

*Раззаков Ж.Д. магистр 3 курса
А.А. Собиров, к.м.н., ассистент
кафедры медицинской радиологии
и клинической лабораторной диагностики
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан*

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСОВОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Резюме. Заболеваемость достаточно часто начинается с деструктивных изменений в одном изолированном теле, затем в процесс вовлекаются тела смежных позвонков, связочный аппарат и дугоотростчатые суставы. Опухоль позвоночника может быть диагностирована через 1-2 года после появления начальных симптомов заболевания.

Возникновение корешкового синдрома происходит при сближении стенок межпозвонкового канала в результате деструктивных изменений тел и дегенеративных изменений межпозвонкового диска.

Ключевые слова: опухоль позвоночника, пояснично-крестцового, остеохондроз, сосудисто-нервного пучка, спинного мозга.

*Razzakov Zh.D. Master of 3 courses
A.A. Sobirov, Ph.D., assistant
Department of Medical Radiology
and clinical laboratory diagnostics
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan*

POSSIBILITIES OF MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF TUMORS OF THE LUMBOSACRAL SPINE

Summary. The incidence quite often begins with destructive changes in one isolated body, then the bodies of adjacent vertebrae, ligamentous apparatus and facet joints are involved in the process. A spinal tumor can be diagnosed 1-2 years after the onset of the initial symptoms of the disease.

The emergence of radicular syndrome occurs when the walls of the intervertebral canal converge as a result of destructive changes in the bodies and degenerative changes in the intervertebral disc.

Key words: tumors of the spine, lumbosacral, osteochondrosis, neurovascular bundle, spinal cord.

Актуальность. Медицинское и социально-экономическое значение проблемы диагностики и лечения опухолей пояснично-крестцового отдела позвоночника чрезвычайно велико. В нашей республике и за рубежом обращаемость пациентов к врачам различных специальностей (невропатологам, ортопедам, нейрохирургам и др.) по поводу боли в пояснице или нижних конечностях достаточно высока.

Заболеваемость достаточно часто начинается с деструктивных изменений в одном изолированном теле, затем в процесс вовлекаются тела смежных позвонков, связочный аппарат и дугоотростчатые суставы. Опухоль позвоночника может быть диагностирована через 1-2 года после появления начальных симптомов заболевания.

Целью работы. Разработать магнитно-резонансную томографическую симптоматику патологических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника, вызывающих стеноз межпозвонковых каналов у больных с опухолями позвоночника.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении лучевой диагностики клиники АГМИ комплексного магнитно-резонансного обследования больных с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Работа основана на анализе результатов комплексного магнитно-резонансного и клинического обследования 60 больных с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

После госпитализации все пациенты были обследованы невропатологом, нейрохирургом и онкологом, при необходимости привлекались другие профильные специалисты.

Клинический диагноз ставился на основании проведенного сомато-клинического и инструментальных методов исследования. Проведено обследование больных с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, данные которых заносили в специально разработанную анкету, включающую следующие показатели: паспортные данные, с отражением места жительства, развернутый клинический диагноз, лабораторно-инструментальные и биохимические данные.

При нашем исследовании наблюдались 60 больных с различными заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, вызывающих стеноз межпозвонковых каналов. Исследование проведено в отделении лучевой диагностики клиники АГМИ. Для сбора клинических данных использовали истории болезни больных.

Исследовано 20 больных (12 мужчин и 8 женщин) проходивших обследование и лечение в клинике АГМИ в связи с подозрением на опухоль пояснично-крестцового отдела позвоночника, которым в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями [11] был установлен диагноз. В целях данного исследования, помимо общей длительности болезни, отсчитываемой от любых первых клинических симптомов опухоли, на основании расспроса пациентов определялась длительность болей невоспалительного характера в позвоночном столбе. На момент исследования высокая общая активность заболевания была у 11 пациента. Боли воспалительного характера в пояснично-крестцового отдела позвоночника отмечались у 18 пациентов. Всем пациентам проведена (не

более чем за 6 мес. до МРТ-исследования) стандартная рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях.

Результаты исследования. Всего обследовано 60 больных, с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Больные были разделены на 2 группы:

1 – группа (основная) – 20 больных с новообразованиями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

2 – группа (контрольная) – 40 больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника (рис.3.1).

