

# Воспалительные заболевания позвоночника

# Классификация воспалительные заболевания позвоночника по этиологии

## 1. Вульгарные (гнойные спондилиты):

- Молниеносный
- Острые и подострые
- Хронические

## 2. Раневые, контактные спондилиты:

- ранения, операции, рядом расположенные гнойники

## 3. Специфические спондилиты:

- Туберкулез
- Бруцеллез

## 4. Аутоиммунные воспалительные процессы:

- Болезнь Бехтерева
- Ревматоидный полиартрит

# • Предрасполагающие факторы

- Пожилой возраст
- Первичный иммунодефицит
- Сахарный диабет, бронхиальная астма, ревматические или иммунологические заболевания
- Почечная или печеночная недостаточность
- ВИЧ-инфицированные
- Принимающие гормональные препараты

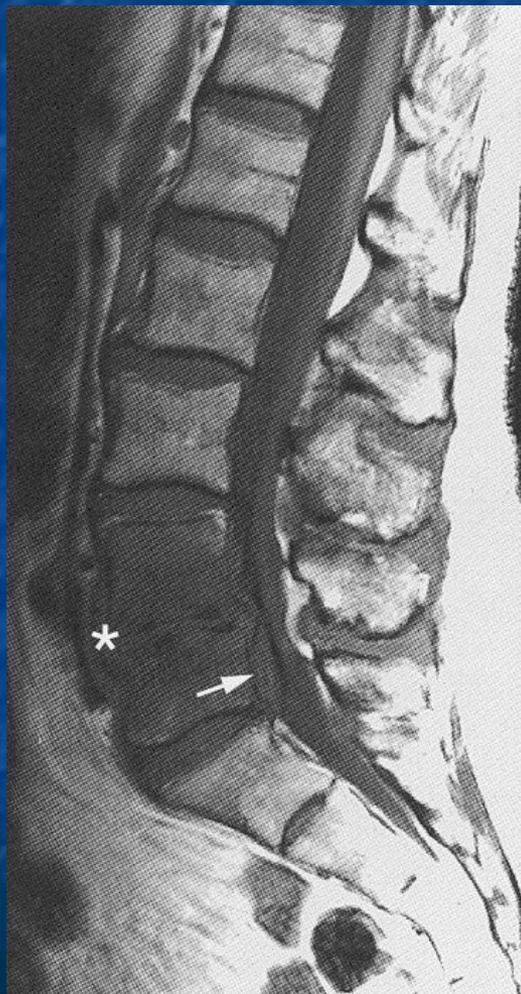
# Признаки спондилодисцита

- Контактная деструкция тел позвонков
- Чрездисковое распространение
- Пре- и паравертебральный мягкотканый компонент

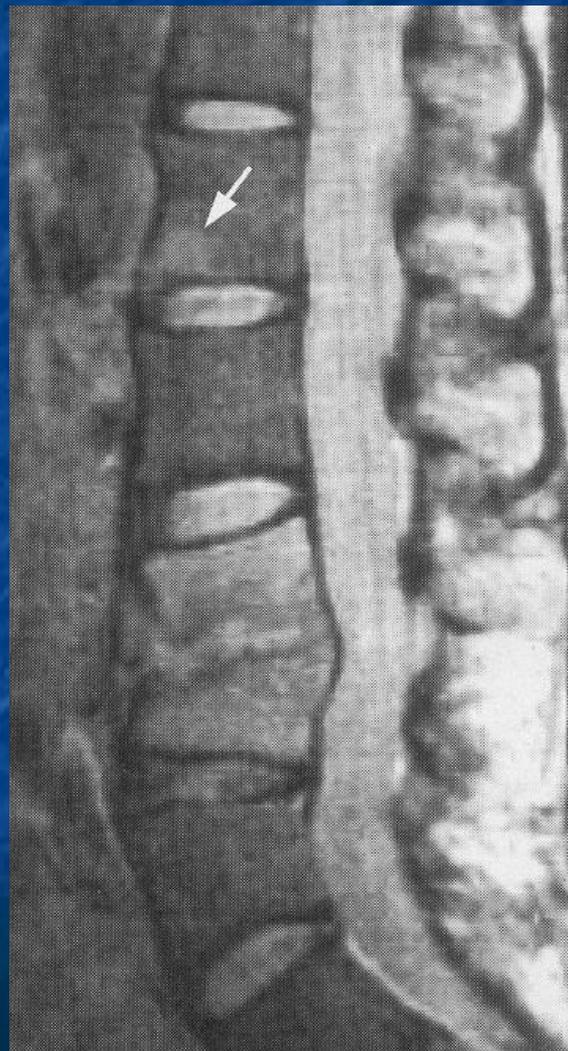
Спондилодисцит С4-С5 сегмента.



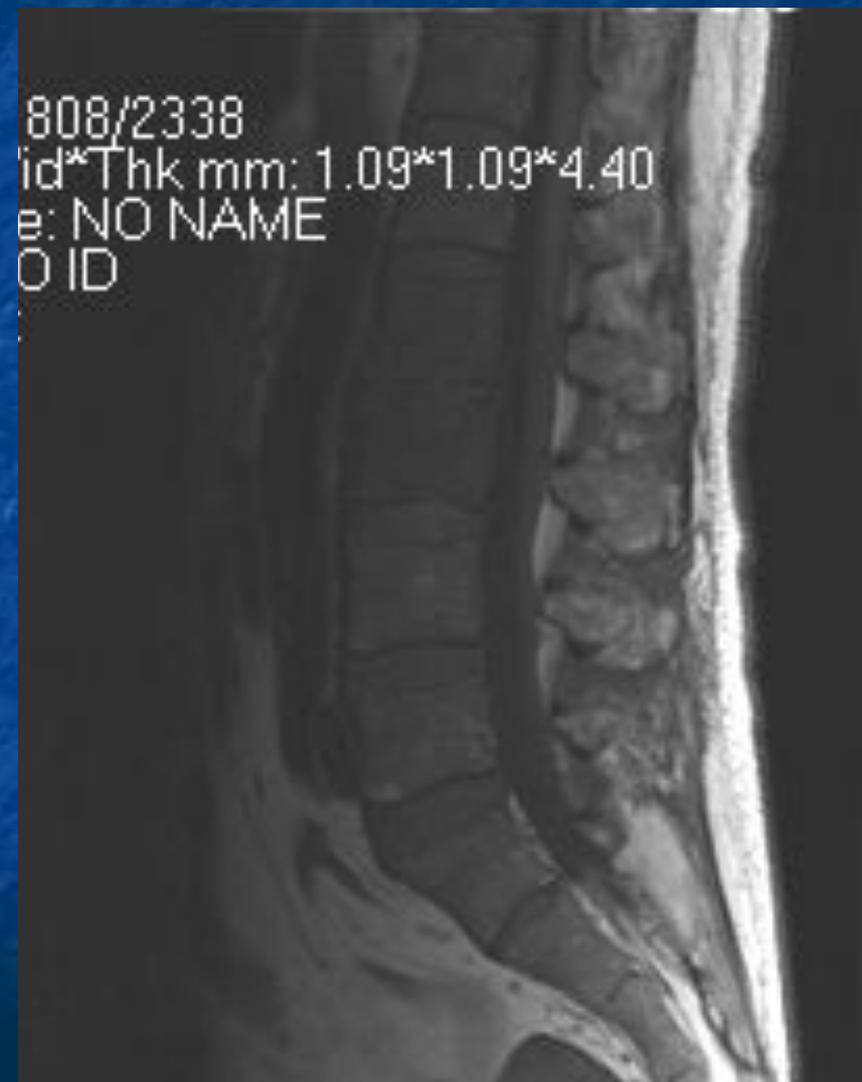
Спондилодисцит L4-L5 сегмента, с экссудативным компонентом в переднем экстрадуральном пространстве /с отслоением задней продольной связки/.



