

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

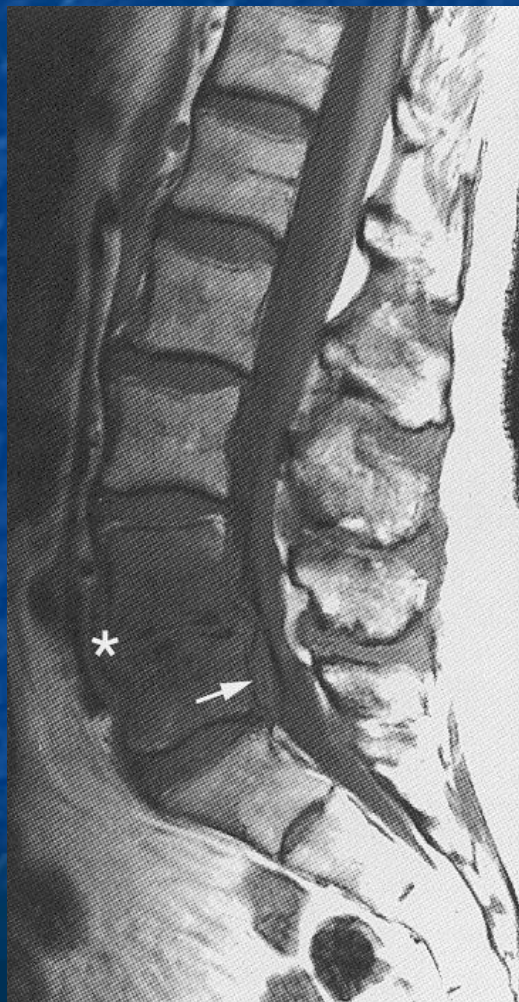
Признаки спондилодисцита

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

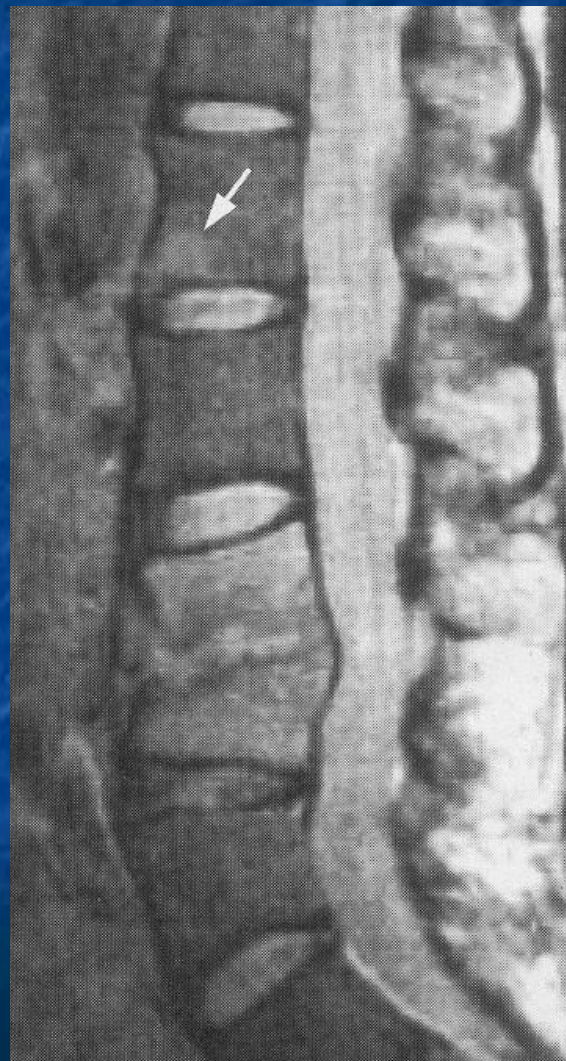
Спондилодисцит С4-С5 сегмента.



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



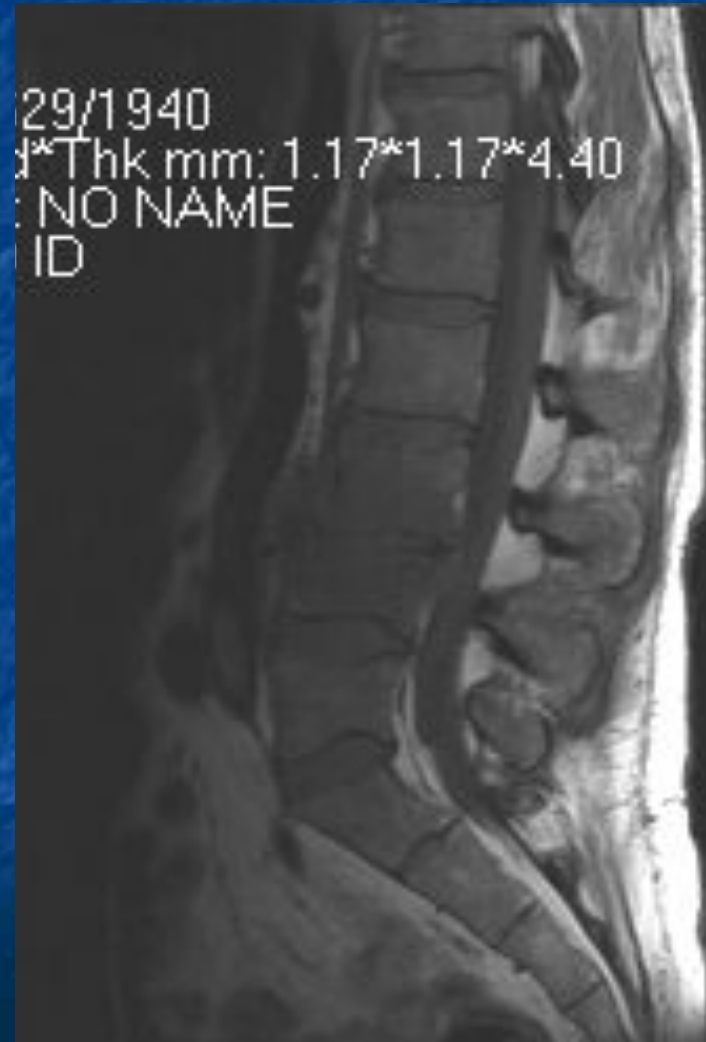
Спондилодисцит /гематогенный остеомиелит/ L3-L4 сегмента;
дистрофические изменения передне-нижнего угла тела L1
позвонка.



