

ность стриктуры и определиться в выборе тактики лечения. Эндоскопическая коррекция сужений мочеточника позволяет восстановить проходимость мочеточника у 80% больных, а в ряде случаев установить специфический характер воспаления. Эффективность применяемых методов возрастает в порядке перечисления: баллонная дилатация (73,3%), рассечение «холодным» ножом (77,8%), бужирование со стенти-

рованием мочеточника (82,6%), лазерная эндоуретропиелотомия (100%). Методом выбора эндоскопического лечения стриктур мочеточника можно считать рассечение гольмиевым лазером. К его основным преимуществам относятся малая травматичность, хороший обзор операционного поля, отсутствие неудовлетворительных результатов в отдаленные сроки наблюдения.

## Современные особенности поражения органа зрения у больных СПИДом и туберкулезом

С.Н. Скорняков<sup>1,2</sup>, С.А. Коротких<sup>3</sup>, А.П. Демин<sup>2</sup>,  
Е.В. Сабадаш<sup>1,2</sup>, И.Д. Медвинский<sup>2</sup>, Б.И. Новиков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, кафедра фтизиатрии и пульмонологии;

<sup>2</sup> Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

<sup>3</sup> Уральский государственный медицинский университет, кафедра глазных болезней

**Введение.** Туберкулез и ВИЧ-инфекция — социально значимые и взаимозависимые инфекции. В структуре внелегочных форм туберкулез органа зрения (ТОЗ) находится на 3–4-м месте среди прочих локализаций. Подавляющее большинство больных ТОЗ (97,4%) выявляют по обращаемости. При этом отмечают высокий удельный вес (43,7%) специфических процессов, диагностируемых на поздних стадиях развития. В клинической структуре ТОЗ преобладает поражение сосудистой оболочки в различных ее отделах. С учетом молодого, в большинстве случаев трудоспособного возраста больных впервые выявленным ТОЗ целью лечения заболевания является не только ремиссия воспалительного процесса, но и достижение высоких зрительных функций, трудовой реабилитации пациентов. Особое внимание заслуживает сочетание ТОЗ и СПИДа, поскольку у таких больных может развиваться острый некроз сетчатки, в отличие от изолированного ТОЗ, при котором превалирует вялотекущий процесс. По мере прогрессирования воспалительного процесса наступают сужение артерий, инфильтрация и экссудация вдоль сосудов, окклюзии артерий сетчатки, кровоизлияния. Наличие окклюзивного васкулита сетчатки может приводить к возникновению зон ишемии и развитию неоваскуляризации сетчатки и диска зрительного нерва.

**Цель.** Изучить особенности эпидемиологии поражения органа зрения при ко-инфекции (ВИЧ–туберкулез).

**Материалы и методы.** Обследован 21 пациент клиники УрНИИФ с проявлениями ко-инфекции ВИЧ–

туберкулез по стандартам согласно Приказу МЗ РФ № 106 от 2003 г. Определяли количество CD4-лимфоцитов. Группу сравнения составили 20 больных туберкулезом внелегочной локализации, преимущественно костно-суставным без ВИЧ-инфекции. Оценивали офтальмологические жалобы и статус, наличие симптомов воспалительного и невоспалительного поражения глаз.

**Результаты.** Преобладали лица мужского пола со СПИД 4-В-стадией (CD4<sup>+</sup> от 200 до 400), в половине случаев отмечалось наличие хронического вирусного гепатита С. Среди клинических форм туберкулеза преобладали внелегочные локализации, преимущественно поражение опорно-двигательного аппарата. В 15% случаев диагностирован генерализованный туберкулез с поражением легких и только в одном случае отмечено изолированное поражение легких. Офтальмологических жалоб при этом пациенты не предъявляли, за исключением случаев поражения заднего отрезка глаз (увеиты) (n=3). Офтальмоскопическая картина: у всех пациентов (100%) выявлены признаки конъюнктивальной микроваскулопатии, проявления которой заключались в неравномерности калибра сосудов и наличии микроаневризм. Поражение переднего отрезка глаза — сухой кератоконъюнктивит — наблюдалось в 2 случаях, заднего отрезка в виде гранулематозно-очагового увеита — в 3, нейроофтальмологические осложнения (отек диска зрительного нерва) — в одном. Сравнение клинических проявлений специфического поражения глаз у больных с проявлениями ко-инфекции (основная группа) с группой сравнения (туберкулез костно-суставной системы без проявления ко-инфекции) показало

