

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

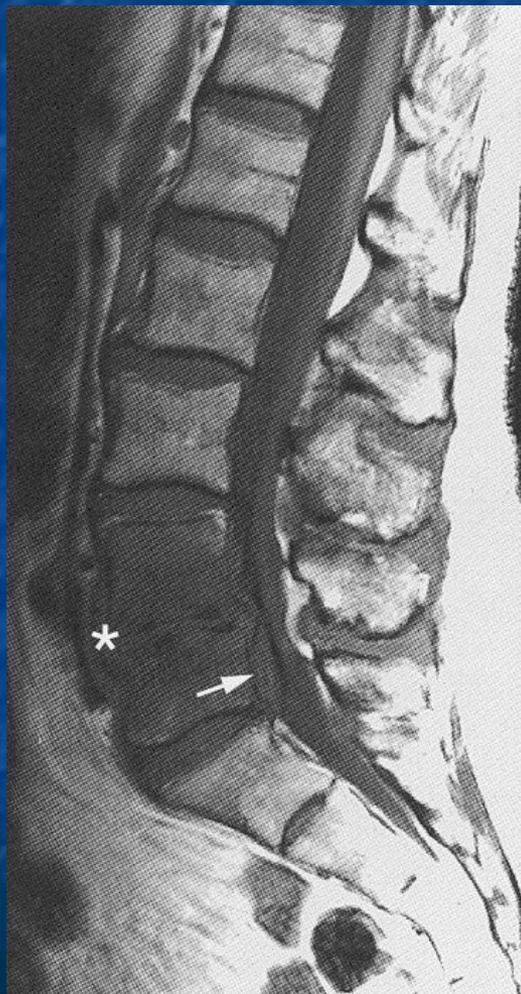
Признаки остеомиелита

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

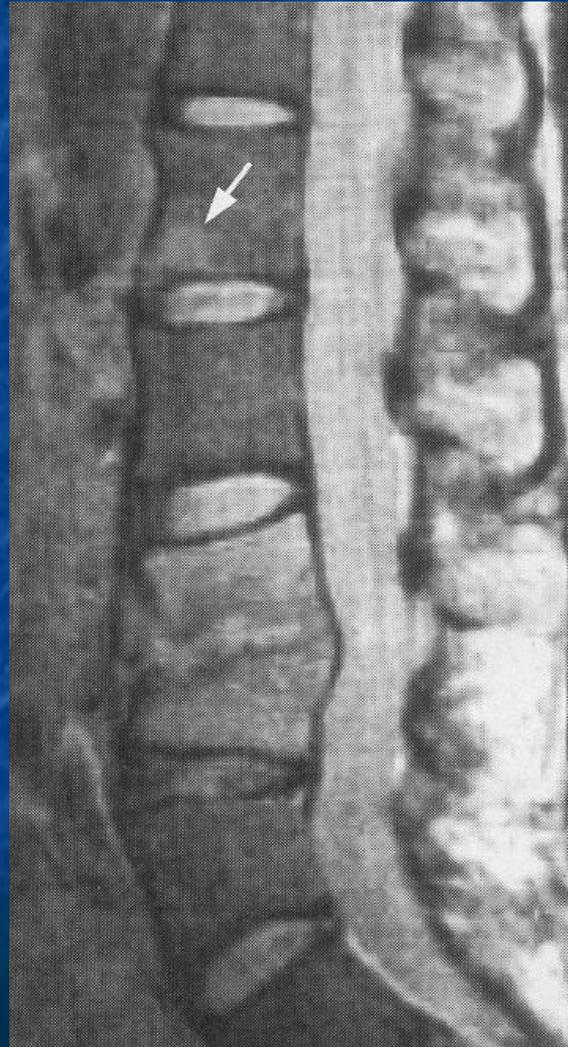
Остеомиелит С4-С5



Остеомиелит L4-L5