Спондилодисцит L2-L3 сегмента.



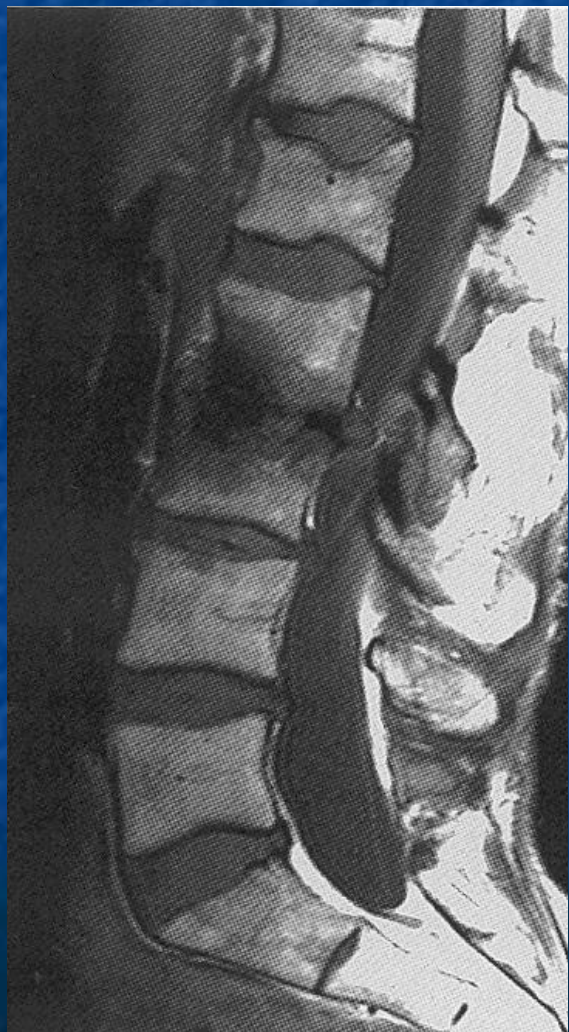
Спондилодисцит L3-L4 сегмента.