Спондилодисцит /гематогенный остеомиелит/ L3-L4 сегмента;  
дистрофические изменения передне-нижнего угла тела L1  
позвонка.



## Спондилодисцит L2-L3 сегмента.



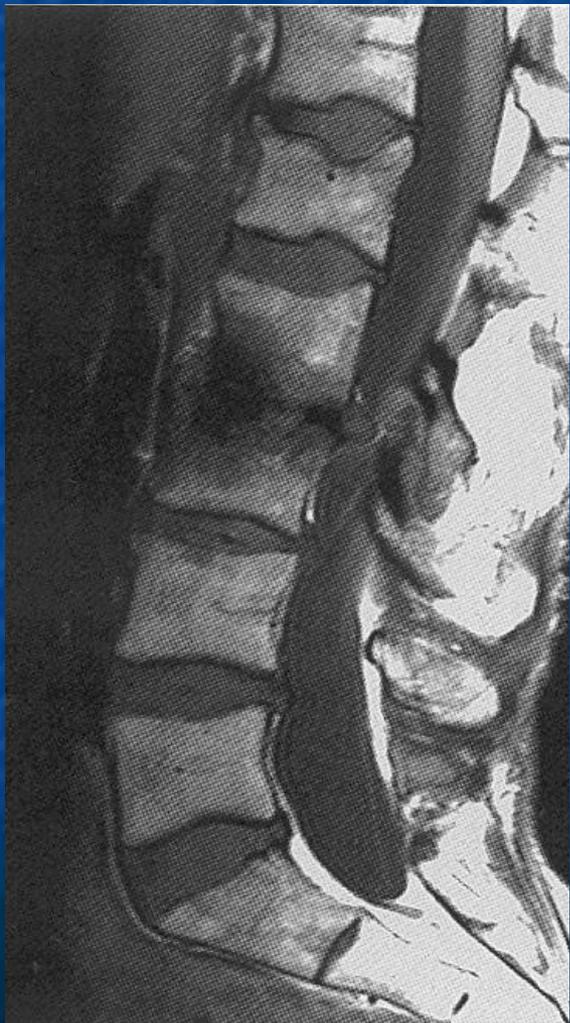
## Спондилодисцит L3-L4 сегмента.



