

К.М. Зиятдинов, К.Е. Валеев

## К ДИАГНОСТИКЕ РЕДКО ВЫЯВЛЯЕМЫХ СПОНДИЛИТОВ

Научно-исследовательский институт Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия», г. Казань, ГУЗ РПТД филиал «Казанская туберкулезная больница»

До настоящего времени установление диагноза туберкулезного спондилита (ТС) занимает длительный срок. Важная роль в выявлении деструктивного процесса в позвоночнике лежит на рентгенологах районного звена. Именно они обязаны помочь врачам общего профиля в локализации костного деструктивного процесса — онкологического, воспалительного или дегенеративного происхождения.

Целью нашей работы было стремление показать, что редко выявляемые прежде заболевания позвоночника в связи с новыми технологическими возможностями и совершенствованием организационных мероприятий стали реально доступными для верификации диагноза и на поликлиническом уровне.

С использованием клинического анализа, комплекса диагностических методов — рентгенографических, магнитно-резонансной и рентгеновской компьютерной томографии (МРТ и РКТ), скинтиграфии — были обследованы пациенты костного кабинета по обращаемости из районов Республики Татарстан. За три месяца наблюдения мы выявили трех больных с однотипной локализацией деструктивного процесса, а именно в нижних суставных отростках V поясничного позвонка и смежного с ним верхнего суставного отростка I крестцового позвонка. Данная локализация остеомиелита ранее практически не диагностировалась, а клинические проявления этого процесса трактовались как гинекологические, урологические, неврологические заболевания.

Последовательное применение КТ и МРТ позволило нам выявить остеомиелит позвоночника. Клинические проявления заболеваний в виде выраженной локальной болезненности с воспалительными изменениями в картине крови, высокой температурой, в совпадении по времени с перенесенным и нерационально пролеченным воспалительным

процессом любой другой локализации требуют целенаправленного исследования с помощью КТ, МРТ, скинтиграфии.

Приводим клинический пример.

Больная Т. 59 лет заболела остро (помнит день заболевания) после переохлаждения. Появились боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую нижнюю конечность. Температура тела поднялась до 38-39° и держалась до 10 дней. Обратилась к терапевту и получала лечение от пиелонефрита (?). Анализы крови показали СОЭ до 60 мм/ч, лейкоцитов до  $12,9 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитарный сдвиг влево, С-РБ. На 12-й день заболевания сделана рентгенография позвоночника: патологии не обнаружено. На 14-й день заболевания проведена РКТ: выявлена контактная деструкция суставных отростков смежных позвонков L5-S1 справа. Сочетание острой воспалительной клинической картины с КТ признаками деструктивного процесса позволило верифицировать неспецифический остеомиелит (рис. 1).



Рис.1. КТ больной Т. 59 лет: определяется контактная деструкция нижнего суставного отростка V поясничного и смежного с ним верхнего суставного отростка I крестцового позвонка справа. Суставные поверхности разрушены, контуры их неровные, нечеткие. Эффект расширения полости сустава. Умеренно сужена суставная щель смежных суставных отростков L5-S1.

Целенаправленный поиск заболевания позвоночника с учетом зон дисфункции при наличии жалоб в области позвоночника, сопутствующего воспалительного заболевания в

других органах позволяют выявлять то, что прежде редко обнаруживалось.

Приводим другой пример использования современных лучевых методов в идентификации диагноза.

Больная П. 55 лет (длительное время лечилась у врача-невропатолога с диагнозом остеохондроза поясничного отдела, грыжи диска Th11-Th12). Поступила в хирургическое отделение с диагнозом острого тромбоза правой голени. В хирургическом стационаре появились локальные боли в поясничном отделе позвоночника. На рентгенограммах грудно-поясничного отдела обнаружены признаки деформирующего спондилохондроза, снижение высоты межпозвонкового диска Th11-Th12. Через один месяц от начала болезни из-за сохранявшегося болевого синдрома и клинического несоответствия болевых точек у больной и зоны грыжи диска (выстояние остистого отростка Th11) была сделана МРТ: патологическое изменение структуры тела L2-позвонка (рис. 2, 3).

Сопоставление клинической симптоматики, включавшей болевой синдром на уровне L2 на фоне тромбоза голени, отсутствие рентгенологических изменений и наличие патологического изменения структуры тела L2 позвонка на МРТ, а также полная нормализация МРТ-картины после излечения основного заболевания позволили предположить начальную стадию остеомиелитического процесса во II поясничном позвонке.