Гематогенный остеомиелит



Спондилит L2-L3



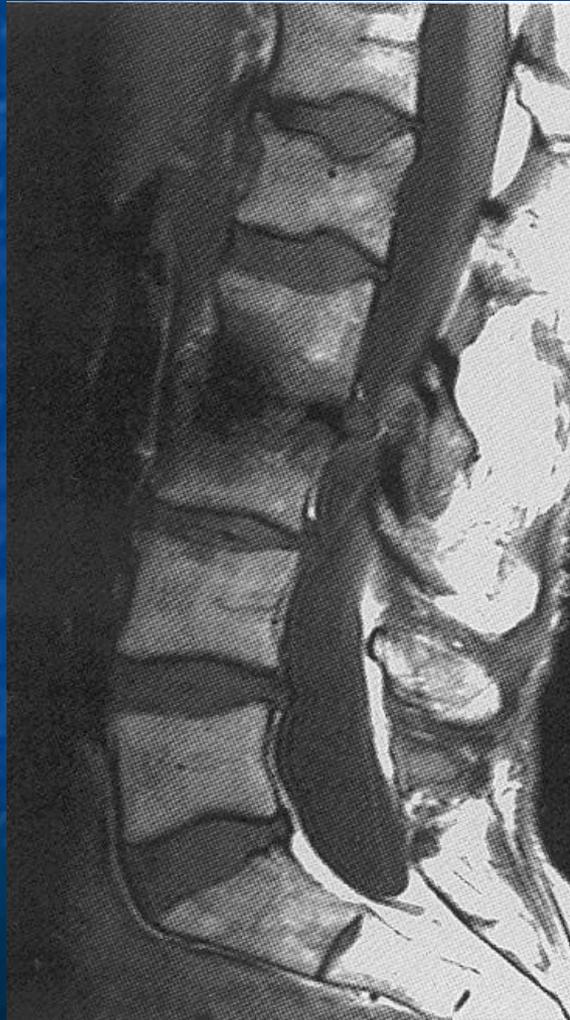
Спондилит L3-L4 позвонков



Дифференциальный диагноз

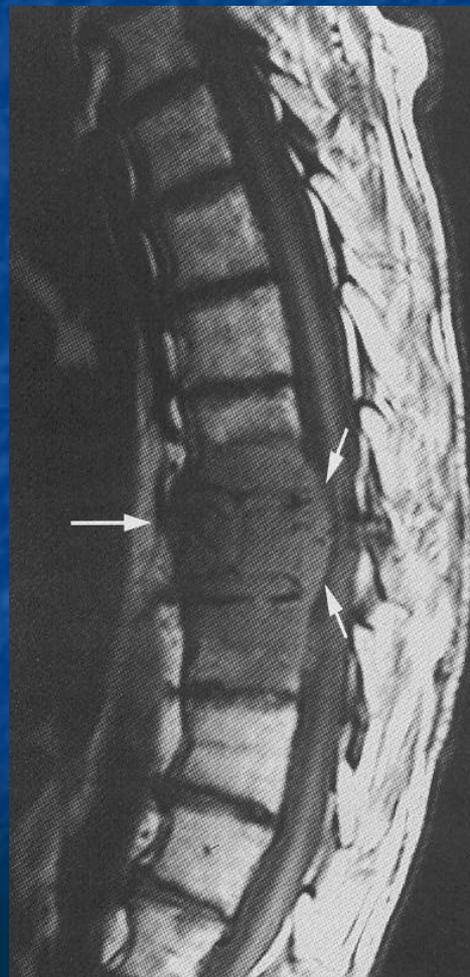
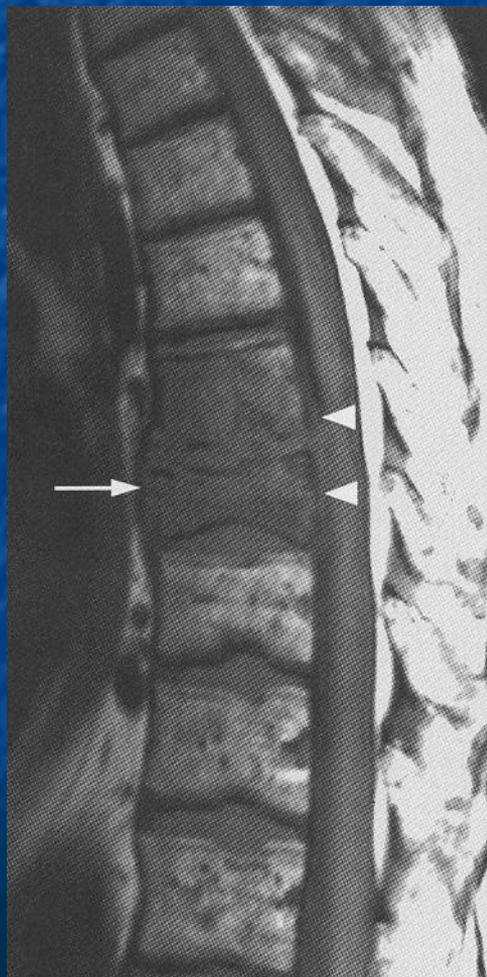
дистрофические изменения