# Дифференциальный диагноз

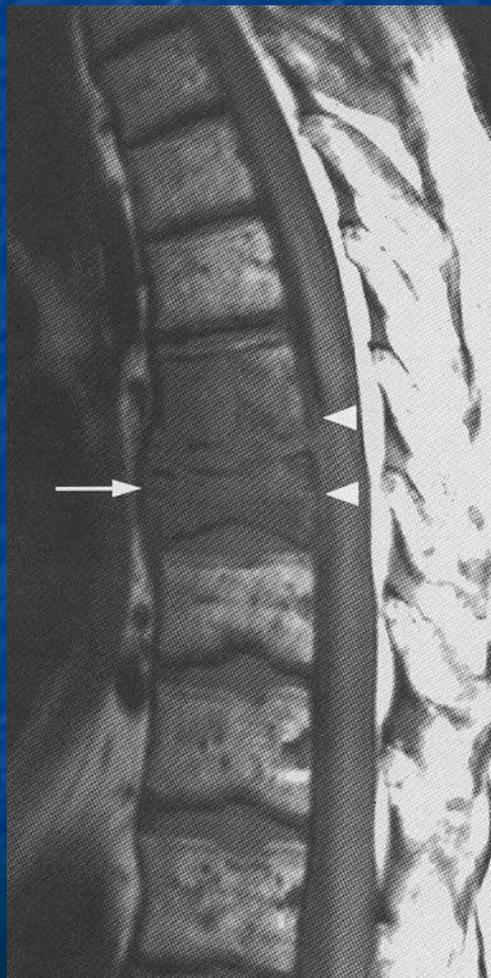
дистрофические изменения

СПОНДИЛОДИСЦИТ



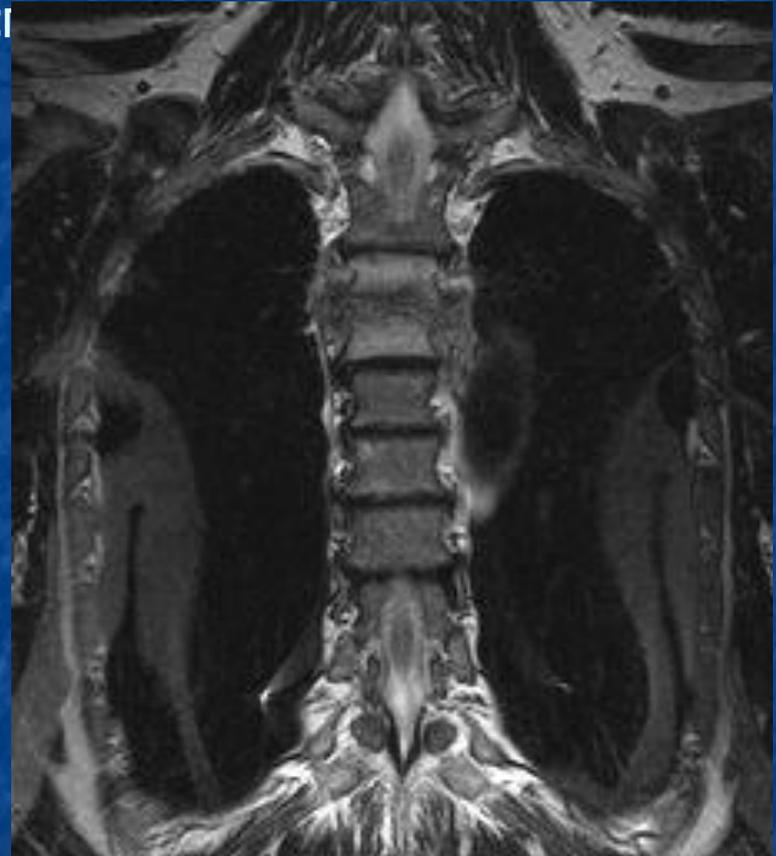
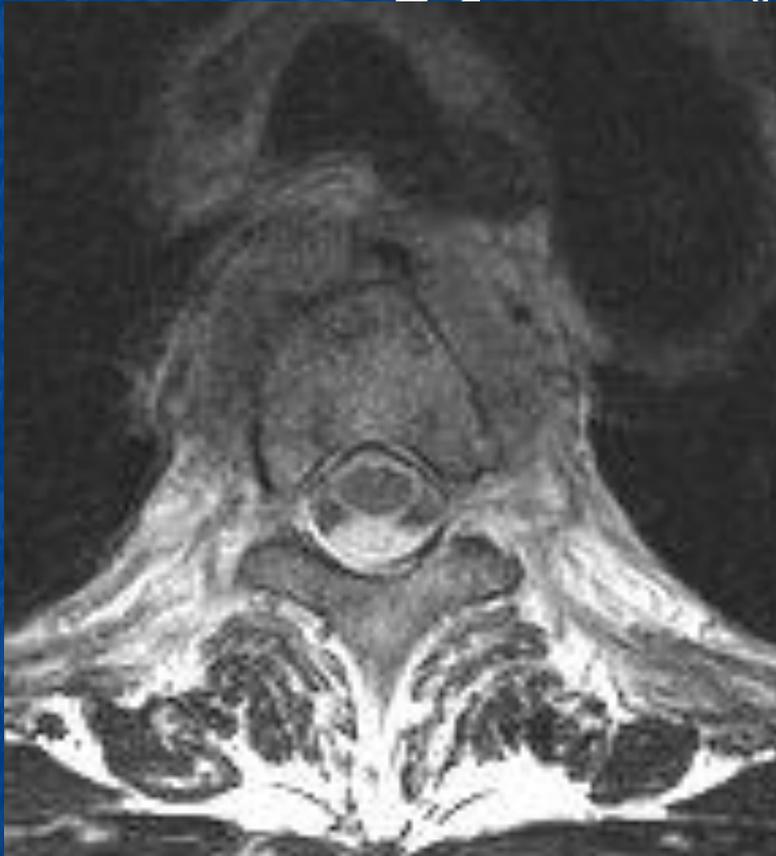
Спондилодисцит/остеомиелит/

МТС - поражение



Туберкулезный спондилодисцит /дефицит костной ткани смежных передних углов позвонков пораженного сегмента, с формированием конгруэнтных передних клиновидных деформаций/.





cr

# Дифференциальный диагноз при травматическом компрессионном переломе и компрессионном переломе при центрально расположенном костном очаге

Травматический компрессионный перелом	Компрессионный перелом при центрально расположенном костном очаге
В анамнезе травма	Травмы не было
Позвонок имеет форму клина, переднего или бокового за счет вдавления верхней пластинки	Позвонок уплощен за счет вдавления любой из пластинок, клиновидность наступает позднее
Четкий контур образовавшейся внутрипозвонковой грыжи	Контур костного очага размыт
Межпозвонковая щель сужена незначительно или не сужена	Резко сужена межпозвонковая щель
Паравертебральные ткани уплотнены (если есть гематома)	Паравертебральные ткани уплотнены всегда, со временем уплотнение нарастает
После острых явлений травмы картина поврежденного позвонка стабилизируется	С течением времени деструкция нарастает, наступает контактное разрушение соседнего позвонка

# Дифференциальный диагноз туберкулезного и гнойного спондилитов

1. **Реактивный склероз** – при гнойных процессах, при туберкулезе как правило не бывает.
2. **Размеры деструкции:** при гнойном в одном позвонке поражение больше, чем в следующем; при туберкулезе одинаково поражены два и более.
3. **Временной фактор-** туберкулез протекает медленно, гнойный – за это время уже будут изменения
4. **Наличие туберкулеза других органов в анамнезе.**