Дифференциальный диагноз

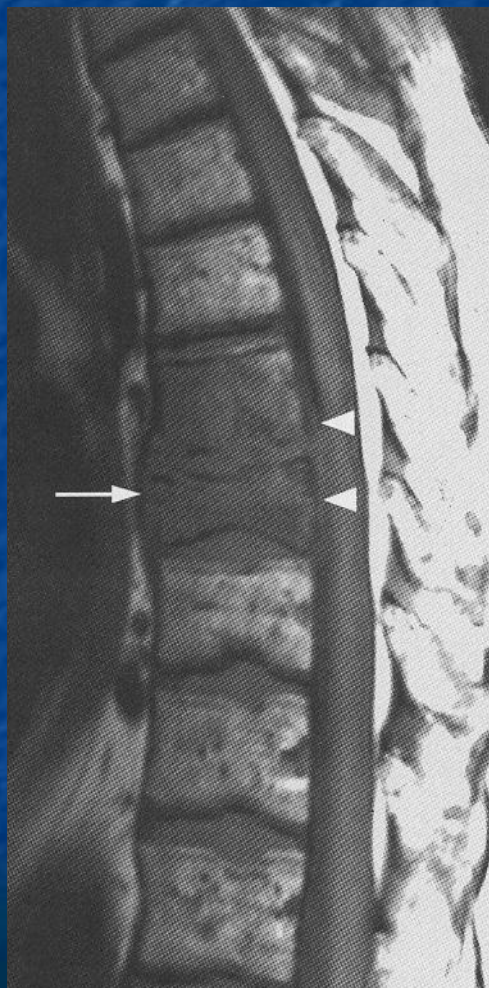
дистрофические изменения

СПОНДИЛОДИСЦИТ



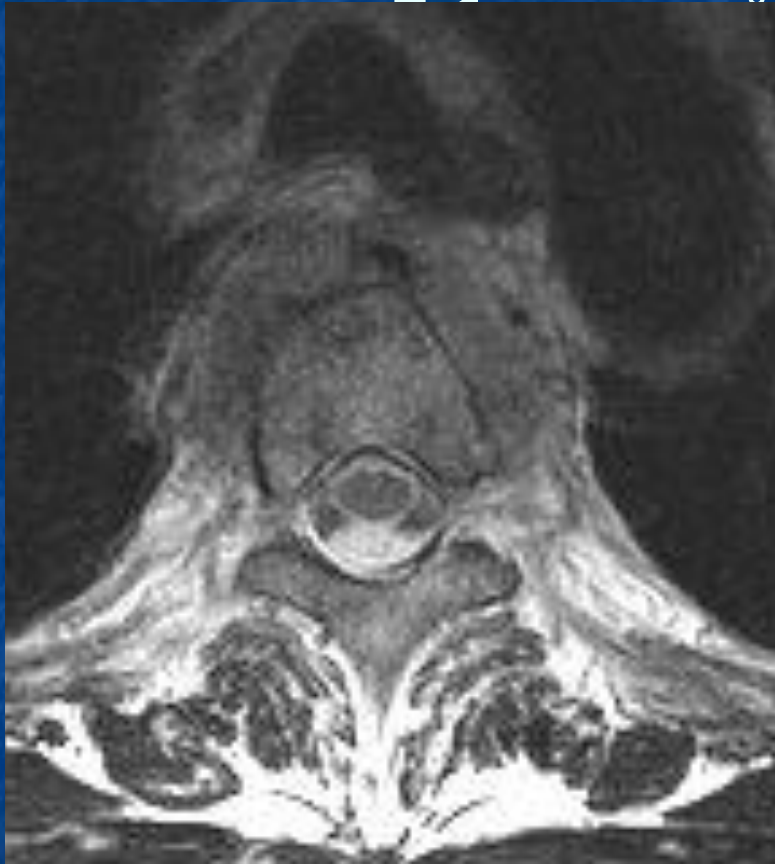
