

КОМПЬЮТЕРНО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ

И.А. Панченко

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ, г. Харьков, Украина

Компьютерно-антропометрически определялись изменения статической и динамической составляющих двигательного стереотипа шейного отдела позвоночника (ШОП) у больных с генерализованной гипермобильностью суставов (ГГМ) до и после курса мануальной терапии (МТ), проводимого по поводу вертеброгенно обусловленных цервикокраниалгий.

Было обследовано 27 больных. МТ включала приемы периостальной, краниальной и кранио-сакральной терапии, фасциальной техники, постизометрической релаксации мышц, мобилизации, при необходимости и манипуляции, а также работу по коррекции двигательного стереотипа.

Компьютерно-антропометрически определялись изменения статической и динамической составляющих двигательного стереотипа шейного отдела. При анализе полученных данных для оценки результатов достаточна была совокупность параметров отклонения наложенных на затылочный бугор и остистый отросток Суп датчиков от центральной оси во фронтальной и сагиттальной плоскостях в позе покоя и при наклонах вперед и в стороны. Эти параметры оказались адекватными для выявления биомеханических особенностей ШОП у больных с ГГМ в виде «запредельного» объема движений, несмотря на наличие миоадаптивных нарушений и алгических проявлений, и определения различий между состояниями миофасциальных структур и позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) до и после МТ у исследуемой категории больных (см. табл.).

Патологическая установка ШОП может быть обусловлена соучастием следующих мышц: трапецевидных, ременных и длиннейших

мышц головы и шеи, мышц, поднимающих лопатку и коротких мышц спины.

Оптимизация показателей свидетельствовала о возможности коррекции вышеперечисленных миоадаптивных нарушений: при клиническом обследовании было выявлено, что практически у всех больных объем движений в ШОП не уменьшался несмотря на наличие миотонических изменений в нем. После курса лечения происходило некоторое его увеличение по типу «запредельного», что расценивалось нами двояко: во-первых, как показатель «нормализации» тонуса мышц шеи, а во-вторых, как возможность «стабилизации» костно-связочного аппарата ШОП за счет создания мышечного корсета и коррекции двигательного стереотипа. Однако эти изменения были недостоверными (см. рис..).

Таким образом, использование компьютерного антропометра возможно для объективизации эффекта МТ у больных с ГГМ – определения объема движений в ШОП, адекватности техники воздействия и стойкости достигнутого эффекта коррекции постурального и динамического биомеханического дисбаланса. Подтверждено, что курс МТ по разработанной нами методике способствует его коррекции, в частности, на шейном отделе, возможно, за счет уменьшения или

Таблица

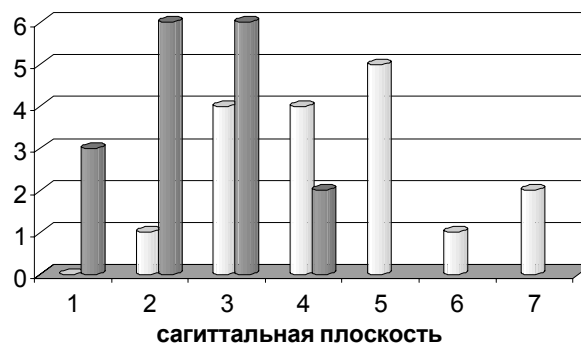
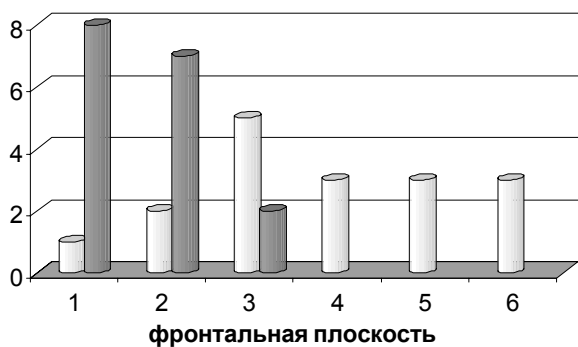
Динамика статокINETических нарушений у больных с вертеброгенно обусловленными цервикокраниалгиями, развившимися на фоне ГГМ, под влиянием МТ

| Состояние | Поза покоя | | Наклон вперед (в мм.) | Наклон влево (в мм.) | Наклон вправо (в мм.) |
|---------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | сагиттальная плоскость | фронтальная плоскость | | | |
| до лечения | 41,9±5,5 | 38,6±9,2 | 91,7±12,2 | 59,1±5,4 | 56,6±12,6 |
| после лечения | 28,9±5,9 | 17,6±5,0 | 109,7±12,9 | 63,0±8,4 | 64,3±15,4 |
| P | <0,05 | <0,05 | >0,05 | >0,05 | >0,05 |