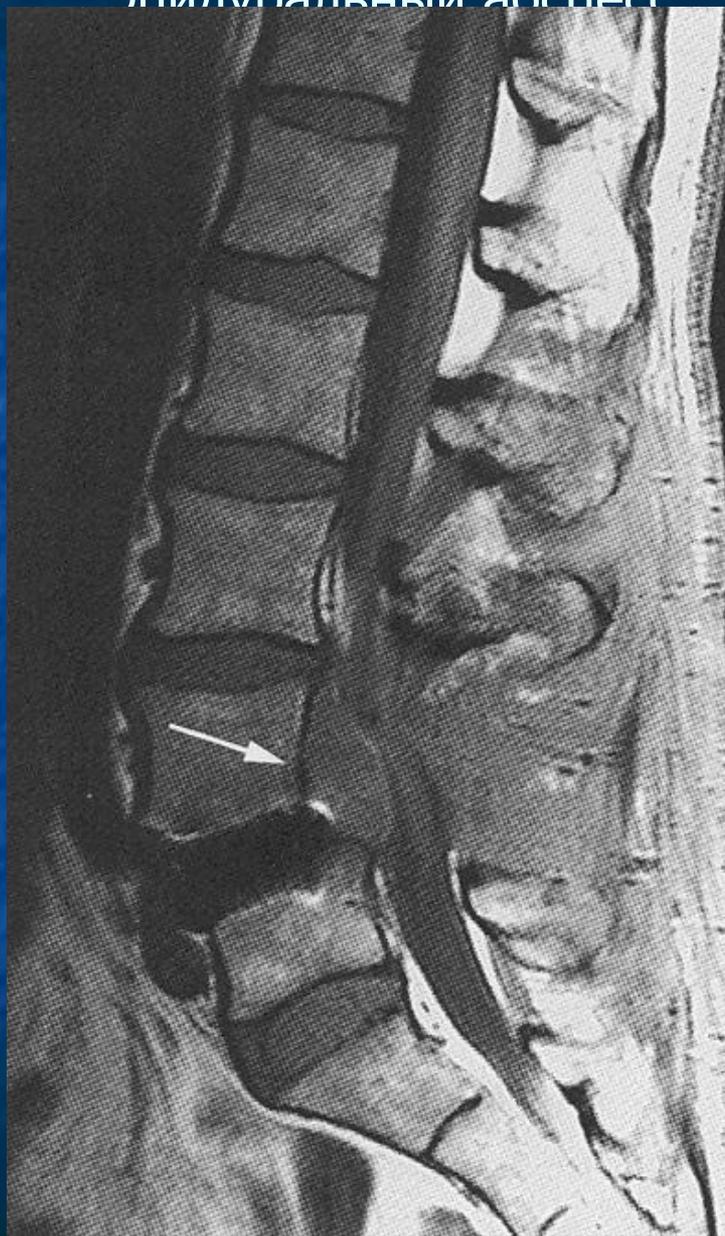
# Рентгенологические признаки затихания туберкулезного процесса

1. Уменьшение тени натечного абсцесса и увеличение интенсивности ее на рентгенограммах.
2. Появление более четких контуров в местах деструкции.
3. Появление окостенения связок и остеофитов.
4. Стабильность изменений без тенденции прогрессирования.
5. Появление костной каймы вокруг каверн.
6. Развитие анкилоза дужек пораженных позвонков с соседними.

# Рентгенологические признаки исхода туберкулезного спондилита

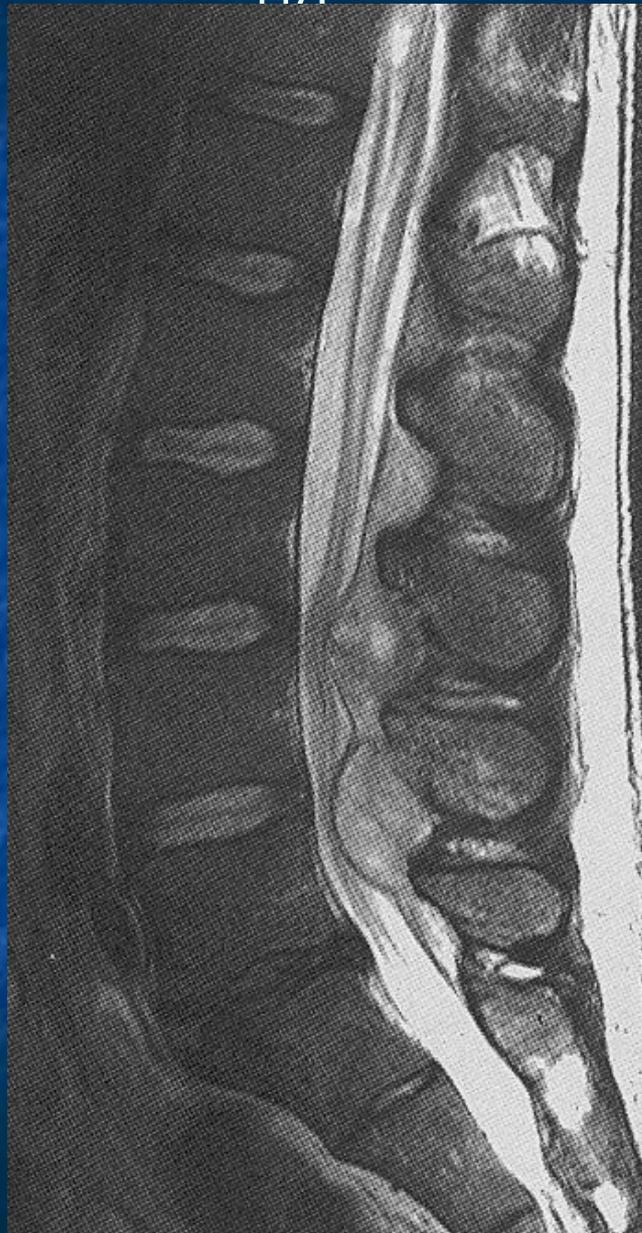
1. Признак анкилозирования «с дефицитом».
2. Отходящие от патологического блока остистые и поперечные отростки атрофичны.
3. Паравертебральные обызвествления крапчатого вида.
4. Суставные отростки позвонка анкилозированы не только в зоне бывшей деструкции, но и на один позвонок выше и ниже.
5. Возможна гипертрофия тел позвонков выше и ниже блока.

# Эпидуральный абсцесс





# Эпидуральный абсцесс



Исследования № 18694 и № 34482 на фоне консервативного  
лечения /без применения антибиотикотерапии и  
противотуберкулезных препаратов/.  
Динамика спондилодисцита, паравертебрального натечника,  
грыжи L5/S1 диска.

Acq Tm: 08:46:20.874000

Sag: R15.0 (COI)

Acq Tm: 08:49:42.

