

Целесообразность МРТ при ранней диагностике спондилитов обусловлена возможностью увидеть ранние патологические изменения в телах позвонков, поскольку они сопровождаются отеком и инфильтрацией костного мозга, а также выявить ранние дистрофические изменения в дисках, что связано с потерей воды. Важным преимуществом МРТ является возможность визуализации спинного мозга на всем его протяжении. МРТ является методом выбора для определения степени компрессии спинного мозга, ее локализации и протяженности, а также визуализации паравerteбральных натечных абсцессов.

Ограничения метода связаны с отсутствием изображения костной структуры.

Таким образом для диагностики спондилитов должен применяться комплекс лучевых методов, из которых рентгенологический сохраняет базовое значение, а выбор и порядок проведения других исследований определяется конкретными клинико-диагностическими обстоятельствами и хирургическими задачами.

92

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ И СУСТАВОВ

Глушко Л.С., Пивень А.И.

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

В связи с изменившейся ситуацией по туберкулезу выявление этого заболевания в наиболее ранних стадиях вновь становится актуальным. Трудности своевременной или ранней диагностики туберкулезного процесса опорно-двигательного аппарата известны и связаны с тем, что достаточно длительное время заболевание может протекать бессимптомно, без больших изменений, выявляемых при рентгенографических исследованиях. Большое значение в первичной диагностике имеет правильно и технически качественно проведенное обследование больного. Известно, что минимальные изменения костной ткани, суставов в рентгеновском изображении определяются лишь при безупречной технологии. Поскольку клинические проявления заболевания при туберкулезном поражении позвонков, крупных и мелких суставов (наиболее частая локализация) не столь специфичны, то заболевшие взрослые лица, как и дети, первоначально наблюдаются у специалистов общей лечебной сети под маской других заболеваний. При этом длительность периода от первого обращения пациента к врачу до установления диагноза составляет от 6 недель до 6 мес. При первичном и повторных обследованиях пациентов допускаются две основные ошибки. Первая состоит в том, что возможность туберкулеза при локальном поражении (в виде стойкого болевого синдрома) позвоночника, тазобедренного или коленного сустава упускается в дифференциальном ряду. Вторая заключается в том, что качество рентгенографии часто не позволяет увидеть те минимальные изменения структуры кости или суставной щели, которыми проявляется процесс. К этому можно также добавить и то, что при динамической оценке рентгенограмм последние редко наблюдаются в сравнении, и это не приносит желаемого эффекта. Кроме того, практически крайне редко больным с локальным повреждением скелета применяется МР томография, возможности которой в выявлении морфологических изменений скелета значительно превосходят стандартные рентгено- и томографию.

В практическом отношении целесообразна организация на уровне районных поликлиник (больниц) централизованных консультаций рентгенограмм пациентов прежде всего с нерасшифрованной патологией опорно-двигательного аппарата, когда трудно исключить туберкулез. Это помогло бы избежать такой ситуации, которая сейчас наблюдается: диагноз туберкулеза практически устанавливается у лиц в фазе, когда имеются уже вторичные проявления болезни (горб, натечный абсцесс и т.д.). Необходимо также на областном уровне проведение определенной организационно-методической работы с врачами и повышение их квалификации в вопросах диагностики и дифференциальной диагностики патологии опорно-двигательного аппарата.

93

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК

Карташов М. В.

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Целью исследования было уточнение семиотики деструктивного туберкулеза почек при сопоставлении ультразвуковой, КТ и рентген- картин. Обследовано 42 больных в возрасте от 17 до 65 лет. Диагноз туберкулеза во всех случаях подтвержден гистологически или выделением культуры МБТ из мочи. Лучевое исследование пациентов проводилось после клинического обследования, при котором характерными для деструктивного туберкулеза почек были гематурия, протеинурия, лейкоцитурия.

Проведен анализ симптоматики и оценена возможность выявления признаков, позволяющих диагностировать характер процесса в зависимости от локализации и размеров полости, распространенности деструкции при сопоставлении УЗИ, КТ и экскреторной урографии. Полости деструкции при отсутствии сообщения с чашечно-лоханочной системой или снижении функции почки могут не выявляться при рентгеновском исследовании. Для выявления этих полостей применяются томографические методы – УЗИ, КТ. В то же время этими методами нельзя обнаружить мелкие деструкции в сосочке почки. В этом случае наиболее информативным исследованием является полипроекционная ретроградная пиелография или экскреторная урография с наружной компрессией мочеточников.

Многие варианты деструктивного туберкулеза почек могут имитировать кисту почки, дивертикулы и расширения чашечно-лоханочной системы. Однако выявление полостного образования в паренхиме почки, сегментарного истончения и паренхимы, отсутствия причин нарушения оттока, наличие паранефрита позволяют заподозрить туберкулезное поражение. Применяемое в этих случаях сочетание лучевых методов исследования и бактериологического метода позволили установить диагноз туберкулеза в 97,5% случаев. Создан алгоритм комплексного лучевого и бактериологического исследования при подозрении на туберкулез.

94

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Фатеев С.П., Козлова А.В., Тихомиров В.В.

Областной противотуберкулезный диспансер
Государственная медицинская академия
г. Тюмень

В течение 1996-1997 гг. во внегочечном отделении областного противотуберкулезного диспансера были обследованы больные с подозрением на туберкулез мочеполовой системы. У 36 из 108 обследованных больных (34,2%) был диагностирован туберкулез мочеполовой системы, 55,5% из которых составили женщины, 44,5% – мужчины. Основной удельный вес пришелся на людей работоспособного возраста – от 40 до 49 лет (30,5%). До поступления в областной противотуберкулезный диспансер они лечились более 1,5 лет (41,7%) в различных лечебных заведениях Тюменской области в основном по поводу хронического пиелонефрита (33,8%) и хронического цистита (22,2%). Длительные сроки наблюдения за больными чаще отмечались в г. Тюмени. Поэтому у большинства пациентов развился деструктивный туберкулез почек: кавернозный – 30,5%, туберкулезный папиллит – 33,3%, пионекроз – 8,3%. У остальных пациентов – недеструктивные формы поражения мочеполовой системы.

Для диагностики туберкулеза с в специализированном отделении больным выполнены лучевые методы исследования: ультразвуковая сонография, рентгеноконтрастирование – 100%, а также компьютерная томография. Исследование мочи на микобактерии туберкулеза дало положительные результаты при бактериоскопии – в 16,6%, бактериологически – 30,5%. В качестве диагностических тестов имели значение туберкулиновые