остеомиелит



Дифференциальный диагноз

Остеомиелит метастатическое поражение

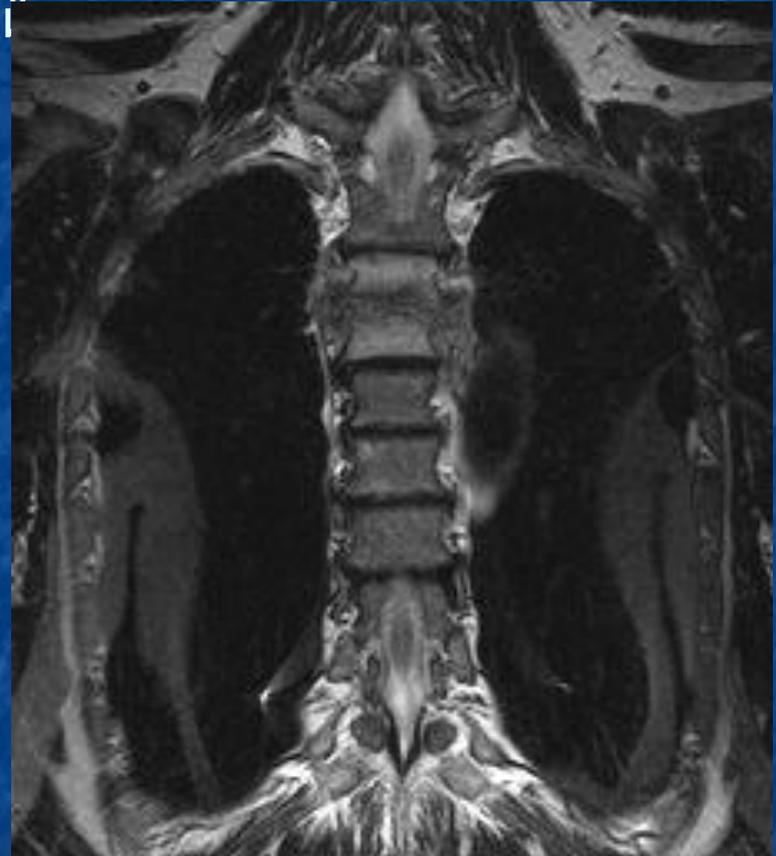
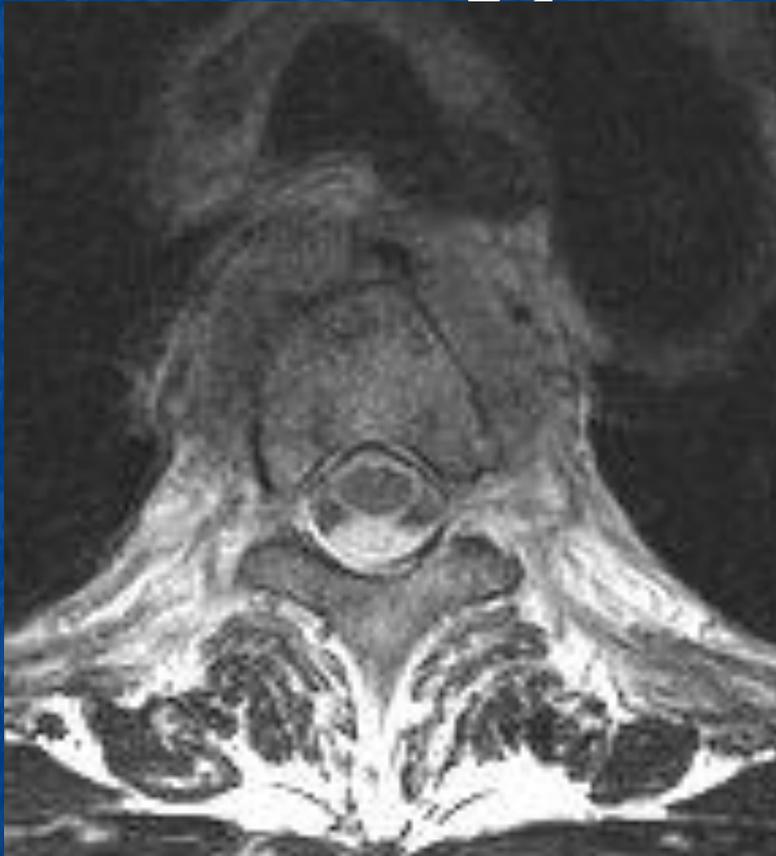