256 x 256

Mag: 2.4x

25

LOSSY



P

A

ET: 65  
TR: 600.0





ag\_tse  
COI)

KURSK MRI EXPERT  
Degtyarev V.V.  
1965 Jan 20 M 18694krs  
Acc:  
2009 Oct 10  
Acq Tm: 08:46:20.874000

256 x 256

1.01 mrc  
Ex: 1  
L\_spine/t2\_tra\_tse  
Se: 4/5  
Im: 29/15  
Ax: S4.7 (COI)

Mag: 4.7x

LOSSY

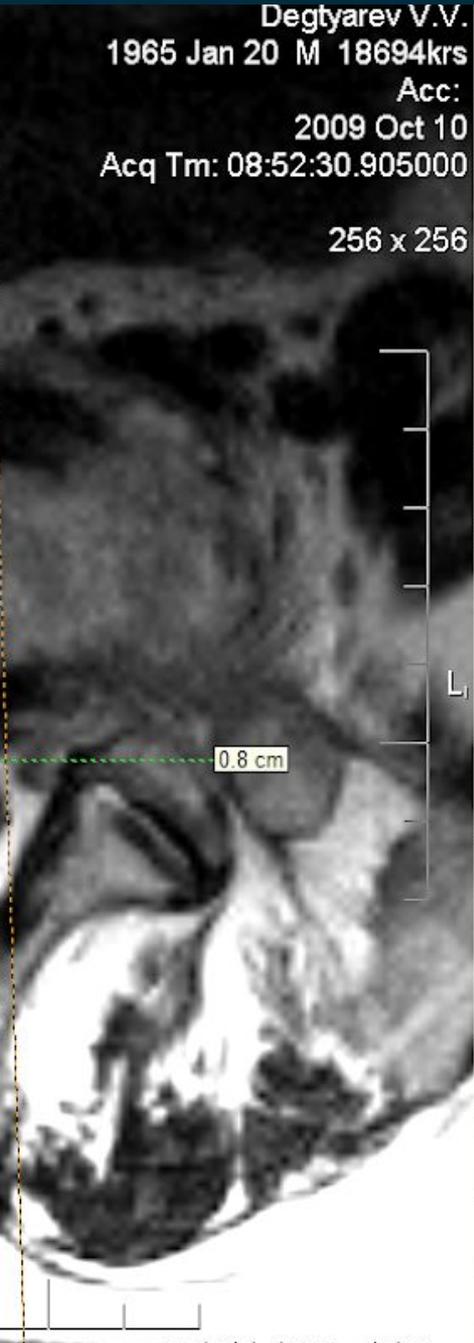
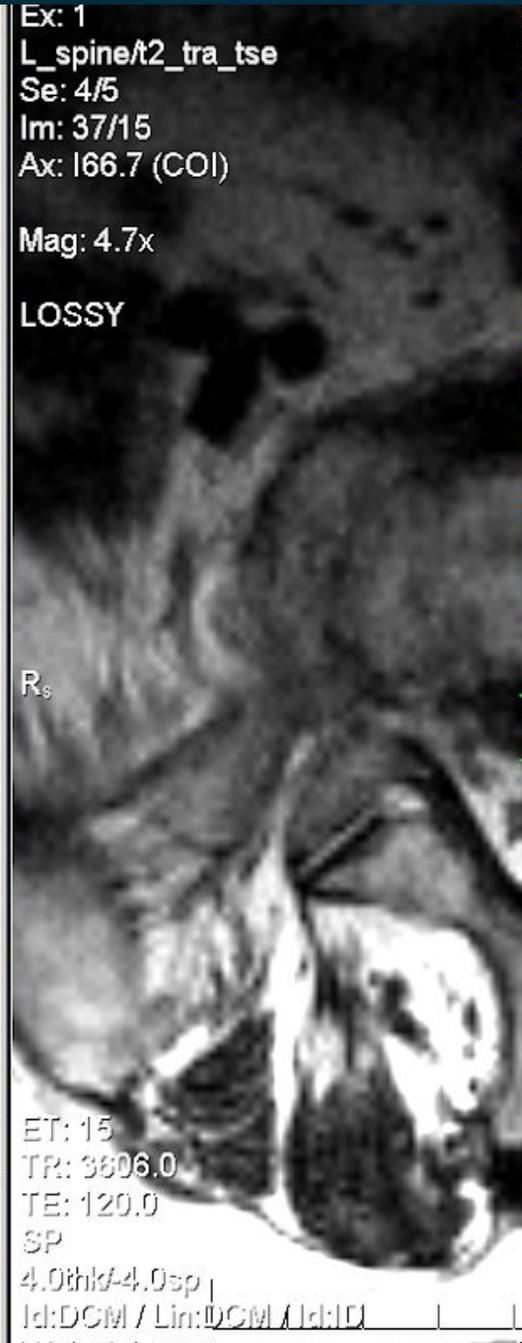
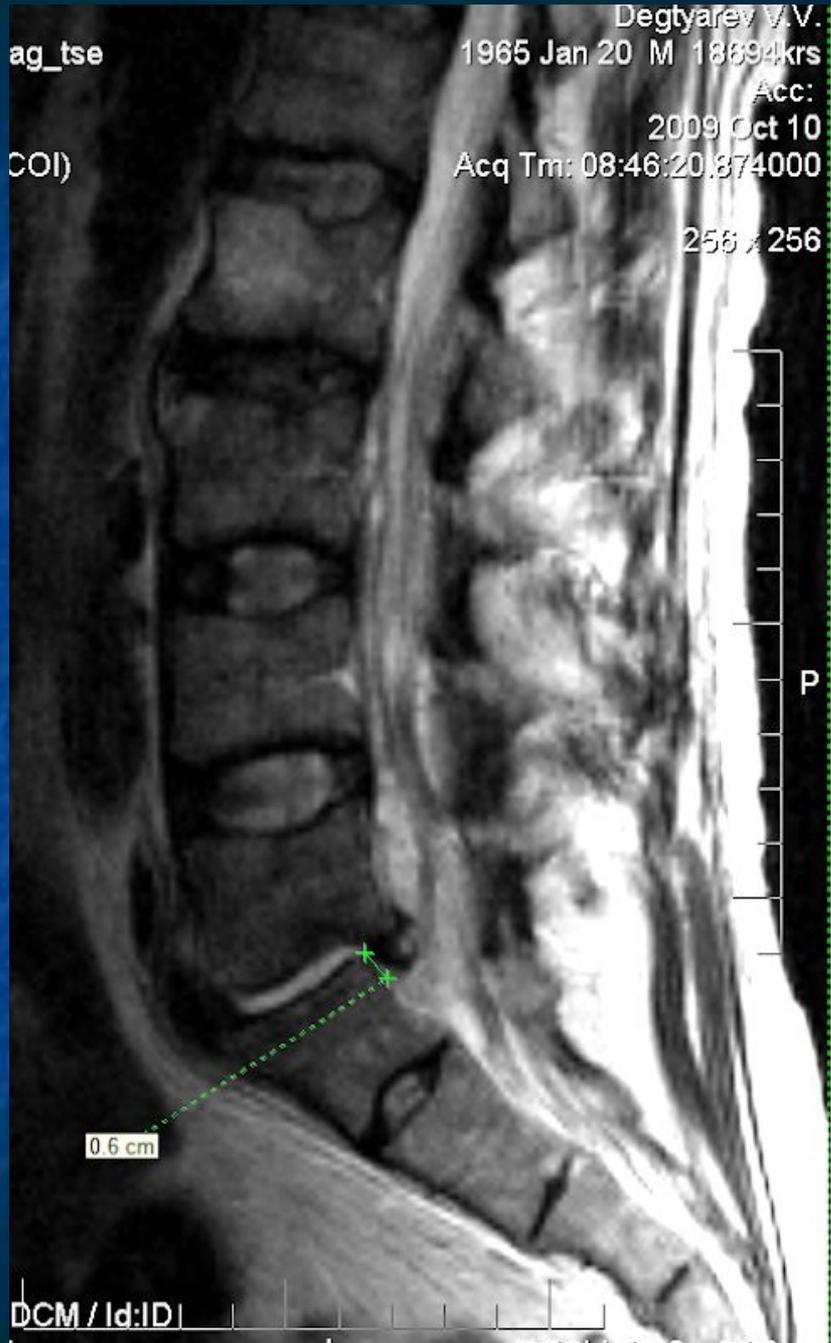
R<sub>s</sub>

