

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%) | - | - |