

Неврологические проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника являются одной из основных причин временной нетрудоспособности среди взрослого населения страны, что объясняет социально-экономическую значимость и актуальность данной проблемы (Гиткина Л.С. и соавт., 1991, Рачков Б.М. и соавт., 1996). Многие годы вопросы хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков привлекают внимание нейрохирургов, однако, несмотря на определенные успехи, результаты этого лечения не могут удовлетворить в полной мере. Клиническая антропология, получившая широкое распространение в последнее время, позволяет конкретно с учетом антропометрических данных выявить анатомические особенности проявлений заболевания, прогнозировать варианты течения и его исход (Н.А. Корнетов, В.Г. Николаев, 1997).

Целью нашего исследования являлось определение выраженности корешковой неврологической симптоматики у больных с грыжами диска L4-L5, в зависимости от размеров горизонтальных диаметров межпозвонковых отверстий на уровнях L4-L5 и L5-S1.

Обследовано 70 женщин с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, грыжами диска L4-L5, находившихся на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении ККБ № 1. Средний возраст больных составил 38,5 года.

Ведущим проявлением заболевания являлся болевой корешковый синдром. В результате проведенного клинико-неврологического обследования L5 корешковая симптоматика была выявлена у 58 (82,85%) человек. Клиническая картина сочетанного поражения L5 и S1 корешков наблюдалась у 12 (17,15%) больных. В 34 (48,57%) наблюдениях отмечалась правосторонняя латерализация корешкового синдрома, в 28 (40%) - левосторонняя. У 8 (11,43%) пациенток отмечались двусторонние корешковые выпадения. Снижение мышечной силы разгибателей стопы, определяемой по стандартной неврологической методике, было выявлено у 56 (80%) пациенток. Явления болевой гипестезии - у 65 (92,85%). У всех больных диагноз был подтвержден данными МРТ, произведенной в T1 и T2 режимах.

Длительность обострения заболевания варьировала от 1 до 6 месяцев, причем у большинства больных эти сроки не превышали 2 месяцев.

У всех больных проводились антропометрические измерения с последующим соматотипированием по методике, предложенной И.Б. Талантом (1927) в модификации П. Чтецова с соавт. (1979), основанной на 5-балльной оценке трех компонентов: жирового, мышечного и костного. Среди наших больных распределение соматотипов было следующим: мегалосомные конституции - 53 (75,7%), из них женщин эурипластического соматотипа - 29 (41,4%), атлетического - 15 (21,4%), субатлетического - 9 (12,9%); мезосомные конституции - 6 (8,6%), все представительницы пикнического соматотипа; лепто-сомные конституции - 6 (8,6%), все - стенопластического соматотипа; неопределенного соматотипа - 5 (7,1%).

У всех больных по обзорным рентгенограммам поясничного отдела позвоночника в боковой проекции был измерен горизонтальный диаметр «корешковой части» межпозвонковых отверстий L4-L5 и L5-S1 (линейный параметр предложен К.Я. Оглезневым с соавт., 1994). Результаты измерений были сопоставлены с неврологическими проявлениями заболевания, прежде всего с мышечной силой разгибателей стоп, измеряемой в баллах, и нарушениями чувствительности. В приведенной ниже таблице представлены показатели горизонтального диаметра межпозвонковых отверстий и мышечная сила разгибателей стопы у женщин различных соматотипов.

В таблице 2 представлено количество больных с нарушениями чувствительности и снижением мышечной силы разгибателей стопы.

Из приведенных выше таблиц следует, что наибольшие размеры межпозвонковых отверстий L4-L5 и L5-S1 наблюдались у женщин субатлетического, стенопластического и неопределенного соматотипов, у этих же пациенток отмечались наименее выраженные корешковые нарушения. У больных атлетической, эурипластической и пикнической конституций, с более узкими межпозвонковыми отверстиями, наблюдалась более выраженная неврологическая симптоматика.

Всем женщинам была произведена операция - удаление грыжи диска интерламинарным доступом.

В послеоперационном периоде на фоне проводимого консервативного восстановительного лечения болевой корешковый синдром регрессировал у 54 (77,145) пациенток, уменьшился у 11 (15,71%), остался на прежнем уровне у 5 (7,14%).

Результаты оперативного лечения представлены в таблице 3. Под хорошим результатом оперативного лечения подразумевался регресс болевого корешкового синдрома и восстановление или значительное уменьшение неврологической симптоматики. Уменьшение интенсивности болевого синдрома и незначительное уменьшение корешковых выпадений расценивалось как удовлетворительный результат. Плохим результатом считалось сохранение болевого синдрома и неврологических нарушений.

Из таблицы следует, что лучшие результаты лечения отмечаются у женщин стенопластического, неопределенного и субатлетического типов конституции, имеющих более широкие межпозвонковые отверстия.

Приведенные выше данные свидетельствуют, что выраженность неврологических проявлений и результат лечения у женщин с остеохондрозом позвоночника зависят не только от размеров грыжевого выпячивания, но и от анатомических особенностей строения позвоночника, присущих различным конституциональным типам.

Таблица 1 Показатели горизонтального диаметра межпозвонковых отверстий L4-L5 и L5-S1 и мышечной силы разгибателей стопы у женщин различных соматотипов

№	Соматотип	Горизонтальный диаметр межпозвонкового отверстия L4-L5 мм	Горизонтальный диаметр межпозвонкового отверстия L5-S1 мм	Мышечная сила разгибателей стопы в баллах
1	Эурипластический (n = 29)	10,25	8,84	3,67
2	Атлетический (n = 15)	9,2	7,02	3,58
3	Субатлетический (n = 9)	14,23	11,73	4,33
4	Стенопластический (n = 6)	12,57	10,02	4,16
5	Пикнический (n = 6)	10,63	9,36	3,66
6	Неопределенный (n = 5)	12,38	10,24	4,00

Таблица 2. Количество больных с корешковыми выпадениями

№	Соматотип	Количество больных с парезом стопы	Количество больных с нарушениями чувствительности
1	Эурипластический (n = 29)	28 (96,5%)	29 (100%)
2	Атлетический (n = 15)	12 (80%)	15 (100%)
3	Субатлетический (n = 9)	4 (44,4%)	6 (66,6%)
4	Стенопластический (n = 6)	3 (50%)	5 (83,5%)
5	Пикнический (n = 6)	6 (100%)	6 (100%)
6	Неопределенный (n = 5)	3 (60%)	4 (80%)

Таблица 3. Результаты оперативного лечения

№	Соматотип	Хороший результат лечения	Удовлетворительный результат лечения	Неудовлетворительный результат лечения
1	Эурипластический (n = 29)	22 (75,86%)	5 (17,24%)	2 (6,90%)'
2	Атлетический (n = 15)	10 (66,67%)	3 (20%)	2 (13,33%)
3	Субатлетический (n = 9)	8 (88,89%)	1 (11,11%)	-
4	Стенопластический (n = 6)	6 (100%)	-	-
5	Пикнический (n = 6)	3 (50%)	2 (33,33%)	1 (16,67%)
6	Неопределенный (n = 5)	5 (100%)	-	-