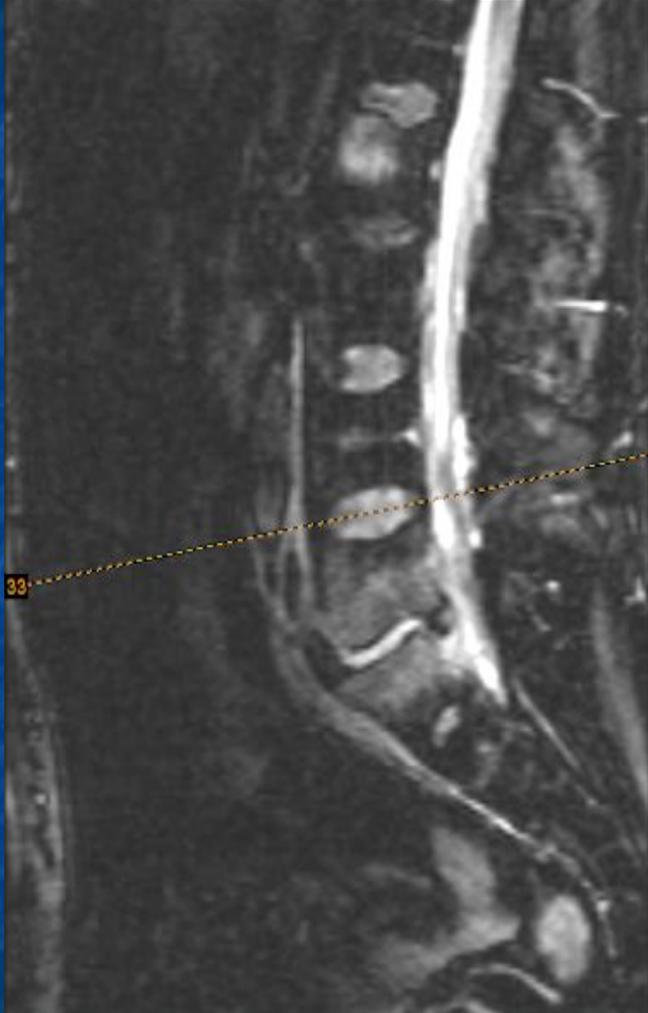
ET: 15  
TR: 3608.0  
TE: 120.0  
SP  
4.0thk/4.0sp

KURSK MRI EXPERT  
Degtyarev V.V.  
1965 Jan 20 M 18694k  
Ac  
2009 Oct  
Acq Tm: 08:52:30.9050