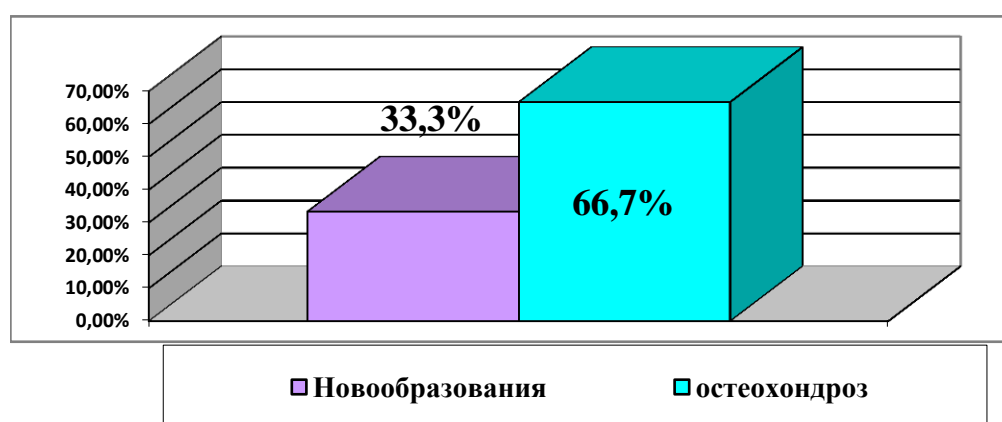


Рис. 1. Структура обследованных больных

Обследованные больные предъявляли жалобы на 2 - 3 симптома сосудисто-нервного пучка, возникающие при заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника. К наиболее часто встречающимся проявлениям относились люмбагия (боль в пояснице) (95%), нейрогенная перемежающаяся хромота (91,6%), симптомы натяжения (Лассега, Вассермана и др.) (75%), нарушение чувствительности в ногах (65%), парезы в ногах (58,3%), ишиалгия (боль в ноге) (53,3%), гипотрофия мышц нижних конечностей – 43,3%, нарушения чувствительности в аногенитальной зоне (21,6%), крампи икроножных мышц (20%), нарушение функции тазовых органов (13,3%) (табл. 3.1).

При активном расспросе оказалось, что в среднем каждый больной испытывает 10 проявлений заболевания. Симптомы появились, как правило, при сдавлении спинного мозга и нарушении опорной функции позвоночника.

У 68% обследованных больных выраженность сосудисто-нервной симптоматики прогрессировала с годами, увеличивалась длительность «симптомных» периодов. Для больных с новообразованиями пояснично-крестцового отдела позвоночника наиболее характерным было появление метастазов к 1-2 годам заболевания, в то время как у больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника симптомы усиливались при движениях.

Над нашим наблюдением находились 60 больных (20 с опухолями и 40 с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника), осложненными компрессиями спинного мозга, в том числе 4 с метастатическими поражениями. Все эти больные прооперированы в нашей клинике. Результаты зависели от характера патологии. Так, в группе с доброкачественными опухолями (9 наблюдений) рецидивов не было, опорная функция позвоночника восстановлено, полного регресса неврологической симптоматики удалось добиться у 7 больных. В группе больных с злокачественными опухолями (5) и их рецидивами (1) результаты хуже смотря на то, что больных дополнительно проводилась комплексная химио-лучевая терапия.

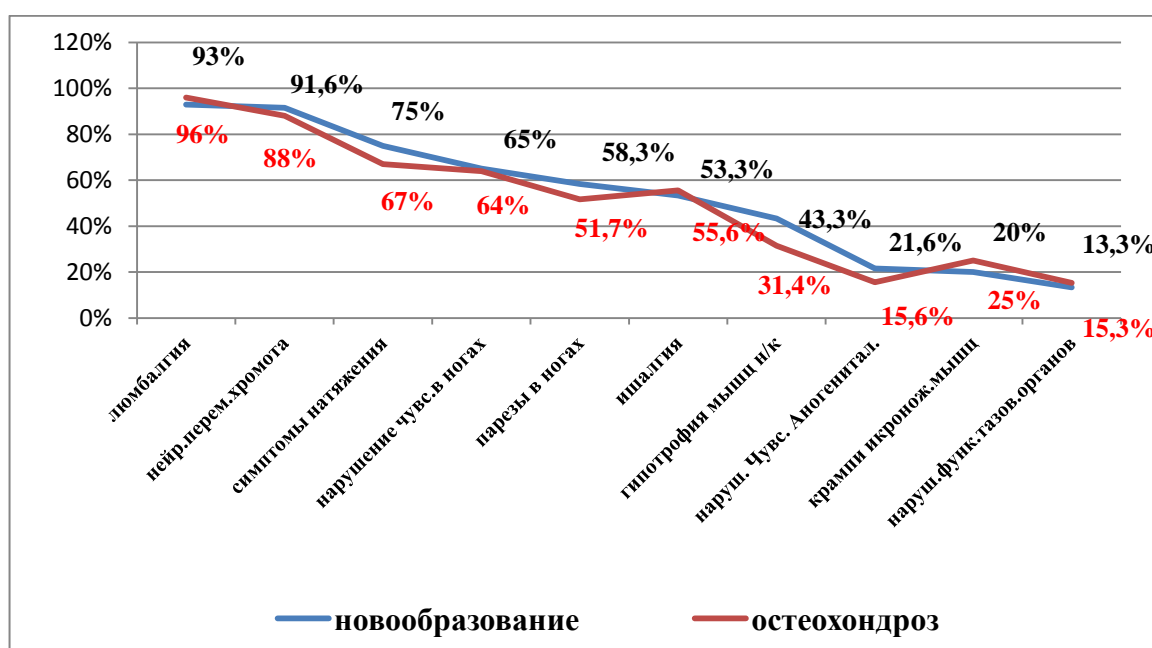


Рис. 2. Частота выявления симптомов сосудисто-нервного пучка в зависимости от патологии позвоночника