Спондилодисцит/остеомиелит/

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

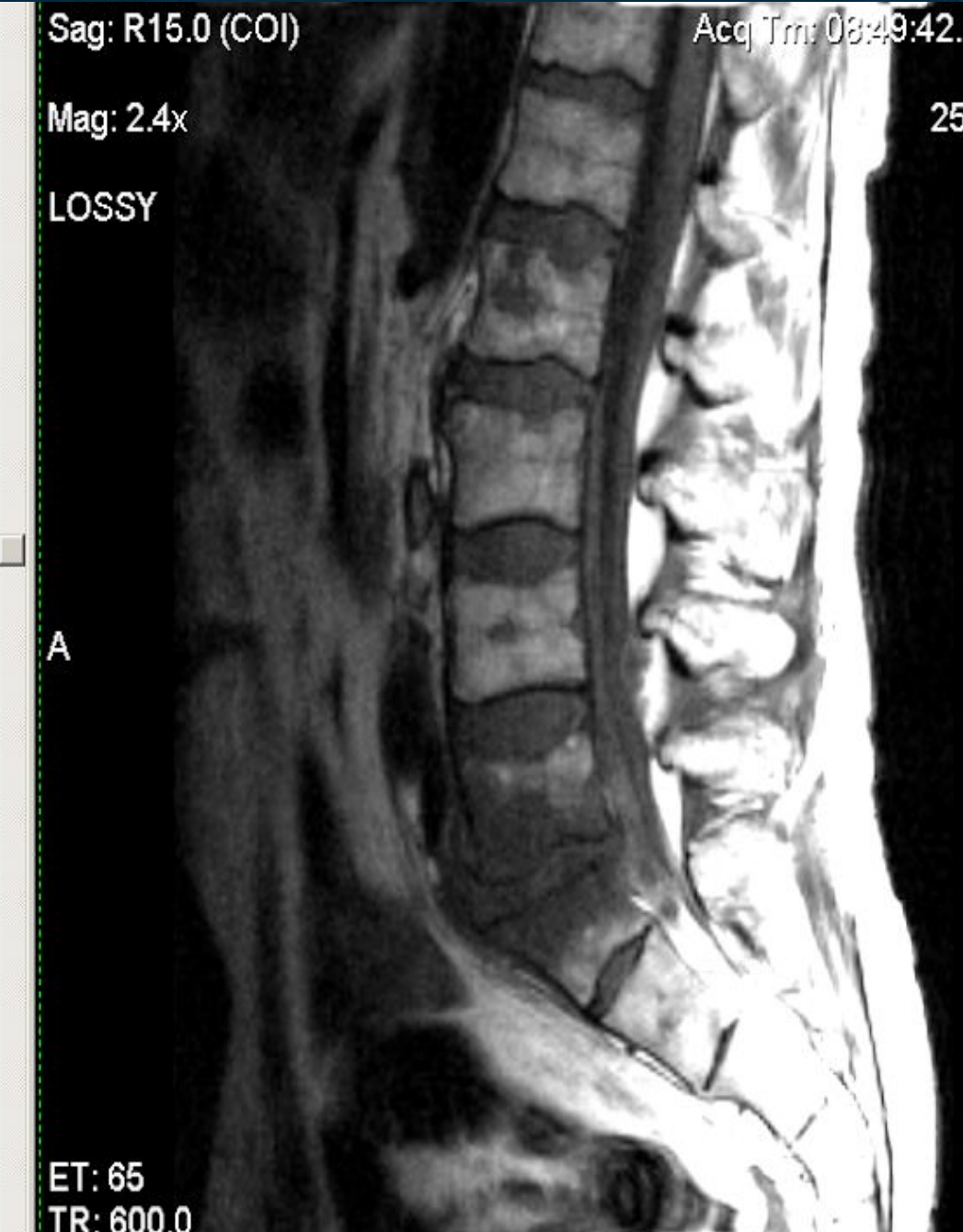
LOSSY



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