all



Ый



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.

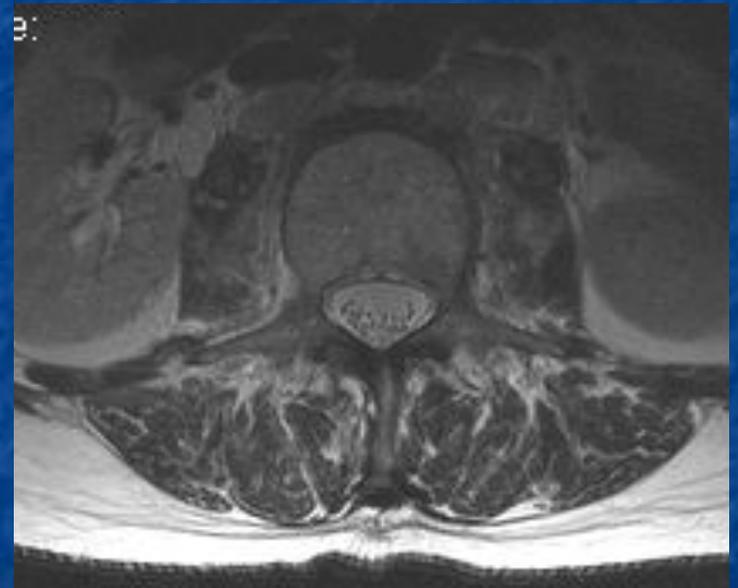
Рентгенологические признаки затихания туберкулезного процесса

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.

