

6. Квасников Е.Н., Нестеренко О.М. Молочнокислые бактерии и пути их использования М., 1975.

7. Костюк О.П., Чернышова Л.И., Волоха А.П. // Педиатрия. 1998. № 1. С. 71–75.

8. Пикина А.П. и др. // ЖМЭИ. 1999. № 6. С. 34–38.

Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии

4 июня 2002 г.

УДК 616.711 - 002 - 079.4

КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

© 2003 г. М.В. Бабаев, В.Н. Гончаров, А.О. Мовсесян, В.Л. Фомичев

This work outlines a variety of signs of non-specific spondylitis based on results obtained using X-ray, radioisotope scanning, magnetic resonance imaging, cytology and immunochemistry

Общеизвестные трудности распознавания воспалительных заболеваний позвоночника обусловлены отсутствием достоверных клинических, лабораторных и рентгенографических проявлений заболевания. Обнаружение деструктивных изменений в телах позвонков является объективной мотивацией для исключения в первую очередь метастатического характера поражения, что определяет тактику дальнейшего планируемого лечения. Разобраться в этих сложных и ответственных вопросах призваны целенаправленное использование современных возможностей диагностического арсенала, коллективный опыт и совместные усилия лучевых диагностов, терапевтов и ортопедов. В данной работе на конкретном клиническом примере авторами представлены этапы диагностики и дифференциации, что способствовало установлению истинной природы заболевания позвоночника.

Больной Ф., 65 лет, госпитализирован в терапевтическое отделение больницы № 7 23.07.2001 г. с предварительным диагнозом ИБС, стенокардия напряжения, обострение хронического пиелонефрита и остеохондроза позвоночника с выраженным корешковым синдромом. При поступлении предъявлял жалобы на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, иррадирующие в обе ноги, паховые области, усилившиеся при малейшем движении; вынужденное положение туловища, слабость. Считает себя больным с середины июля 2001 г. Заболел остро без видимой причины, когда появились боли в поясничном отделе позвоночника и субфебрилитет. Лечился амбулаторно, неспецифическими противовоспалительными и обезболивающими средствами, при этом отмечалось ухудшение.

В анамнезе, кроме гастрита, других хронических заболеваний не отмечалось. При объективном осмотре обнаруживалось сглаженность поясничного лордоза, болезненность паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника, а также положительные симптомы натяжения с обеих сторон. Объем активных движений в поясничном отделе позвоночника был резко ограничен. Со стороны остальных органов и систем видимой патологии не наблюдалась. В анализах периферической крови выявлено повышение

СОЭ до 37 мм/ч, умеренный лейкоцитоз до $8,0 \times 10^9$, палочкоядерный сдвиг.

В условиях стационара при поступлении была выполнена обзорная рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, которая обнаружила ограниченные участки деструкции с нечеткими контурами на протяжении передне-верхнего отдела тела L3 позвонка, отмечалось также разрушение передней зоны его верхней замыкательной пластинки. Нечеткость контуров деструктивных изменений и краевая их локализация настораживали относительно специфической этиологии выявленных изменений. Это определило необходимость более детального изучения зоны интереса методом МРТ. На полученных томограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника спинной мозг прослеживался до L1. В T2-режиме диски L5 – S1, L3 – L4 и L1 – L2 дегенеративно изменены; контуры замыкательных пластинок тел L3 и L2 позвонков неровные; МР-сигнал от тел L3 и L2 позвонков несколько повышен в T2 и понижен в T1-режиме. Диск L2 – L3 плохо дифференцируется. На этом уровне паравертебрально, в проекции м. iliopectas больше справа отмечаются зоны МР-сигнала высокой интенсивности. В сегменте L2 – L3 элементы нестабильности. Задние контуры дисков L4 – L5 и L5 – S1 смещены в позвоночный канал билатерально больше вправо на 5,5 и 5 мм соответственно. Отмечается слабое усиление МР-сигнала в субхондральных отделах тел L5 – S1 позвонков, вероятнее за счет дегенеративных изменений. Полученные данные привели к смещению предполагаемого диагностического акцента в пользу специфического спондилита.

В целях дифференциальной диагностики спондилита использовались традиционные лабораторные методы: внутрикожная туберкулиновая проба Манту, исследование на наличие специфических антител. В результате был получен отрицательный ответ на наличие специфической природы спондилита.

Параллельно проводился поиск первичного очага как возможного источника метастатического поражения позвоночного столба: ультразвуковые, эндоскопические и рентгенологические исследования, кото-

рые не привели к обнаружению первичной злокачественной опухоли внутренних органов.