А в группе остеохондрозом восстановление опорной функции позвоночника наблюдалось у 24 больных (рис.3.2).

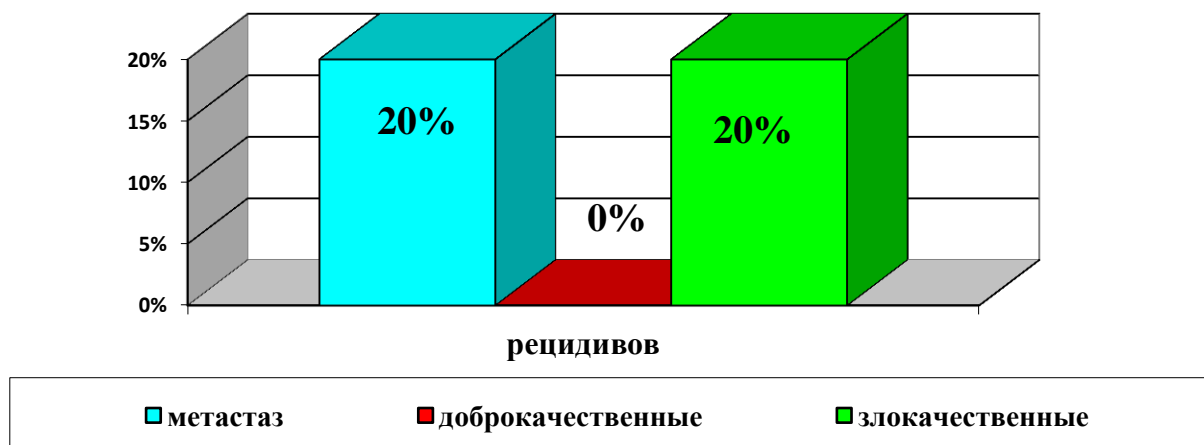


Рис. 3. Частота рецидивов опухолей после операции в зависимости от структуры новообразований.

В остеохондрозе пояснично-крестцовом отделе позвоночника при МРТ выявлено, уплотнение костных структур в 91% случаев и разрастание шипов в 76%, выпячивание межпозвонковых дисков в дорсальном (63,5%) и вентральном (78,1%) направлении, сужение межпозвонковой щели в 93,6% случаев, грыжевые выпячивания в самом теле позвонка (грыжи Шморля) в 44,7% случаев.

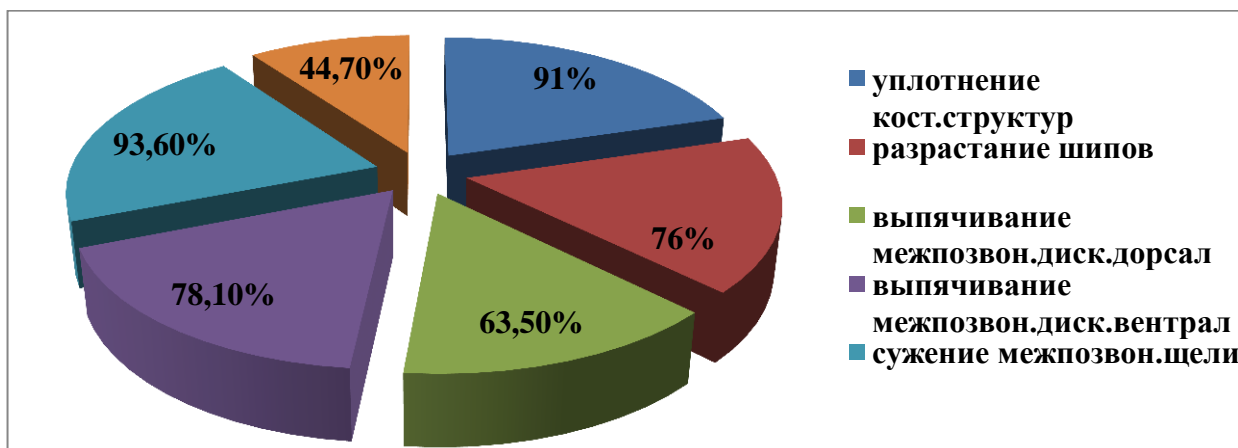


Рис. .4. Частота деструктивных изменений при остеохондрозе пояснично-крестцовом отделе позвоночника

С клинической точки зрения при подозрении на опухолевидное поражение проводили необходимую дифференциацию:

- доброкачественное (49,4%) и злокачественное новообразование (20,2%),

- первичное (20,2%) и вторичное (24,8%) (метастатическое и озлокачествленное),

- ускорение темпа роста,

- заинтересованность содержимого спинномозгового канала, корешков, нервных стволов.