Спондилит L2-L3



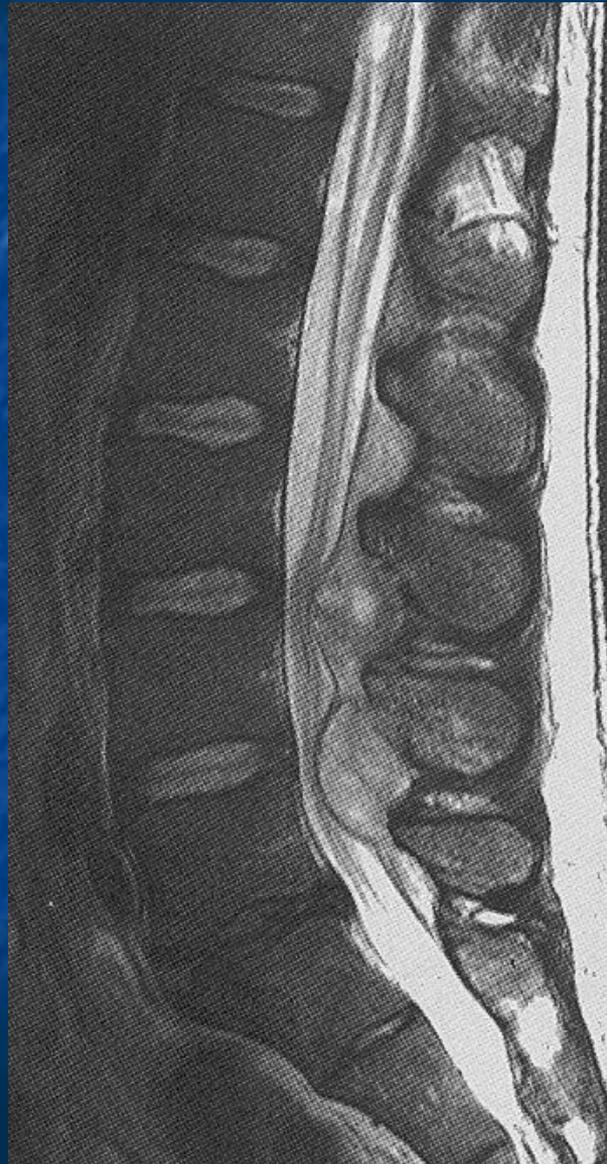
Эпидуральный абсцесс



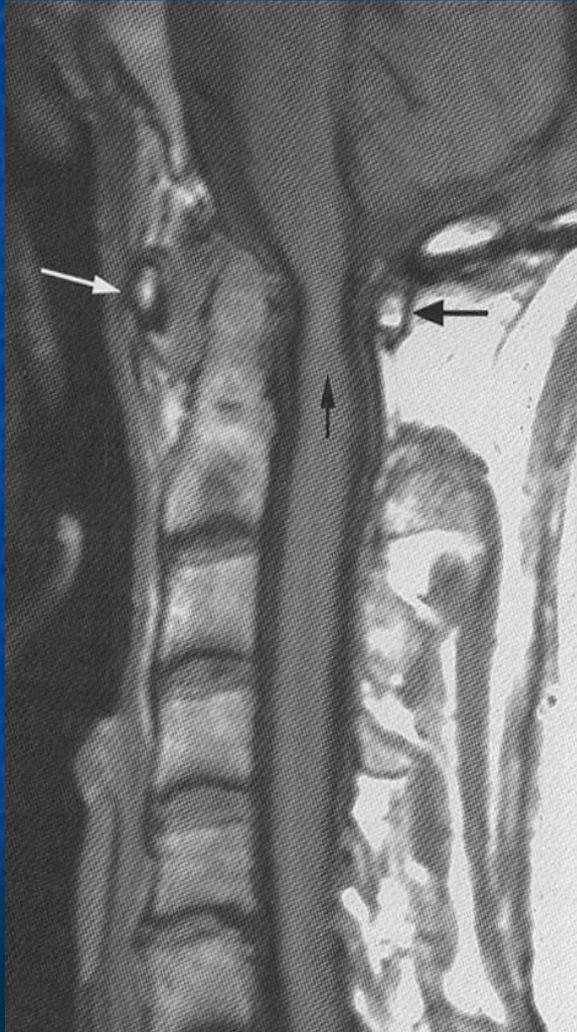
Эпидуральный абсцесс