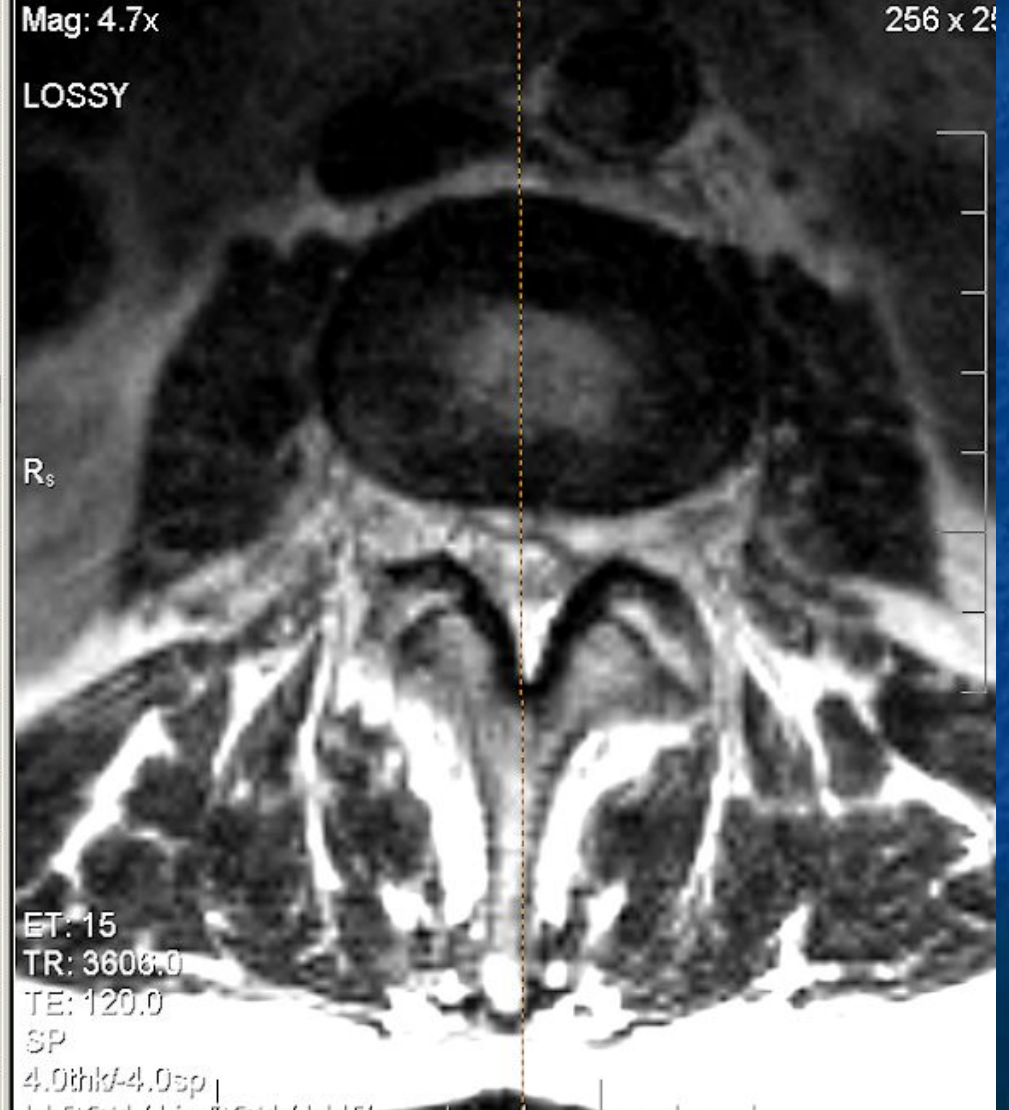
LOSSY

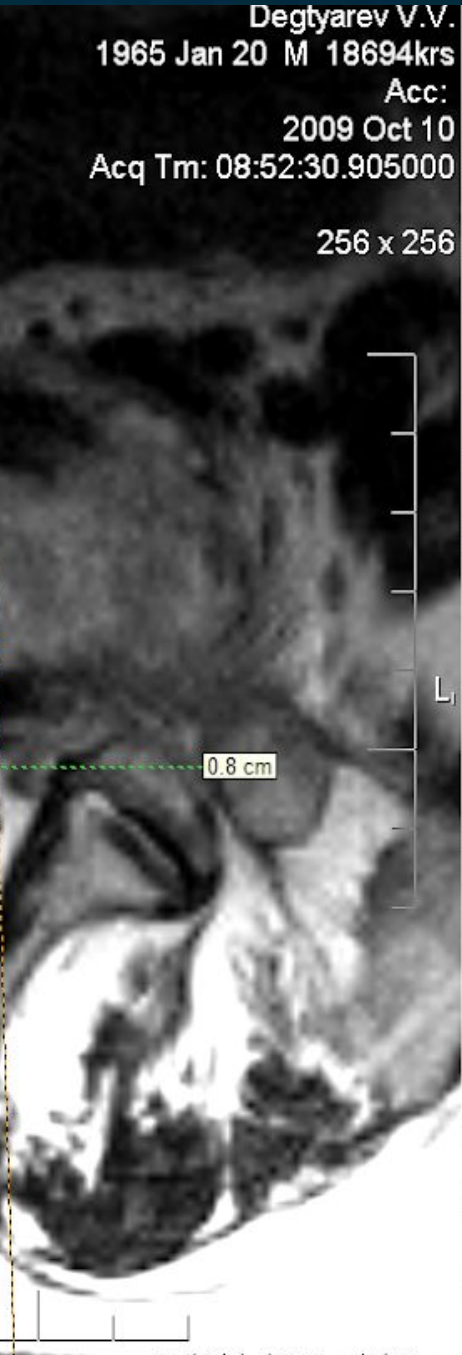
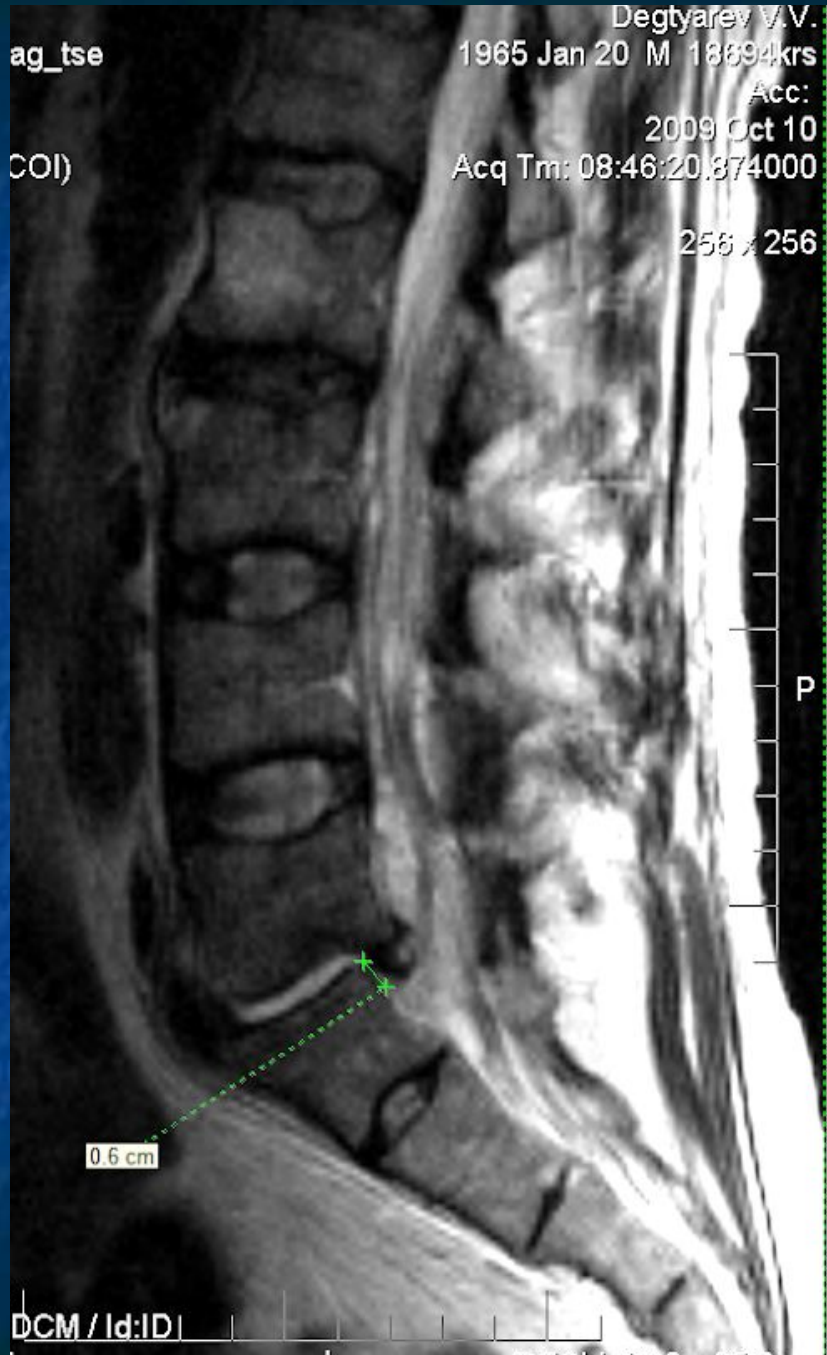
R_s