Рис. 2 и 3. МРТ больной П. 55 лет: на серии МР томограмм гомогенное равномерное изменение структуры тела L2 позвонка. Компрессия Th11-12 межпозвонкового диска. Задний правый пролапс L5-S1 межпозвонкового диска.

Вероятно, поражений данной области может быть больше, но клиницисты ограничиваются обнаружением чаще деструктивного процесса в телах позвонков и подтверждением диагноза остеомиелита. На рентгенограммах подтвердить поражение суставных отростков не удается, поэтому часть больных остается невыявленной.

За 4 месяца было обнаружено 6 больных с остеомиелитом поясничного отдела позвоночника. О перенесенном остеомиелите (дисците) свидетельствует и факт развития дегенеративно-дистрофического процесса в нетипичном месте (грудной остеохондроз), проявляющийся на рентгенограммах как снижение высоты межпозвонкового диска в молодом возрасте после антибактериальной терапии перенесенного воспалительного заболевания других органов. У больных с подострым течением заболевания в клинической картине преобладают неврологические симптомы и вегетативные нарушения, болевой синдром разной выраженности, местно и с иррадиацией. Наличие парезов и параличей, нередко с острым началом на МРТ без признаков компрессии спинного мозга подтверждали диагноз неспецифического спондилита. Вегетативная дисфункция проявлялась в виде болевого синдрома, нарушения потоотделения, местной температуры, тахикардии, одышки и др. Трофические нарушения отмечались в виде пастозности нижних конечностей, пролежней. Больные с вышеназванными клиническими симптомами чаще всего оказывались в неврологических отделениях городских и республиканских больниц.

Клинический пример больной с остеомиелитом поясничного позвонка L5.

Больная С. 38 лет заболела остро, после переохлаждения. Появились боли в поясничной области справа. Проводилось лечение по поводу предполагаемого пиелонефрита. Из-за безуспешного лечения и ухудшения общего состояния переведена в Республиканскую клиническую больницу. После

проведения КТ и МРТ и выявления патологии в поясничном отделе позвоночника больную перевели в костное отделение туберкулезной больницы. Анализы крови при поступлении: СОЭ — 60 мм/ч, лейкоцитов —  $5,6 \times 10^9$  /л, температура тела — 36,8° (рис. 4).

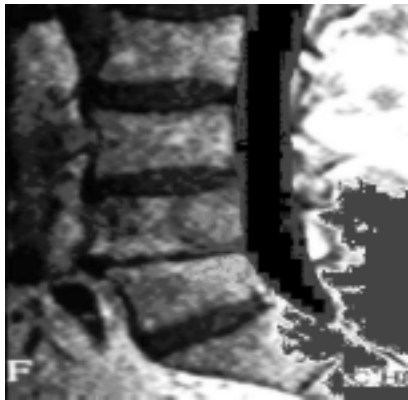


Рис. 4. На МРТ больной С. 38 лет изменение структуры тела L5, компрессия межпозвоночного диска L5-S1.



Рис. 5 и 6. Больной Н. 33 года. Диагноз: туберкулезный спондилит (остит) грудного Th10 и поясничного отделов L1; инфильтративный туберкулез легких; МБТ(+).

Туберкулезный остит в общей сети выявляется редко, однако в специализированных (туберкулезных) больницах — это не такое редкое заболевание.

Приводим клинический пример больного с легочным туберкулезом. Обнаружению заболевания также способствует имеющийся у больных туберкулезный архив (рис. 5 и 6).

Выявление воспалительных заболеваний позвоночника зависит от настороженности специалистов, целенаправленного и последовательного использования лучевых методов. Необходим детальный анализ клинических симптомов и сопоставление их с обнаруженными изменениями. Клинические признаки остеомиелита и туберкулеза неспецифичны. Поэтому следует изучать развитие признаков заболевания в динамике. Изменения же признаков болезней для каждой отдельно взятой нозологии высокоспецифичны. Морфоклинические обоснования позволяют вести целенаправленный поиск патологии при деструктивных заболеваниях позвоночника, а выявление корреляции клинических симптомов и лучевых признаков болезни во времени подтверждают патогномичность этих симпто-

мов по нозологиям. Современные организационные и технические возможности при сотрудничестве невропатологов и фтизиатров позволяют своевременно выявлять специфические и неспецифические спондилиты.

Поступила 28.02.07.