

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ТУБЕРКУЛЕЗНОГО
СПОНДИЛИТА: РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

П.И. Лукьянёнок, А.С. Лещёв,

А.А. Стрелис

Томск, Россия

В России остается высокой доля случаев (до 36%) не выявленного внелегочного, костно-суставного туберкулеза, причём с 1992 г. отмечается тенденция к его омоложению. Диагностические аспекты этой проблемы крайне сложны как с позиций лабораторной, так и с точки зрения лучевой диагностики. Особенно это касается применения низкочастотной магнитно-резонансной томографии, вопросы использования которой при туберкулезном спондилите недостаточно полно отражены как в отечественной, так и зарубежной литературе. С одной стороны – это объясняется новизной самого метода, с другой – спецификой обследуемого контингента. Ситуация осложняется отсутствием единых методических подходов в магнитно-резонансной томографии для этих целей, сложностью дифференциальной диагностики и многообразием форм патологических состояний, которые могут вовлекать позвоночник в процесс.

В этой связи авторы надеются, что данное руководство может служить серьезным методическим подспорьем в работе как врачей занимающихся лучевой диагностикой - рентгенологов, специалистов по магнитно-резонансной томографии, так фтизиатров, травматологов-ортопедов, нейрохирургов, а также студентов медицинских вузов. Материалы руководства могут быть использованы в

учебно-педагогическом процессе, на кафедрах фтизиатрии и лучевой диагностики, рентгенологии.

Библиография -252 источника, рис.55, таб.-19.

Туберкулезный спондилит входит в клиническую группу внелегочного туберкулеза, выделенную в общую клинко-рентгенологическую классификацию туберкулеза 1948 года. Заболеваемость внелегочным туберкулезом в общей структуре всех локализаций снизилась с 14,0 в 1970г до 4,8 в 1998г в России на 100 тыс. населения. Однако, по данным СПб НИИ фтизиопульмонологии, сегодня в России недовыявление и недоучет туберкулеза внелегочной локализации составляет до 36%. Начиная с 1992г, прослеживается тенденция омоложения туберкулеза внелегочной локализации. Вегетация этих микобактерий происходит в условиях ацидоза и анабиоза. Предполагается снижение ферментативной активности микобактерий туберкулёза (МБТ), вегетирующих в условиях повышенного анаэробноа. Жизнедеятельность МБТ из очагов внелегочных форм туберкулёза значительно снижена по сравнению с возбудителем легочного процесса. Отмечается преобладание олигобациллярности и более низкой частоты нахождения МБТ в очагах туберкулёза внелегочных форм. Однако уже сейчас имеет место выделение МБТ у детей из тяжелого контакта с присутствием туберкулёза с множественной устойчивостью МБТ. Высеваемость МБТ при внелегочных формах низкая, а чувствительность и специфичность зависит от локализации внелегочных форм туберкулёза. Но в целом, патогенез внелегочных форм туберкулеза сходен (гематогенный путь инфицирования, если исключить туберкулез в лимфоузлах), единый способ инвазии, связанный с микроциркуляцией, веду-

щая роль первоначальных органных поражений. Очаговые поражения возникают лишь при определенных условиях микроциркуляции (обширность микроциркуляторного бассейна; замедленный кровоток и интимный контакт русла с тканями; полужамкнутый характер системы микроциркуляции, наличие пор, брешей в стенках микрососудов). Для каждого органа при туберкулезе внелегочных форм локализаций строго определено место расположения первоначальных туберкулёзных очаговых поражений. Так, в костях и суставах – миелиновый костный мозг, преимущественно в телах позвонков и эпиметафизах длинных трубчатых костей. Врачу-остеологу следует быть внимательным и учитывать все факторы снижающие эффективность химиотерапии при туберкулёзе внелегочных локализаций: нарушение микроциркуляции, включая аваскулярность казеозно-некротических очагов; стабильность казеозных масс, плохо поддающихся резорбции и элиминации из организма; избыточный фиброз, вызывающий функциональные нарушения и ведущий к малому поступлению противотуберкулёзных препаратов в органы и ткани, туберкулёзные очаги. Наконец, туберкулёзный спондилит, как и другие органы – глаза, лимфоузлы, маточные трубы, представляют малую доступность для терапевтических воздействий из-за их позднего выявления. Развитие воспаления же идёт через межпозвоночный диск на соседний позвонок, спереди, с отслойкой передней продольной связки; сзади – в позвоночный канал и околопозвоночные мягкие ткани с развитием натечных абсцессов. Поэтому при туберкулезном спондилите важна точная диагностика всех туберкулёзных изменений адекватная химиотерапия и своевременное применение хирургических вмешательств. В

диагностическом плане авторы предлагаемой монографии большие надежды возглавляют на магнитно-резонансную томографию, которая в большинстве случаев позволила детально описать семиотику туберкулезного поражения при спондилитах.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ И ДИАГНОСТИКИ ЭНУРЕЗА У ПРИЗЫВНИКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ

А.Л. Малых

Ульяновск, Россия

Учебно-методическое пособие Малых А.Л. посвящено актуальной проблеме военной медицины: диагностике и экспертизе энуреза у призывников. На статистической группе 150 пациентов, прошедших стационарное обследование в урологическом отделении, проведен анализ распространенности различной патологии мочевыводящей системы и других висцеральных органов. Установлены общие закономерности формирования морфофункциональных изменений в тазовых органах, причины высокой заболеваемости везикоптозом I и II степени у призывников, признанных временно негодными к службе в армии.

Впервые определен объективный критерий экспертизы у юношей, страдающих полным недержанием мочи – увеличение размеров предстательной железы до 18.09 ± 4.71 см³, что достоверно выше, чем у здоровых призывников ($p=0,0000$).

В пособие подробно описаны морфофункциональные изменения в ЦНС, вегетативной нервной системы, определена степень выраженности личностной и реактивной тревожно-