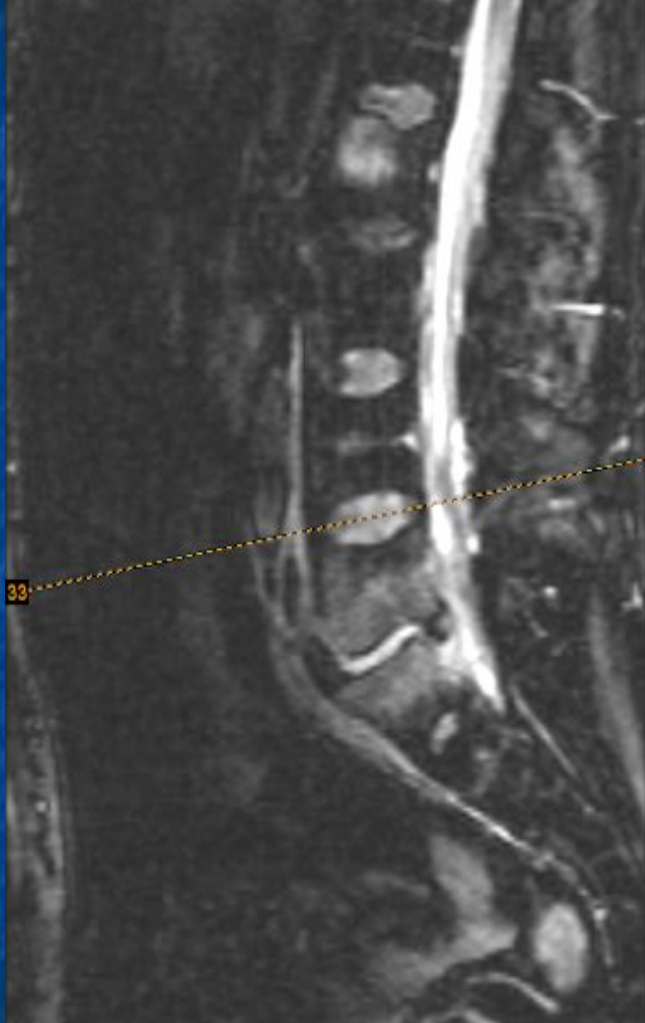
ET: 15
TR: 3608.0
TE: 120.0
SP
4.0thk/4.0sp

