

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЯСНИЧНОГО СПИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Федотова И.Ф., Феклина И.В.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины»

Диагностический центр «Скен Лайф», Харьков, Украина

Вступление МРТ считается "золотым стандартом" в диагностике поясничного спинального стеноза (ПСС).

Цель Проанализировать МРТ характеристики у больных с ПСС в зависимости от тяжести неврологического дефицита.

Материалы и методы МРТ-исследование были проведены 317 пациентам. Группу I (137 пациентов) составили больные с ПСС с наличием неврологического дефицита. II группа (180 пациентов) - пациенты с ПСС без признаков объективного неврологического дефицита. МРТ выполняли на аппарате «i_Open 0,36». Резервные пространства спинномозгового канала считали равными (РПСК): сагиттальный размер позвоночного канала (ПК) – сагиттальный размер спинного мозга (СМ). Коэффициент резервных пространств спинномозгового канала рассчитывался по формуле: $K_{РПСК} = РПСК / \text{сагиттальный размер спинного мозга}$.

Результаты У 46,29 % больных I группы и 43,18 % пациентов II группы имелись протрузии и (или) грыжи 1 диска, у 38,89 % (I группа) и 37,88 % пациентов (II группа) – 2 дисков, у оставшихся пациентов - 3 и более дисков. Сравнивая переднезадние и парасагиттальные размеры, мы не выявили достоверных различий между группами на уровнях LI-LII и LII-LIII. Сагиттальный размер на нижележащих уровнях был достоверно больше во II группе ($p < 0,05$). На уровне LIII-LIV достоверно меньшим оказался аксиальный диаметр и парасагиттальный размер позвоночного канала в I группе. На уровнях LIII-LIV, LIV-LV, LV-SI диаметр бокового кармана и МПО оказались достоверно большими во II группе ($p < 0,001$). В 13,88 % случаев в компрессии невральных структур так же принимали участие расширенные эпидуральные вены. Уровень сдавления соответствовал LIV-V и LV-SI дискам. Корреляции между компрессией дурального мешка и наличием/отсутствием неврологического дефицита выявлено не было. $K_{РПСК}$ оказался достоверно выше во II группе. У больных с синдромом клаудикации мы отметили утолщение корешков конского хвоста: 67 больных I группы (52,34 %) и 112 больных II группы (74,67 %). У больных с клаудикацией отмечался венозный застой в эпидуральных венах (27,13 %). При синдроме клаудикации у больных с наличием объективного неврологического дефицита $K_{РПСК}$ были наименьшими.

Выводы

1. Проведение МРТ позволяет уточнить характер компримирующих факторов стеноза, диагностировать его вид, предположить механизм формирования неврологических синдромов.

2. Сравнивая переднезадние и парасагиттальные размеры поясничного отдела ПК в группах больных с ПСС на уровнях LI-LII и LII-LIII, не было выявлено достоверных различий между группами. Сагиттальный размер ПК на нижележащих уровнях был достоверно больше во II группе пациентов. На уровне LIII-LIV достоверно меньшим оказался аксиальный диаметр и парасагиттальный размер в I группе. На уровнях LIII-LIV, LIV-LV, LV-SI диаметр бокового кармана и МПО также оказались достоверно большими во II группе пациентов ($p < 0,05$).

3. В 27,78 % случаев у пациентов I группы и в 38,64 % случаев у больных II группы грыжевое выпячивание являлось причиной компрессии дурального мешка. В 13,88 % случаев в компрессии невральных структур принимали участие расширенные эпидуральные вены. Корреляции между компрессией дурального мешка и наличием/отсутствием неврологического дефицита выявлено не было.

4. К РПСК оказался достоверно выше во второй группе пациентов ($p < 0,05$). При синдроме каудогенной перемежающейся хромоты у больных с наличием объективного неврологического дефицита значения К РПСК были наименьшими.

5. У больных с синдромом клаудикации мы отметили утолщение корешков конского хвоста.