля). Дизайн исследования – ретроспективно-проспективная когорта за 2010-2013 гг. Класс доказательности III.

Результаты. На первом месяце контроля достоверных различий в выраженности блока между группами в верхнем и нижнем концах трансплантата/имплантата не выявлено ($p_{1,2} = 0,1073$, $p_{1,3} = 0,2537$, $p_{2,3} = 0,6224$). К 3-му мес. формирование

блока между группами достоверно различается как в верхнем ($p_{1,2} = 0,0004$, $p_{1,3} = 0,0065$, $p_{2,3} = 0,0001$), так и в нижнем ($p_{1,2} = 0,0078$, $p_{1,3} = 0,0036$, $p_{2,3} = 0,0001$) опорных позвонках. При этом наиболее выраженный блок наблюдается в группе 2 в сравнении с другими группами. К 6-му мес. различий в формировании блока между группами 1 и 2 не выявлено, а в сравнении с группой 3 отмечался достоверно более выраженный блок как в верхнем ($p_{1,2} = 0,3972$, $p_{1,3} = 0,0179$, $p_{2,3} = 0,0033$), так и в нижнем ($p_{1,2} = 0,1641$, $p_{1,3} = 0,018$, $p_{2,3} = 0,0007$) опорных позвонках. При этом более выраженное блокирование наблюдалось в группе 2. К 12-му мес. достоверных различий в формировании блока между группами не обнаружено как в верхнем ($p_{1,2} = 0,8434$, $p_{1,3} = 0,1053$, $p_{2,3} = 0,2003$), так и в нижнем ($p_{1,2} = 0,7051$, $p_{1,3} = 0,1537$, $p_{2,3} = 0,1085$) опорных позвонках. Истинный блок сформировался только в группах 1 и 2, а блокирование в группе 3 достигалось путем краевых костных разрастаний тел опорных позвонков по типу «скоб».

Заключение. Применение титановой блок-решетки, заполненной аутокостью, в сравнении с другими вариантами спондилодеза обеспечивает более раннее и выраженное формирование блока. Применение изолированной титановой блок-решетки не приводит к формированию истинного костного блока между телами оперированных позвонков. Блок в 4 балла и более считается сформированным. Балльная шкала оценки формирования блока может применяться при любом техническом варианте переднего спондилодеза.

Таблица

Балльная шкала оценки сращения трансплантата/имплантата с ложем опорного позвонка

Баллы	Правильность положения трансплантата/имплантата в зоне блокирования		Плотность соприкосновения с ложем			
	Сохранена	Нарушена («вывих»)	Величина диастаза между костным ложем и трансплантатом/имплантатом		Переход костных балок между трансплантатом и ложем	
			≥ 3 мм	< 3 мм	Размытый, нечеткий контур	Четкие костные балки
1		+				
2	+		+			
3	+			+		
4	+				+	
5	+					+