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

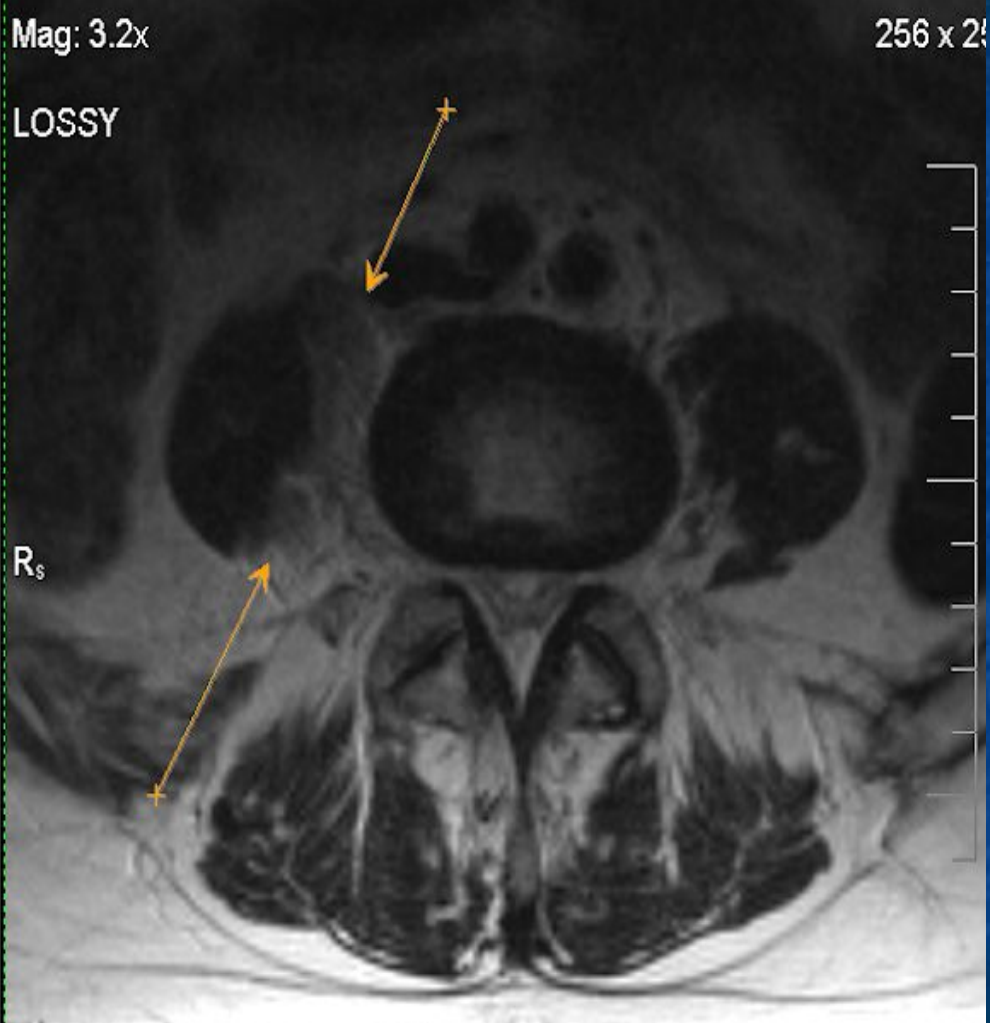


P

Mag: 3.2x

LOSSY

R_s

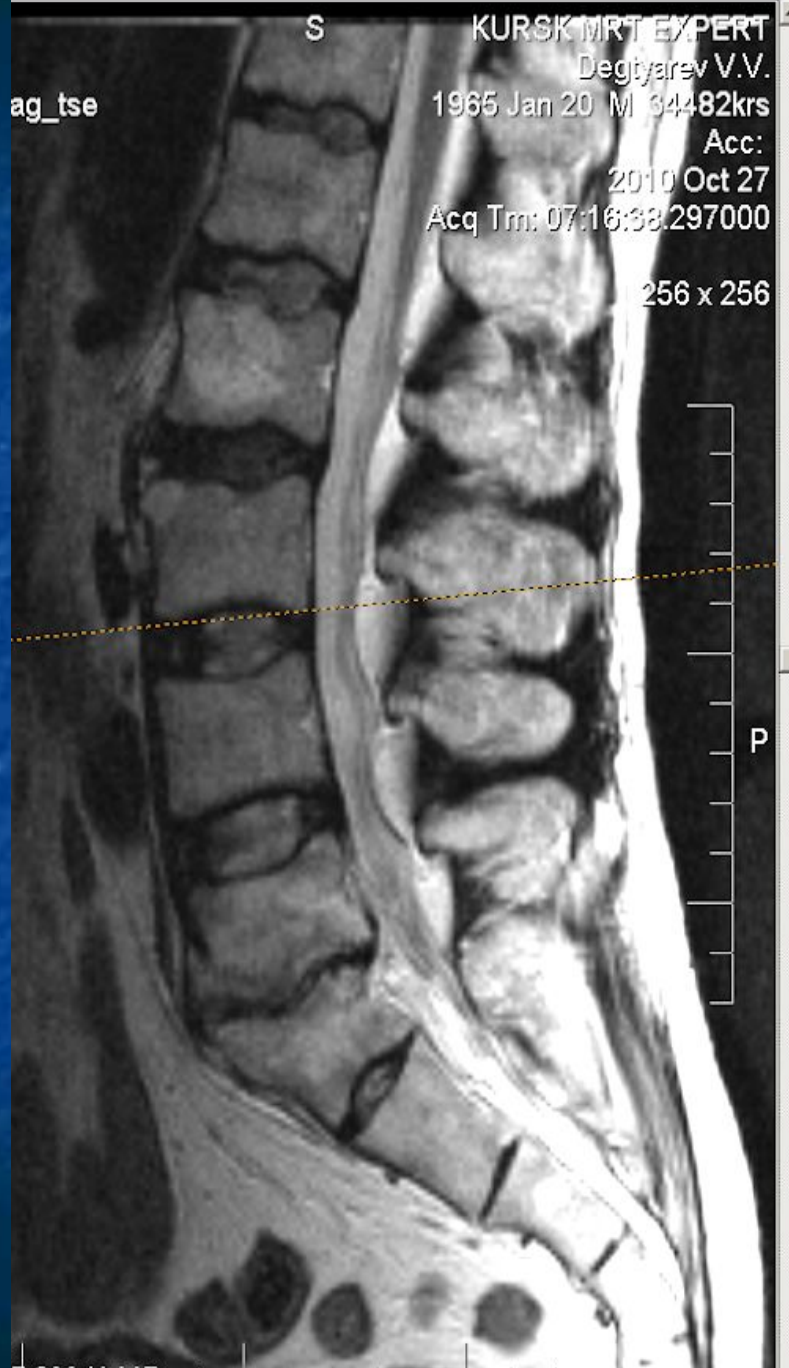


256 x 256



Тот же пациент через год



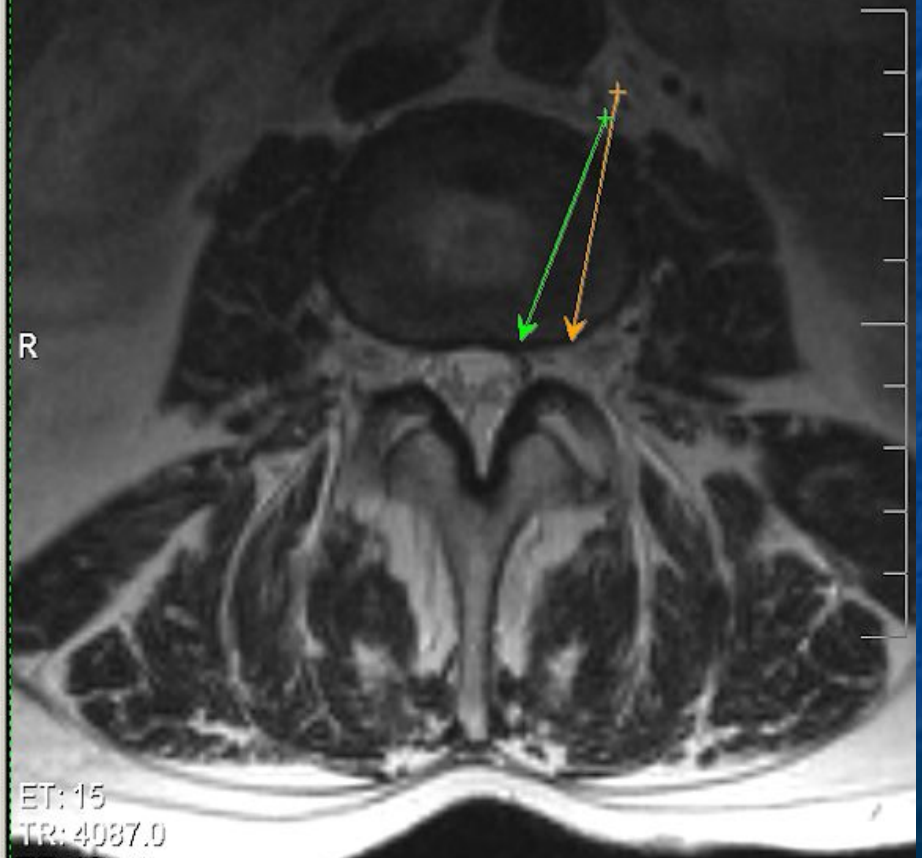


KURSK MRT EXPERT
Degtyarev V.V.
1965 Jan 20 M 34482krs
Acc:
2010 Oct 27
Acq Tm: 07:16:33.297000

