

материально-бытовые условия установлены у 16 (34,78%) пациентов.

При серологическом обследовании крови чаще (17,3%) встречались маркеры HBV, несколько реже (11,1%) – маркеры HCV, еще реже (8,3%) – маркеры микст-гепатита В + С.

Заключение. У больных туберкулезом органов дыхания с сопутствующим вирусным гепатитом среди клинических форм преобладает двусторонний инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, чаще с бактериовыделением.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В КОСТНОЙ ТКАНИ

ХОМЕНКО В. А., БАГИРОВ М. А., БЕРЕЗОВСКИЙ Ю. С.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF INFLAMMATION IN BONE TISSUE

KHOMENKO V. A., BAGIROV M. A., BEREZOVSKIY YU. S.

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Костно-суставной туберкулез занимает четвертое место по заболеваемости и распространенности в структуре внелегочного туберкулеза в РФ и составляет 8-12% по отношению к общему числу туберкулезных заболеваний.

Туберкулезный спондилит занимает первое место среди всех локализаций костно-суставного туберкулеза, составляя 50-60% от общего числа больных. В последнее время резко возросло число взрослых с впервые выявленным туберкулезным спондилитом. Они составляют 70% среди поступивших на хирургическое лечение.

Методы лучевой диагностики (МСКТ, МРТ), сцинтиграфии, которые применяются для диагностики патологических процессов в опорно-двигательном аппарате, не позволяют провести точную дифференциальную диагностику между специфическим туберкулезным и неспецифическим процессом в предоперационном периоде. Для окончательной верификации диагноза после оперативного вмешательства используют микробиологический и морфологический методы.

Материалы и методы. В 1-м хирургическом отделении ФГБНУ «ЦНИИТ» было прооперировано в 2014-2015 гг. 23 пациента, поступивших с диагнозом костного суставного туберкулеза различных локализаций. Из них мужчин было 15, женщин – 8. Средний возраст составил от 17 до 66 лет. Распределение по локализациям было следующим: с поражением голеностопного сустава – 2 пациента, коленного – 1, бедренной кости – 1 пациентка, локтевого сустава – 1, позвоночника – 18 пациентов. После операции резецированный материал отбирался для микробиологического исследования

методами посева и ПЦР, а также для морфологического исследования с использованием окрасок по Цилю – Нельсену, Ван Гизону.

Результаты. Туберкулезная этиология воспалительного процесса подтверждалась по совокупности результатов микробиологического и морфологического методов, среди них ведущий – микробиологический. Туберкулез доказан у 14 больных, из которых у 6 результаты микробиологии и морфологии совпали. Из них у 2 больных имела место смешанная инфекция, в остальных случаях морфологический материал оказался неинформативен. У 6 больных уточнен диагноз неспецифического спондилита только на основании морфологического исследования. Микробиологическими методами выявить возбудителя не удалось. У 1 больного был остеомиелит Гарре. Он имел рентгенологическую картину, схожую с туберкулезным поражением. Микробиологический метод результатов не дал. Только при проведении морфологического исследования и применении дополнительной окраски по Цилю – Нельсену, которая дала отрицательный результат, была возможна постановка диагноза.

Заключение. В дифференциальной диагностике воспалительной патологии костной ткани прежде всего приходится ориентироваться на морфологическую диагностику, особенно в случаях, где инфекционный процесс вызывает сомнения. В случае туберкулезного и неспецифического поражения диагноз выставляется на основании совокупности результатов микробиологического и морфологического исследования с учетом морфологической оценки выраженности воспаления и его фазы.