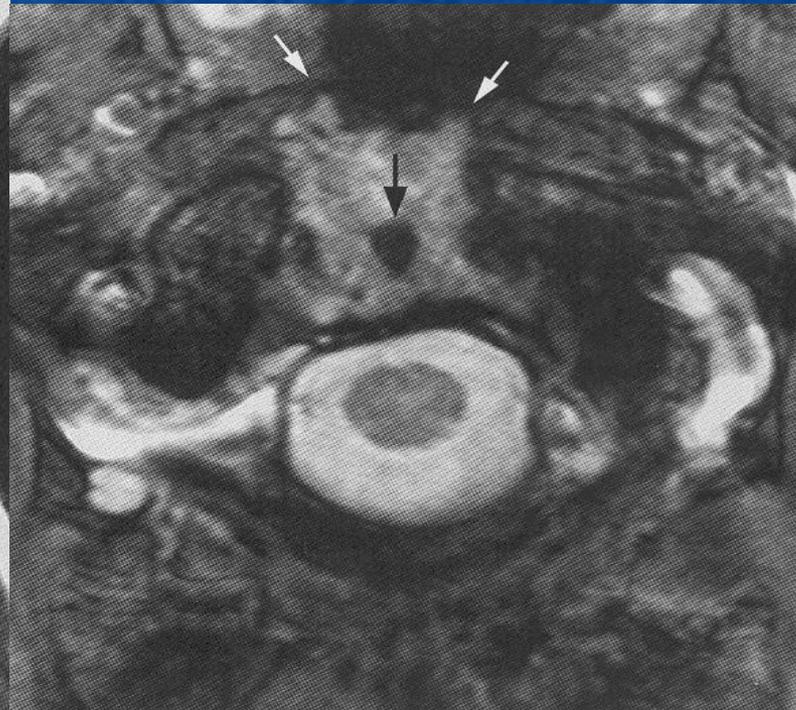
Эпидуральный абсцесс



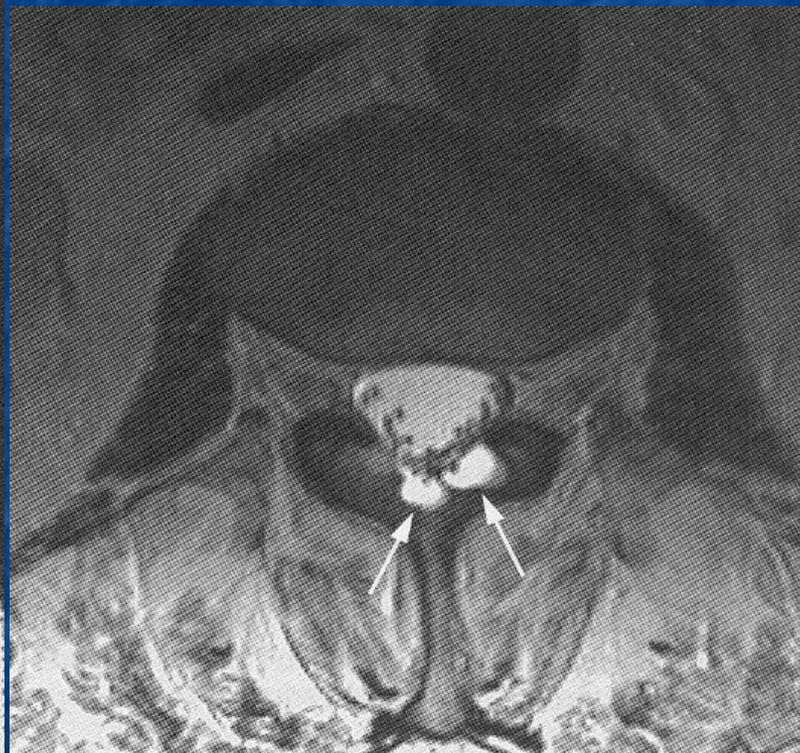
Ревматоидный артрит