ло, что у больных основной группы конъюнктивальная микровакулопатия присутствовала во всех случаях ко-инфекции. У больных же изолированным ТКС конъюнктивальная микровакулопатия не была выявлена. Следует также подчеркнуть, что конъюнктивальная микровакулопатия, несомненно, присутствует во всех случаях ко-инфекции, в чем наши данные несколько отличаются от приводимых в литературе (70–80%).

**Выводы.** При ко-инфекции (туберкулез–ВИЧ) поражение органа зрения развивается на фоне различ-

ных клинических форм туберкулеза, но преимущественно внелегочной локализации. У всех пациентов данной группы независимо от степени угнетения иммунитета имеются признаки конъюнктивальной микровакулопатии, протекающей бессимптомно. Утяжеление симптоматики поражения органа зрения, как правило, происходит остро и диагностируется на стадиях, характеризующихся некрозом тканей глаза и, как следствие, значительной потерей зрительных функций.

## Лучевые особенности формирования спондилодеза у пациентов со спондилитом при различных вариантах стабилизации позвоночника

И.А. Баулин, П.В. Гаврилов, Н.А. Советова, А.Ю. Мушкин

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

**Введение.** «Золотым стандартом» лечения спондилитов является хирургическое удаление очага воспаления, восстановление стабильности и опорности позвоночника (D'Aliberti G. E. et al., 2008, 2012). В настоящее время при выполнении переднего спондилодеза широко используют небиологические нерезорбируемые материалы — титановые блок-решетки, углеродные наноструктурные имплантаты, пористый никелид титана, в том числе в сочетании с костными трансплантатами (Базаров А.Ю., 2005; Беляков М.В., 2006; Гусева В.Н. и др., 2014; Grob D. et al., 2005). Имеются сообщения о применении небиологических материалов без костных трансплантатов при воспалительных поражениях, опухлях и травмах позвоночника (Kim S.D. et al., 2011). Особенности формирования костного блока при использовании ауто трансплантатов в условиях воспалительного процесса хорошо изучены на классическом рентгенологическом материале (Советова Н.А., 1967; Лукашевич Т.А., 1970; Фахрутдинова А.Р., 2008). Работы, посвященные формированию спондилодеза при использовании небиологических имплантатов в условиях реконструктивных операций при инфекционном спондилите, практически отсутствуют.

**Цель.** Изучить особенности лучевой картины формирования спондилодеза при различных вариантах передней стабилизации позвоночника у больных спондилитом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ медицинской документации и лучевых данных 126 взрос-

лых больных инфекционным спондилитом, в том числе 95 (75,4%) — туберкулезным, 31 (24,6%) — неспецифическим, оперированных в ФГБУ СПб НИИФ Минздрава России в 2010–2013 годах. Для переднего спондилодеза у 40 больных использован только костный трансплантат (группа 1), у 69 — титановая блок-решетка (меш), заполненная аллокостью (группа 2), у 17 — титановая блок-решетка без наполнения (группа 3). Контрольное лучевое обследование (обзорная рентгенограмма и 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 части пациентов проводилась регрессивная оценка результатов. Рентгенологическое исследование проводили на аппарате GE Proteus XR/a с системой цифровой рентгенографии AGFA CR 30-X, КТ — на мультidetекторном компьютерном томографе Toshiba Aquilion-32. При анализе лучевых данных оценивали площадь контакта и положение имплантата (трансплантата) в межтеловом диастазе, величину деформации позвоночника (угол Cobb), непрерывность костных структур при формировании блока, состояние паравертебральных мягких тканей. В исследование не включались пациенты с ВИЧ-инфекцией. Дизайн исследования — ретроспективно-проспективная когорта за 2010–2013 годы. Класс доказательности III.

**Результаты.** К 12-му месяцу после операции в группе 1 лизис и перелом трансплантата отмечаются соответственно в 5 и 14% наблюдений при отсутствии