

# КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПОРУШЕНЬ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ У ХВОРИХ НА ПОПЕРЕКОВИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ

Колесніченко В.А.<sup>1</sup>, Гресько І.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

<sup>2</sup> Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

**Вступ.** Больові синдроми поперекового остеохондрозу взаємопов'язані з дисфункцією м'язів попереково-тазової області, що призводить до порушень рухового стереотипу. Незважаючи на значний потік наукової літератури з дисбалансу м'язів попереково-тазової області у хворих на поперековий остеохондроз (J. Key et al., 2014, V. Janda et al, 2007, 1999, 1987, J.A. Hides et al., 2006, 2004, 2000, P.W. O'Sullivan et al., 2002, P.W. Hodges and C.A. Richardson, 1999, 1998, 1996), клінічна характеристика порушень рухового стереотипу остаточно не висвітлена. Така ситуація заважає розробці ефективної патогенетично обґрунтованої кінезіотерапії хворих на поперековий остеохондроз.

**Мета** – дослідити клінічні прояви порушень рухового стереотипу у хворих на поперековий остеохондроз.

**Матеріал та методи** – протоколи клініко-рентгенологічного обстеження 40 хворих на остеохондроз хребта з порушеннями рухового стереотипу у віці 30 – 44 роки. Клінічні дослідження включали вивчення ортопедичного статусу в процесі виконання різних локомоторних тестів із різних вихідних положень. Під час обстеження пацієнтам дозволялося відпочивати між руховими завданнями та була надана можливість не брати участь в тесті або припиняти тестування у разі відтворення больового синдрому.

**Результати.** Результати локомоторних тестів були засновані на симптомах, визначених: 1) у вихідному положенні та 2) під час виконання тестового руху з вихідного положення.

Аналіз результатів клінічного дослідження дозволив виявити наступні основні групи порушень рухового стереотипу у хворих на поперековий остеохондроз: 1) патологічні флексійні рухові патерни (50,0% спостережень); 2) патологічні екстензійні рухові патерни (17,5%); 3) патологічні ротаційно-флексійні рухові патерни (25,0%); 2) патологічні ротаційно-екстензійні рухові патерни (7,5%). Патологічні флексійні рухові патерни виявлялися переважно у хворих зі сплюсненням поперекового лордозу, екстензійні патерни були характерними для пацієнтів з поперековим гіперлордозом. Ротаційний компонент порушень рухового стереотипу було встановлено у всіх хворих з анталгічним сколіозом та у 25% спостережень з відсутністю анталгічної деформації тулуба у фронтальній площині.

Слід відзначити, що під час виконання локомоторних тестів, пов'язаних з рухами нижніх кінцівок, спостерігалися відповідні зміни конфігурації поперекового лордозу, що свідчить про втрату стабілізуючої функції локальної мускулатури поперекового відділу хребта. У такій ситуації функцію стабілізації поперекових сегментів приймає на себе глобальна мускулатура, яка забезпечує до того ж і рухи кінцівок. Це призводить до розбалансування м'язової активності – натягу і гіперактивності згиначів стегон і розгиначів поперекового відділу хребта з супутньою недостатністю черевної і сідничної мускулатури з формуванням «перехресних патернів» сагітального попереково-тазового дисбалансу і порушенню рухового контролю.

Звертає на себе увагу той факт, що переважна більшість пацієнтів відмічала збереження рухових порушень навіть після купірування поперекового болю. Це обмежувало повсякденну рухову активність при побутових та виробничих навантаженнях і провокувало поновлення поперекового болю не тільки при неконтрольованих рухах, а й внаслідок зміни рівня регулярної діяльності.

**Висновки.** Виявлено основні варіанти порушень рухового стереотипу у хворих на поперековий остеохондроз, які призводять до перекручення певних компонентів локомоторних актів і потребують селективної корекції засобами кінезіотерапії.