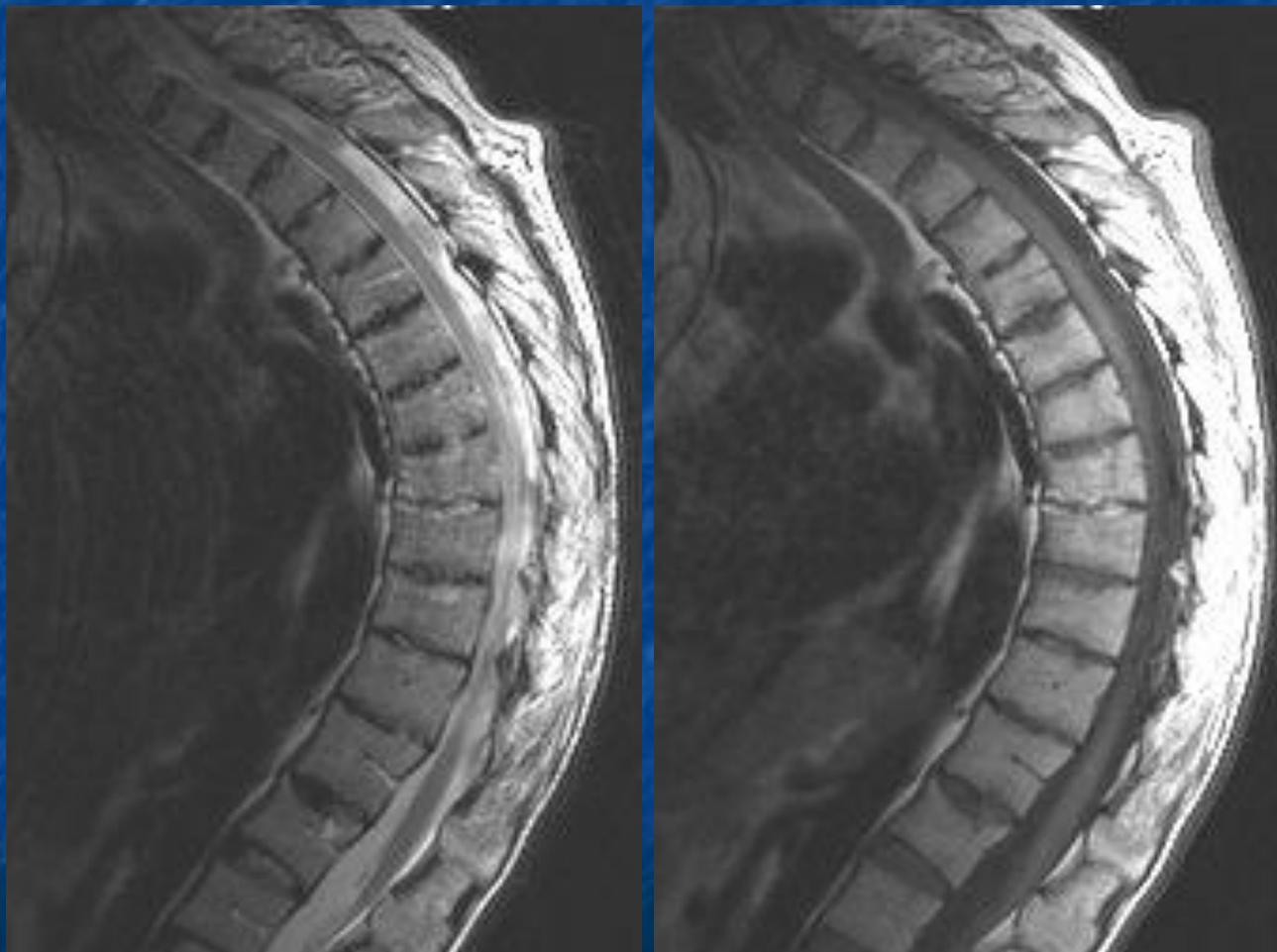
Ревматоидный артрит



Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).



Болезнь Бехтерева



Болезнь Бехтерева