256 x 256







256 x 256

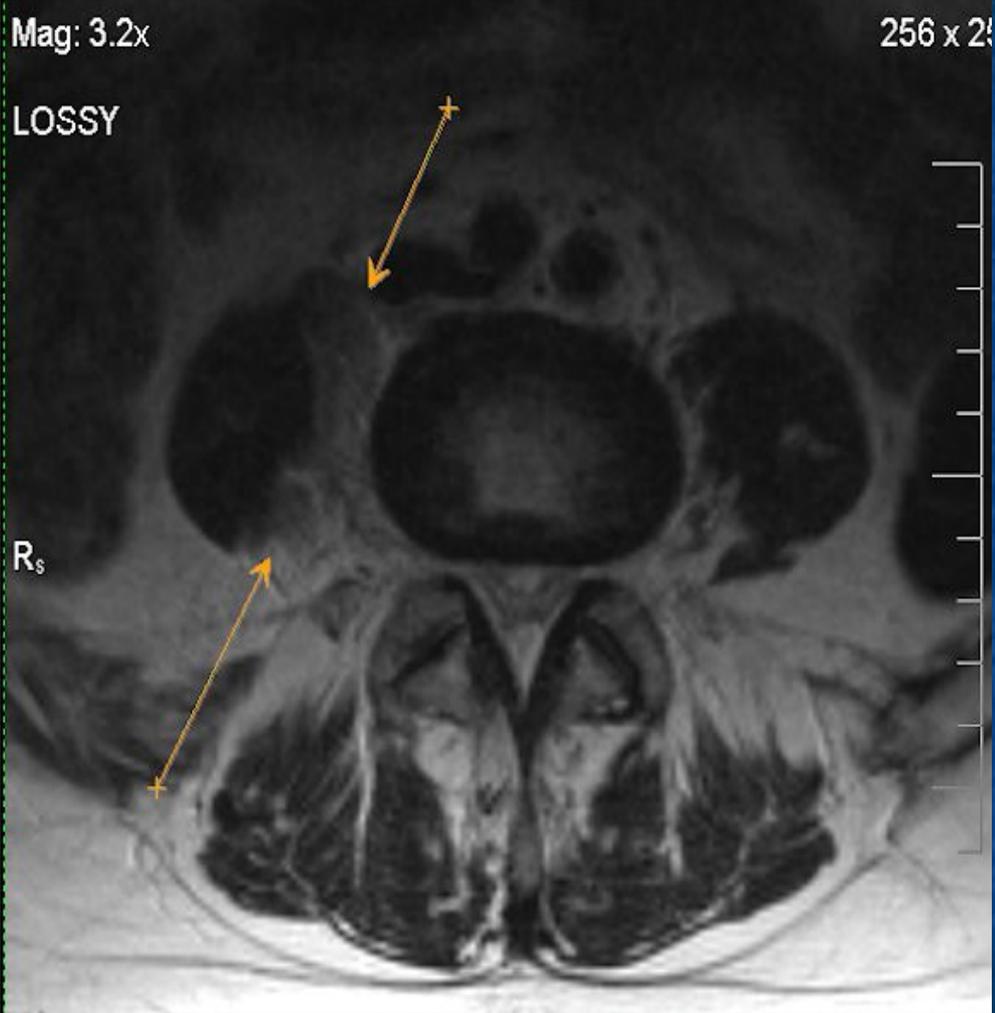


P

Mag: 3.2x

LOSSY

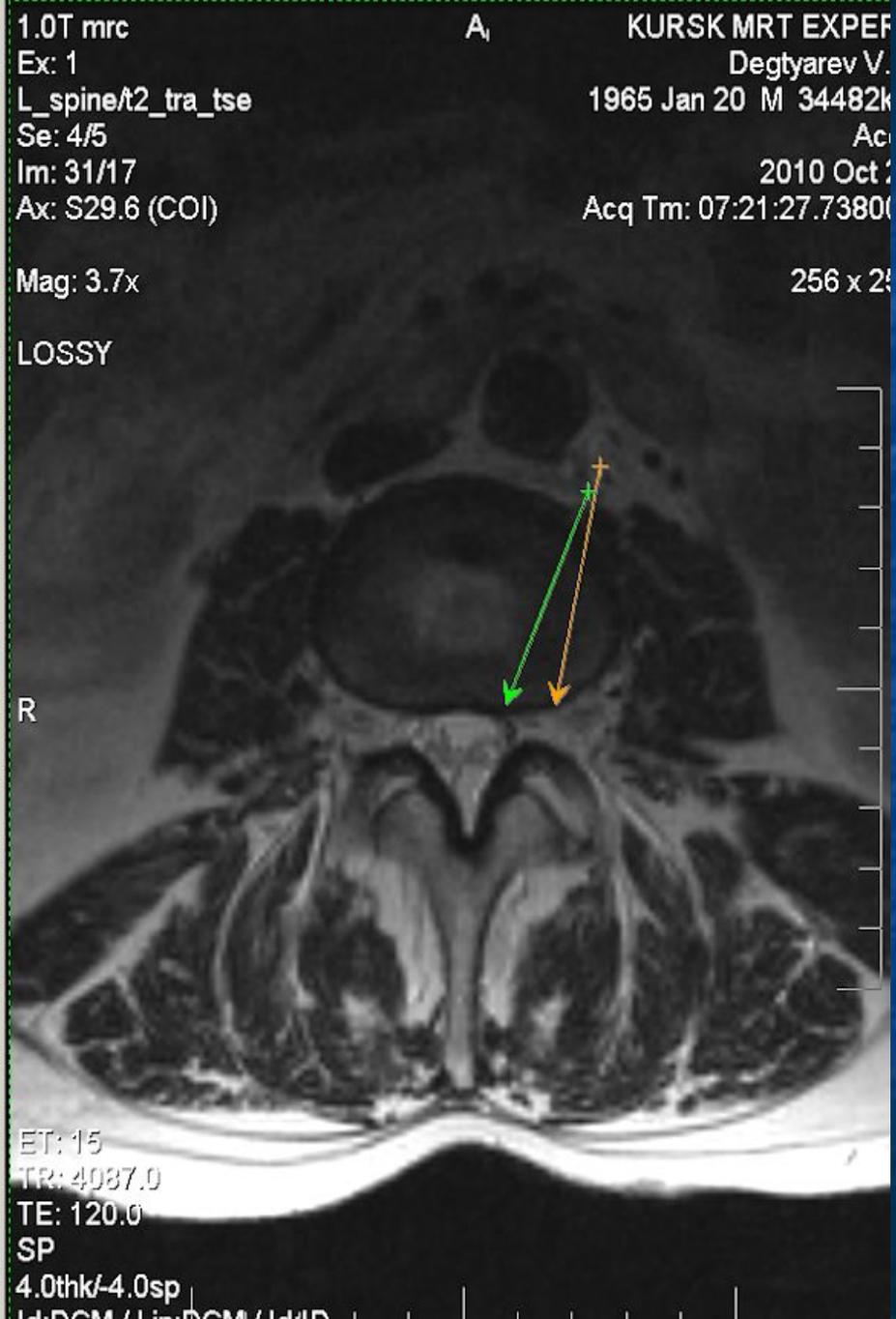
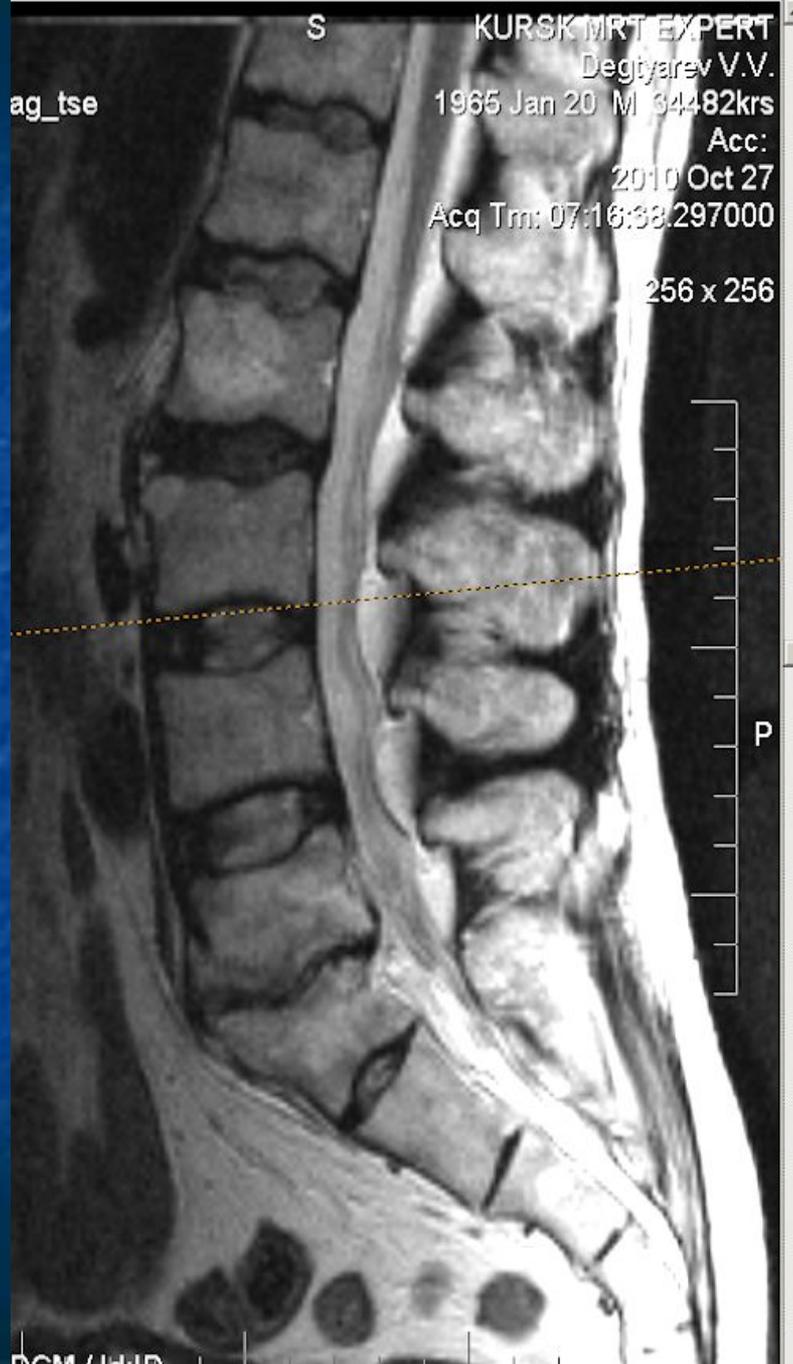
R<sub>s</sub>



