

Национальная ассоциация фтизиатров

IX КОНГРЕСС
НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ
ФТИЗИАТРОВ

23–24 НОЯБРЯ 2020 года

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Санкт-Петербург
2020

Президент конгресса: д-р мед. наук, проф. **П.К. Яблонский**.

IX конгресс Национальной ассоциации фтизиатров с международным участием (23–24 ноября 2020 года, Санкт-Петербург) : тезисы докладов / под ред. П.К. Яблонского. — СПб.: Медицинский альянс, 2021. — Т. 9, № S 1.

Сборник содержит тезисы докладов участников IX конгресса Национальной ассоциации фтизиатров.

Тема конгресса: «Современные направления развития фтизиатрии: научные разработки, междисциплинарная интеграция, итоги и перспективы».

Тезисы докладов публикуются в авторской редакции.

Внесенные исправления касаются приведения текста к установленной форме.

© Национальная ассоциация фтизиатров, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

- Т.И. Абу Аркуб, Т.В. Ванеева, Б.Г. Барский, М.Н. Решетников,
Д.В. Плоткин, М.В. Синицын*
Использование T-SPOT®.ТВ в диагностике туберкулезного плеврита 6
- А.Л. Акопов, А.И. Романихин, М.Г. Ковалев*
Нелабораторные нагрузочные тесты в оценке послеоперационного
риска у пациентов с сопутствующей хронической обструктивной
болезнью легких 7
- И.А. Баулин, А.Б. Весельский, И.А. Табанакова*
Влияние коллатеральной вентиляции и утолщения плевры
на результаты бронхоблокации при деструктивных формах туберкулеза 9
- Д.Ю. Вансович, С.А. Линник, В.А. Хомутов, М.С. Сердобинцев*
Эффективность применения электростатического поля
в хирургическом лечении остеоартрита коленного сустава 11
- А.А. Вишневский, В.В. Олейник*
Лекарственная устойчивость при туберкулезном спондилите
у пациентов с ВИЧ-инфекцией 13
- А.А. Вишневский, В.В. Олейник*
Ревизионные операции при спондилодисцитах после дискэктомий
в поясничном отделе позвоночника 15
- А.А. Волков, О.Н. Зубань*
Деструктивный нефротуберкулез, осложненный формированием свищей 17
- Д.А. Глухов, А.Ю. Мушкин, В.И. Зорин*
Деструктивные поражения шейного отдела позвоночника
с вовлечением позвоночной артерии: обоснованность
тактических решений. 18
- Г.Г. Голка, В.В. Веснин, А.А. Олейник, Д.А. Истомин, А.С. Делль*
Современный подход к тактике лечения туберкулезного спондилита 19
- Н.А. Грива*
Влияние инфекционных деструкций и бронхоэктазов на качество
оценки эмфиземы легких программными продуктами 21

Г.Г. Голка, В.В. Веснин, А.А. Олейник,
Д.А. Истомина, А.С. Делль

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Актуальность. Удельный вес туберкулезного спондилита (ТС) в структуре костно-суставного туберкулеза достигает 50%. ТС является наиболее тяжелой клинической формой, которая представляет серьезную медико-социальную проблему [1, 2].

Цель: повышение эффективности лечения больных ТС.

Материалы и методы. Клиническим материалом стали протоколы клинико-рентгенологического обследования, анализ лечения 60 пациентов с активным ТС, оперированных на клинических базах кафедры. В основную группу (группа 1) включены пациенты ($n=30$) с ТС грудных и поясничных позвонков, оперированных с применением раздвижного титанового кейджа для вентрального межтелового спондилодеза. Особенностью предоперационной подготовки пациентов данной группы было обязательное проведение бактериологического исследования перед началом лечения с определением чувствительности микобактерии туберкулеза (МБТ) к антибактериальным препаратам (АБП), назначение краткосрочного интенсивного курса специфической антибактериальной терапии с учетом результатов исследования в течение 2–3 нед с последующим проведением оперативного вмешательства. Особенностью оперативного этапа лечения в данной группе пациентов было исполнение после санирующего этапа (декомпрессионная некрэктомия) переднего спондилодеза с помощью телескопического титанового кейджа. В группу сравнения (группа 2) включены пациенты ($n=30$) с ТС грудных и поясничных позвонков с применением традиционных подходов к оперативному лечению ТС — предоперационная подготовка с использованием 3–5 специфических АБП без определения чувствительности в течение 2–3 мес с последующим оперативным вмешательством — декомпрессионной некрэктомией пораженных позвонков передним спондилодезом ауто-трансплантатом, взятым из фрагмента ребра (в случае торакального доступа) или из крыла подвздошной кости при оперативном вмешательстве на поясничном отделе позвоночника. По возрасту, полу, количеству пораженных позвоночно-двигательных сегментов, активности