Для уточнения распространенности процесса с целью исключения метастатического поражения была выполнена остеосцинтиграфия. Результаты исследования позволили выявить умеренную гиперфиксацию в проекции L2 – L3 и слабую гиперфиксацию в проекции C7 – Th 1; Th 10 позвонков были расценены как дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

Последующее в динамике рентгенологическое исследование поясничного отдела позвоночника позволило выявить увеличение зоны деструктивных изменений, их распространение на весь верхний край тела L3 позвонка и сформировавшуюся контактную зону деструкции по нижнему краю тела L2 позвонка. Межпозвонковый диск был неравномерно сужен, но отчетливо дифференцировался.

В процессе изучения и анализа всего объема информации по результатам использованных методов лучевой диагностики дифференциация выявленных изменений проводилась между метастатическим поражением позвоночника, специфическим и неспецифическим спондилитом.

В пользу специфического спондилита на рентгенограммах и линейных томограммах указывала краевая локализация очага деструкции с разрушением замыкательной пластинки и последующим распространением на подлежащий отдел тела L2 позвонка, увеличение в объеме паравerteбральных мягких тканей на этом же уровне, снижение интенсивности МР-сигнала от тел L2 и L3 позвонков в T2-режиме; умеренная гиперфиксация РФП в проекции L2 и L3 позвонков. Против него свидетельствовали результаты лабораторных исследований, а также сохранность диска L2 – L3 в рентгенографических и МР-изображениях.

За наличие метастатического процесса говорила динамика клинических проявлений заболевания, на-

растание болевого синдрома, отсутствие эффекта от обезболивающих средств, рентгенологически проявление деструктивных изменений и уменьшение интенсивности МР-сигнала в T1 режиме от тел L2 и L3 позвонков. Однако безуспешные поиски первичной злокачественной опухоли внутренних органов по результатам целенаправленного комплексного обследования и отсутствие выраженной гиперфиксации РФП в телах L2 и L3 позвонков, по данным остеосцинтиграфии, позволило объективно исключить опухолевую природу выявленных изменений.

В результате дифференцированного анализа всей базы данных было принято решение в пользу острого, прогрессирующего неспецифического спондилита.

Проведенная больному неспецифическая антибактериальная терапия привела к заметному улучшению общего самочувствия, значительному уменьшению болевого синдрома и нарастанию объема двигательной активности.

Амбулаторное лечение сочеталось с госпитализацией в ортопедическое отделение БСМП № 1 в сентябре 2001 и в феврале 2002 г., где также проводилось неспецифическое противовоспалительное лечение и ортопедическая коррекция статической нагрузки поясничного отдела позвоночника.

Критерием правильности установленного диагноза явились данные катамнеза. Контрольное рентгенографическое исследование, выполненное через 5 и 14 месяцев, обнаруживало выраженное ограничение участков деструкции сопряженных отделов тел L2 и L3 позвонков широкой зоной остеосклероза, фрагментарное окостенение межпозвонковых связок.

Данные рентгенографические признаки свидетельствовали о стихании воспаления и активном развитии репаративного процесса. Кроме того своевременное и адекватное лечение привело к полному восстановлению двигательной активности, исчезновению болей и в конечном итоге выздоровлению.

Ростовский государственный медицинский университет, городская больница № 7, Ростов н/Д

11 ноября 2002 г.

УДК: 616:89:612.431.45.

ВЛИЯНИЕ ЛИКВОРА БОЛЬНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФУНКЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ ЖИВОТНЫХ-РЕЦИПИЕНТОВ

© 2003 г. Т.С. Колмакова, Г.А. Вилков, А.М. Менджерский

The experiments show that cerebrospinal fluid of patients by schizophrenia and epilepsy leads to the change of neurosecretory activity of hypothalamus

Different changes level of hormones of hypothalamic-pituitary adrenal and thyroid systems were marked at animals-recipient

It was supposed that the violation of functions at endocrinous system of studied diseases was connected with influence of physiologically active substances of cerebrospinal fluid on the structure of central regulation

У больных шизофренией, эпилепсией и другими нервно-психическими расстройствами часто отмечаются нарушения деятельности желез внутренней секреции, что, по мнению ряда авторов, связано с нару-

шением моноаминовых систем гипоталамуса и гиппокампа, принимающих участие в регуляции эндокринной системы [1 – 4]. Активность этих структур мозга может меняться под воздействием гуморальных фак-