1.0T mrc
Ex: 1
L_spine/t2_tra_tse
Se: 4/5
Im: 31/17
Ax: S29.6 (COI)

Mag: 3.7x

LOSSY



KURSK MRT EXPERT
Degtyarev V.
1965 Jan 20 M 34482k
Acc:
2010 Oct 27
Acq Tm: 07:21:27.73800

256 x 256

ET: 15
TR: 4087.0
TE: 120.0
SP
4.0thk/-4.0sp
L:DCM / L:DCM / L:DCM / L:DCM

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)

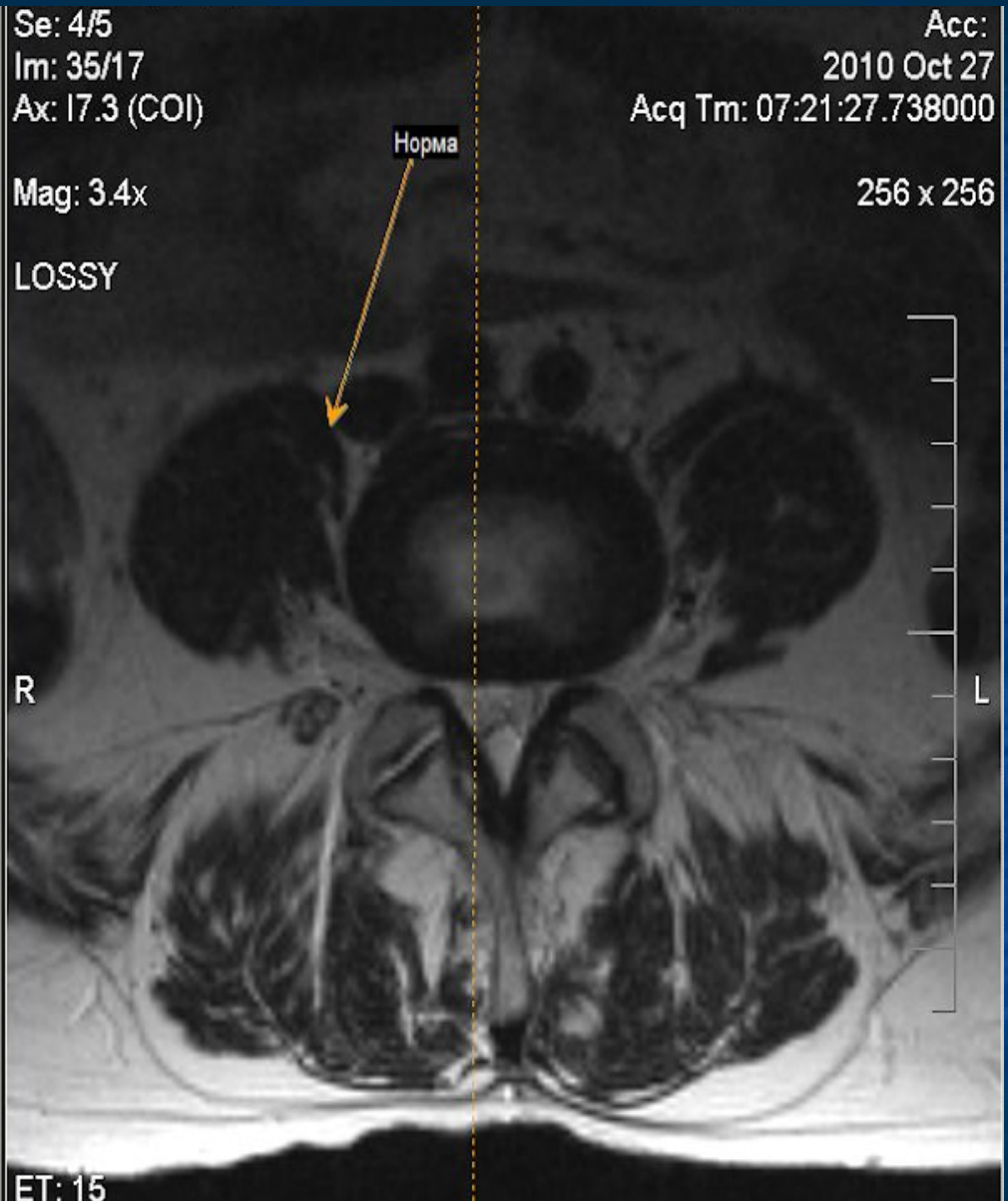
Mag: 3.4x

LOSSY

R

ET: 15

Норма



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

256 x 256

L

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