отсутствия патологической афферентной импульсации из измененных структур и оптимизации двигательного стереотипа и двигательного

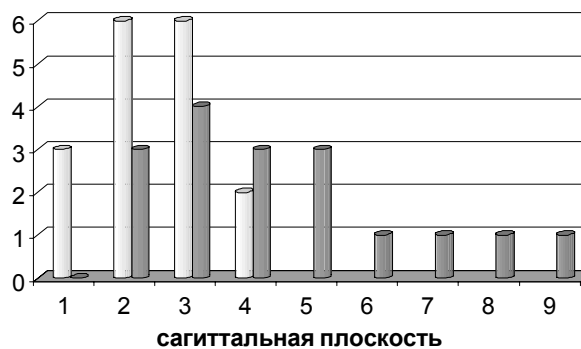
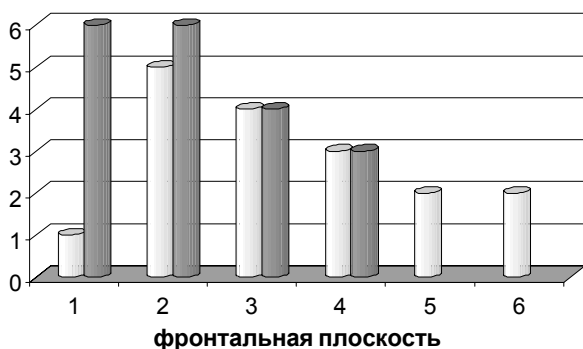
ритма. Возможно, положительный эффект достигается за счет снижения количества степеней свободы.

а – поза покоя



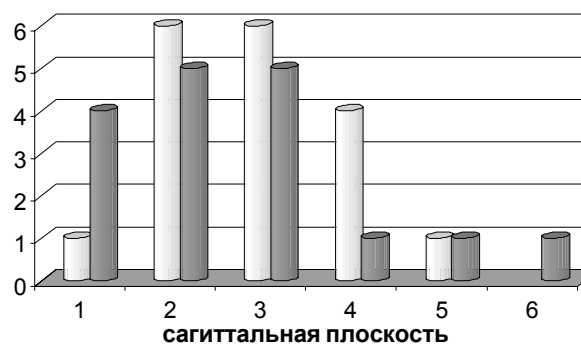
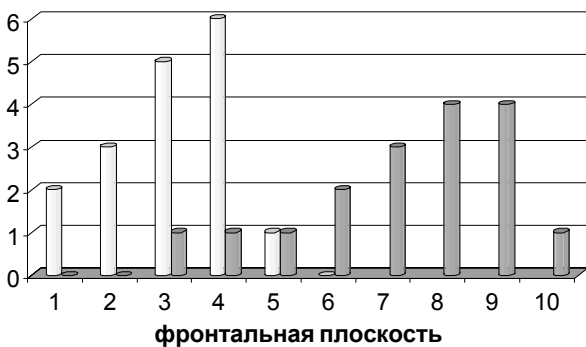
1 – 0-10 мм; 2 – 11-20 мм; 3 – 21-30 мм; 4 – 31-40 мм;
5 – 41-50 мм; 6 – 51-60 мм; 7 – 61-70 мм

б – флексия



1 – 0-10 мм; 2 – 11-20 мм; 3 – 21-30 мм; 4 – 31-40 мм;
5 – 41-50 мм; 6 – 51-60 мм;
1 – 50-60 мм; 2 – 61-70 мм;
3 – 71-80 мм; 4 – 81-90 мм;
5 – 91-100 мм; 6 – 101-110 мм;
7 – 111-120 мм; 8 – 121-130 мм;
9 – 131-140 мм.

в – боковые наклоны



1 – 0-10 мм; 2 – 11-20 мм; 3 – 21-30 мм; 4 – 31-40 мм;
5 – 41-50 мм; 6 – 51-60 мм; 7 – 61-70 мм; 8 – 71-80 мм;
9 – 81-90 мм; 10 – 91-100 мм

Рисунок. Проекция положения наружного затылочного бугра относительно остистого отростка С_{уп} до и после курса мануальной терапии

□ – до лечения;
■ – после лечения;

по оси абсцисс – отклонение в мм;
по оси ординат – количество больных

Контактная информация: Панченко Инна Александровна, E-mail: inna_pan_o@mail.ru