256 x 256

# Тот же пациент через год





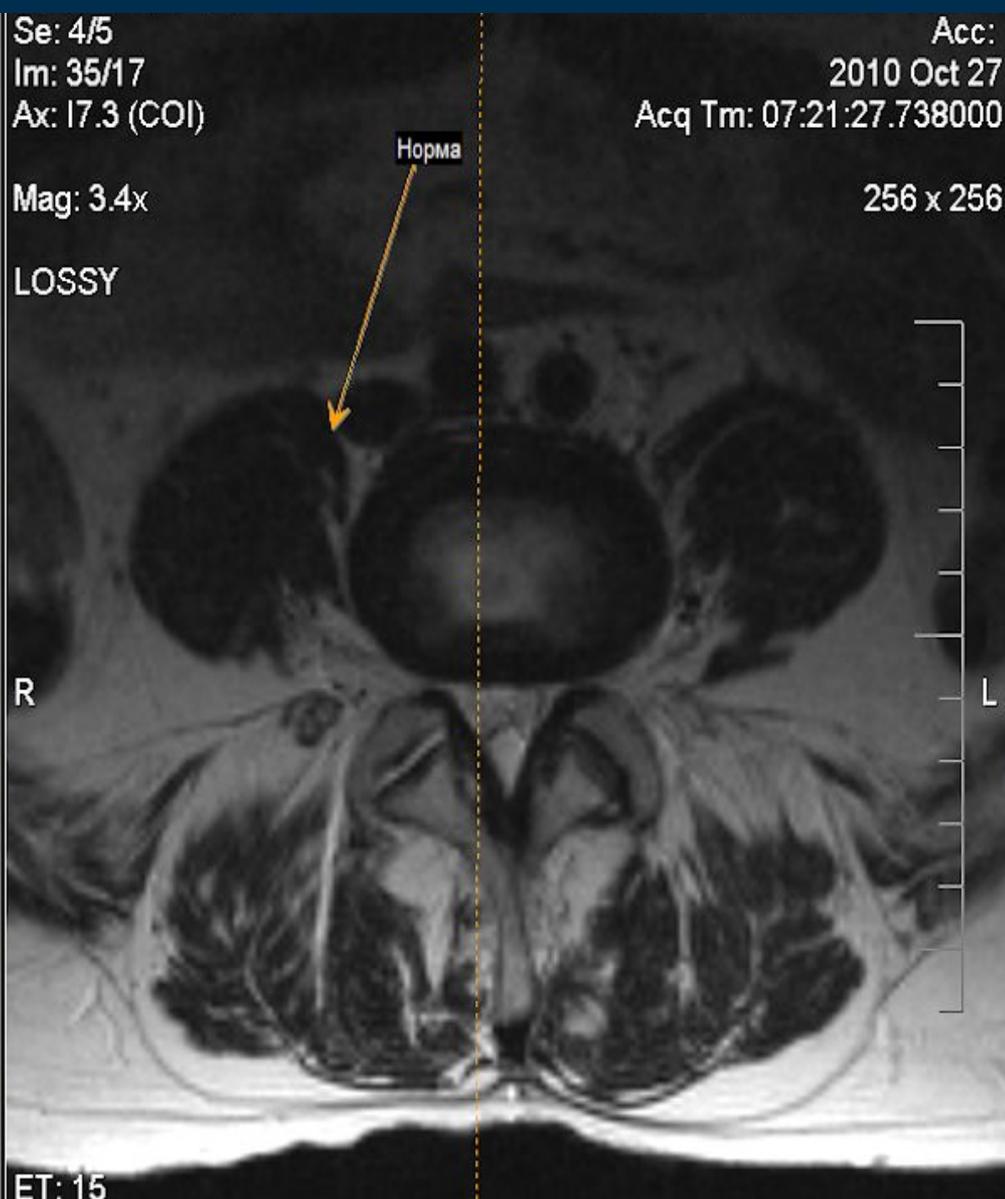
COI)



Acc: 2010 Oct 27  
Acq Tm: 07:25:50.902000

256 x 256

P



Se: 4/5  
Im: 35/17  
Ax: 17.3 (COI)

Acc: 2010 Oct 27  
Acq Tm: 07:21:27.738000

Mag: 3.4x

256 x 256

LOSSY

Норма

R

L

ET: 15

**Заключительная часть: МР-картина малодеструктивной формы спондилодисцита на уровне L4-L5 сегмента, локального эпидурита на уровне тел L4-L5 позвонков (передняя эпидуральная клетчатка).**