инфекционного воспалительного процесса пациенты основной группы и группы сравнения практически идентичны, поэтому сравнение результатов лечения пациентов обеих групп в ближайшем (3 мес) и отдаленном (1–2 года) периодах считаем вполне корректным. Принципиальными различиями в лечении пациентов основной и контрольной групп были следующие: 1) обязательное исследование патологического материала из очагов деструкции у пациентов первой группы с определением чувствительности МБТ к АБП; 2) краткосрочный курс интенсивной АБТ в течение 2–3 нед с учетом чувствительности МБТ; 3) при выполнении оперативного вмешательства у пациентов основной группы вместо аутотрансплантата использовали раздвижной телескопический титановый кейдж.

Результаты и обсуждение. Для клинической оценки результатов лечения пациентов обеих групп использовали балльную шкалу, предложенную Э.В. Ульрих, А.Ю. Мушкиным [3]. При этом отличные результаты получены у 14 больных основной группы (54%) и у 8 — контрольной (32%); хорошие — у 71 (24,7%) больного основной группы и у 7 (28%) пациентов контрольной; удовлетворительные — у 4 (15,4%) больных основной группы и у 7 (28%) группы, неудовлетворительные — у 3 (12%) больных контрольной группы, неудовлетворительных результатов у пациентов основной группы не было. Анализ отдаленных результатов свидетельствует о существенно лучших результатах лечения больных основной группы.

Выводы. Предложенная нами методика оперативного лечения ТС с использованием современных достижений вертебрологии (применение телескопических титановых кейджей) после краткосрочной интенсивной АБТ с учетом предварительно проведенной этиологической диагностики является перспективным направлением совершенствования хирургического лечения ТС. Проведенное сравнительное исследование эффективности лечения пациентов основной и контрольной групп по ТС показало, что использование предложенной методики у пациентов основной группы позволило существенно улучшить результаты лечения за счет значительного сокращения этапа подготовки к радикальным операциям, снижения количества осложнений, сокращения сроков стационарного лечения и улучшения качества жизни.

Список литературы

1. Туберкулез в Украине: аналитически-статистический справочник за 2018 г. / ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины». Киев, 2019. 45 с.

2. Яблонский П.К. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 240 с.

3. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб, 2004. 187 с.

Н.А. Грива

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЙ И БРОНХОЭКТАЗОВ НА КАЧЕСТВО ОЦЕНКИ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ ПРОГРАММНЫМИ ПРОДУКТАМИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург

Актуальность. Эмфизема легких является широко распространенной патологией. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяет не только выявить наличие эмфизематозных изменений легочной ткани, но и оценить степень ее поражения с помощью специальных алгоритмов. В настоящее время такие алгоритмы могут быть включены в программное обеспечение рабочих станций компьютерных томографов, а также могут быть независимыми программными продуктами. Существует множество работ, посвященных вопросам программного анализа эмфиземы легких, но при этом не учитывается ее возможное сочетание с деструктивными инфекционными процессами и бронхоэктазами и, как следствие их влияние на результаты оценки.

Цель: оценить влияние деструктивных изменений инфекционной природы и бронхоэктазов на качество оценки эмфиземы легких программами автоматического анализа

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных МСКТ органов грудной клетки 50 пациентов с эмфиземой легких в сочетании с деструктивными изменениями инфекционной природы и бронхоэктазами. Все исследования выполнены на томографе TOSHIBA AQUILION 32 по стандартной программе с толщиной среза 1 мм без внутривенного контрастного усиления. Данные всех пациентов были оценены двумя независимыми рентгенологами. Первично патологические изменения в легких при МСКТ изучали в стандартном «легочном окне» (–1200/–600HU). Далее для более глубокой оценки использовали три различные программы.