

КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ ПАЦІЄНТІВ ЗХВОРОБОЮ ШЕЙЕРМАНА-МАУ ЗАСОБАМИ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ

Дніпровська А. В.

Вінницький національний медичний університет ім. Н. І. Пирогова, Україна.

Вступ. Відновлювальне лікування пацієнтів з класичною формою хвороби Шейермана-Мау (БШМ) спрямовано на зменшення ригідності хребта з корекцією первинної деформації, зменшення ретракції м'язів задньої поверхні стегна і, таким чином, поліпшення параметрів вертикальної пози. Реабілітація пацієнтів з атипovими варіантами захворювання передбачає програми лікувальних вправ для купірування поперекового болю (Tome-Bermejo F., Tsirikos A.I. 2012, deMauroy J.C. et al., 2010). Однак, вплив лише на постуральну мускулатуру не усуває м'язового дисбалансу, супутнього порушення сагітального контуру хребта пацієнтів з БШМ, що не дозволяє досягти тривалого ефектулікування.

Мета – розробити та апробувати диференційовані програми кінезіотерапії пацієнтів з різними варіантами БШМ.

Матеріал та методи. Матеріал дослідження - протоколи клінікорентгенологічного обстеження пацієнтів з класичною формою (групи Аосн і Аконтр по n = 25) і з атипovими варіантами БШМ (групи Восн і Вконтр по n = 25). Всі хворі чоловічої статі у віці 18-24 років (середній вік $20,6 \pm 0,3$ року). Методи дослідження: клінічний, рентгенологічний (в тому числі рентгенометричний), біомеханічний, електрофізіологічний.

Результати. У пацієнтів з класичною формою БШМ виявлена С-образна деформація хребта з грудним гіперкіфозом і сплюсненням поперекового вигину. Клінічно відзначалося істотне зменшення рухливості хребетного стовпа, його грудного і поперекового відділів, згинання, відведення і приведення кульшових суглобів, гіпертонус м'язіврозгиначів хребта і стегон, а також клубово-поперекового і 4-хглавого м'язу стегна зі зниженням витривалості (Квитр=0,86). При атипovих варіантах БШМ спостерігалися фізіологічні або згладжені вигини хребта з помірним обмеженням їх рухливості, обмеження розгинання кульшових суглобів, помірне підвищення тонусу і зниження витривалості м'язіврозгиначів хребта і стегон, клубово-поперекового м'язу (Квитр=0,86). Функціональні зміни відображала і суттєва асиметрія біоелектричної активності поперекової частини м'язу - випрямляча хребта праворуч і ліворуч у всіх групах хворих ($p < 0,001$) при поверхневій ЕМГ в положенні стоячи. У всіх групах були помірними інтенсивність поперекового болю (VAS до $46,4 \pm 3,9$ мм), рівні дісабілітації (ODI до $33,2 \pm 3,0$ балів) та тривоги і неспокою, пов'язаних з очікуванням болю (PASS до $34,7 \pm 3,2$ балів).

Розроблені диференційовані програми кінезіотерапії для усунення м'язового дисбалансу при різних сагітальних контурах хребта застосовувалися в групах Аосн і Восн і містили вправи для м'язів тулуба і нижніх кінцівок в режимі постізометричної релаксації (ППР) та ізометричної стабілізації. У групі Аконтр використовувалися вправи для редресації кіфозу і розтягування грудних м'язів і м'язів задньої поверхні стегна, в групі Вконтр - ППР для м'язів попереково-тазової області. Програми кінезіотерапії виконувалися протягом 14 днів в амбулаторних умовах.

Ефективність розроблених програм кінезіотерапії підтверджена поліпшенням функціонального стану м'язів - згиначів і розгиначів тулуба і нижніх кінцівок зі зменшенням їх гіпертонусу, підвищенням витривалості (Квитр = 0,95), поліпшенням синхронності активації поперекових паравертебральних м'язів, що дозволило збільшити рухливість хребта і його поперекового відділу, обсягу рухів в кульшових суглобах, зменшити інтенсивність болю за VAS ($p < 0,001$), рівень дісабілітації ($p < 0,01$), тривоги і занепокоєння, пов'язаних з очікуванням болю ($p < 0,01$).

Висновки. Розроблені програми кінезіотерапії для пацієнтів з БШМ з диференційованим впливом на різні м'язові групи тулуба і нижніх кінцівок при різних

сагітальних контурах хребта дозволяють ефективно коригувати м'язовий дисбаланс і розширювати функціональні можливості опорно-рухової системи цієї категорії хворих.