Обсуждение. В современных публикациях сведения о частоте встречаемости новообразований позвоночника разнятся в довольно широком диапазоне. По данным разных авторов, частота остеохондроз позвоночника колеблется от 47 до 75%. При этом у 5 - 10% пациентов симптомы остеохондроза выражены ярко. Некоторые исследователи считают, что в той или иной степени остеохондроз имеет место у 90 - 95% больных в возрасте 40 лет и старше. По данным Боков А.Е. и соавт. [1], такая широта распространения позволяет рассматривать остеохондроз позвоночника как нормальную болезнь среднего возраста. По мнению В.К.Жильцова и соав. [5] частота встречаемости остеохондроза позвоночника разноречива: от 2,1% до 70–95%.

Как свидетельствуют данные нашего исследования, у больных с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника, находившихся на обследовании в отделении лучевой диагностики, получено, что 33,3% больные с новообразования пояснично-крестцового отдела позвоночника. В 66,7% случаев с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Выводы. 1. Комплексное клиническое и лучевое обследование пациентов с использованием компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии является наиболее эффективным в диагностике новообразований и остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника.

2. Включение магнитно-резонансную томографии как основного исследования в комплекс методов лучевого обследования больных со спинально-люмбальной онкологией значительно повышает эффективность диагностики, а также способствует индивидуализированному планированию адекватных оперативных мероприятий.

3. Чувствительность, специфичность и точность магнитно-резонансной томографии в оценке стенозов позвоночного канала составляют соответственно 97,1; 93,3 и 95,4%, в диагностике опухолей - 94,0; 93,3 и 94,1%, в характеристике рубцово-спаечных изменений - 94,7; 98,5 и 98%, в выявлении травматических изменений - 96; 95 и 95,5%, в оценке остеохондроза - 96; 95 и 95,5%, в характеристике послеоперационных осложнений металлоспондилодеза - 97,1; 94,3 и 95,7%.

Литература.

1. Аблязов О.В., Шокиров Э.А., Худойбердиев К.Т., Хамраев Р.Б. Оценка роли магнитно-резонансной томографии в диагностике локализации грыж межпозвонковых дисков при поясничном остеохондрозе // Неврологический вестн. 2003. Т. 35, №3/4. С. 79-80.

2. Аганесов А.Г. Малоинвазивный межтеловой спондилодез при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника // Вестн. Травматол. и ортоп. 2006. № 2. С. 41-44.

3. Акшуланов С.К., Керимбаев Т.Т., Семенова Г.Т., Максимова Г.С. Анализ результатов хирургического лечения грыж дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника эндоскопическим методом // Воп. нейрохир. 2005. №4. С. 18-22.

4. Бакланов А.Н. Синдром оперированного позвоночника // Матер. IV съезда нейрохир. России. М., 2006. С. 8-9.

5. Банникова М.Б., Бондарюк Т.О., Верткин А.Л. и др. Остеопороз и дегенеративные заболевания позвоночника в общетерапевтической практике // Рус. мед. журн. 2006. Т. 14, № 25. С. 1794-1800.

6. Верховский А.И., Дикарев Ю.В. Современные представления о диагностике, показаниях и объеме оперативных вмешательств при новообразованиях позвоночника и спинного мозга // Нейрохирургия. 1997. №7. С. 8-15.
7. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической практике //Клин. мед. 1995. № 10. С. 307-327.
8. Жильцов В.К., Дворский О.В., Коваленко П.А. и др. Диагностические возможности компьютерной миелотомографии при неопухолевых заболеваниях спинного мозга // Воен.-мед. журн. 1986. № 2. С. 25-26.
9. Злотник Э.И., Смянович А.Ф., Любишев И.С. Поясничная миелотомография омнипаком с повышением ликворного давления // Периф. нервн. сист. 1997. №10. С. 70-73.
10. Лебедев В.В., Крылов В.В., Тиссен Т.П. и др. Компьютерная томография в неотложной нейрохирургии. М.: Медицина, 2005. 360 с.
11. Моринчек Б., Донделинджер Р. Неотложная радиология / Пер. с англ. А.А. Аншелеса, В.К. Лядова, С.В. Лядовой. М., 2008. 342 с.