



КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ  
ОСТЕОХОНДРОЗОМ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина (г. Харьков)

Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого (г. Львов)

venko@rambler.ru

Цель публикации – с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом НИР кафедры травматологии и ортопедии Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого «Подрана травма внутренних органов та кімчаток (клініка, діагностика та лікування)». № государственной регистрации П115U000044.

**Вступлення.** Остеохондроз позвоночного отдела в наиболее распространенном заболевании – является одной из главных медико-социальных и экономических проблем общества. В Украине в 2013 году заболеваемость остеохондрозом позвоночного отдела 45 человек на 10 тыс. населения, против 15,3% пациентов была в возрасте 31-50 лет [1].

Одним из постоянных клинических проявлений позвоночного остеохондроза является болевой синдром и связанные с ним вегетативные реакции мышц пояснично-крестцовой области. Мышечная дисфункция ограничивает функциональные возможности позвоночника, ухудшает способность больного к самообслуживанию, приводит к социальной дезадаптации, снижает качество жизни [2].

Поясничная боль и мимонические реакции приводят к изменению последовательности включения мышц пояснично-крестцовой области при повседневных нагрузках, что сопровождается нарушением контроля активности движений и может приводить к сокращению патологически двигательных паттернов. Это, в свою очередь, пролонгирует болевые синдромы, провоцирует развитие эпизодов с потерей в ряде случаев острого эпизода болевой ориентации, закреплением нарушенной двигательной стереотипа и прогрессированием боли. Такой характер событий с рецидивированием или хронической поясничной боли регистрируется в течение одного года после первого эпизода остеохондроза в 35-75% наблюдений [3]. В то же время известны клинически наблюдения двигательной ремиссии с порогом функциональным результатом у больных с выраженными структурно-функциональными изменениями в поясничных позвоночных сегментах [4]. Однако факторы, которые влияют на формирование патологического двигательного стереотипа, до настоящего времени не установлены.

**Цель исследования** – изучить особенности ортопедического статуса больных поясничным остеохондрозом с нарушением двигательного стереотипа.

**Объект и методы исследования.** Объект исследования – патологические двигательные паттерны у больных поясничным остеохондрозом.

**Материал исследования** – протоколы клинико-рентгенологического обследования 80 больных поясничным остеохондрозом с нарушением двигательного стереотипа и мимоническими реакциями

мышц пояснично-крестцовой области. Все пациенты мужского пола в возрасте 22 – 44 (31,7 ± 4,4) года наблюдались в медицинском центре «Интерсон» г. Львова в 2017-2018 гг.

**Критерии включения в исследование** – отсутствие радикулярных расстройств с низким парезом и / или парезами. Критерии исключения из исследования – острые заболевания, деформирующий артроз суставов нижних конечностей, переломы позвонков и костей нижних конечностей, а также операции на позвоночнике и нижних конечностях в анамнезе, наличие спондилолиза и спондилолистеза, сколиотической болезни.

Больные случайной выборкой были разделены на две группы – основную (n=40) и контрольную (n=40).

При оценке ортопедического статуса учитывали: 1) положение (симметричное или несимметричное) следующие парных антропометрических точек: акромиальные концы ключиц, передние верхние ости подвздошных костей, нижние углы лопаток, крылья таза в статическом положении (при дробном стоянии) и при выполнении функциональной задачи (приседание); 2) конфигурацию позвоночного во фронтальной и сагиттальной плоскостях; 3) тонус паравертебральных мышц; 4) выделенные двигательные стереотипы (отклонение, разгибание, боковые наклоны и ротации влево и вправо); 5) общую подвижность позвоночного столба по результатам теста «пальцы – ноги», подвижность грудного и поясничного отделов позвоночника по методу Schober. Определяли интенсивность поясничной боли по 100 мм визуальной аналоговой шкале (VAS).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Интенсивность поясничной боли по VAS составила в среднем (61,5 ± 7,8) мм в основной и (64,0 ± 7,6) мм в контрольной группах.

Анализ результатов исследования ортопедического статуса больных поясничным остеохондрозом с нарушением двигательного стереотипа выявил преобладание несимметричного расположения исследуемых антропометрических ориентиров в статическом положении (дробное стояние) в обеих группах. Обращает на себя внимание различная частота встречаемости асимметричного расположения антропометрических ориентиров верхней и нижней половины туловища. Так, несимметричное положение правого и левого акромиальных концов ключиц отмечено в 57,5% наблюдений в основной группе и в 62,5% – в контрольной, тогда как асимметричное положение передних верхних остей подвздошных костей зарегистрировано в 70,0% и 72,5% случаев соответственно. Нижние углы лопаток располагались на разной высоте в 75,0% и 70,0% наблюдений соответственно; крылья таза – по 67,5% случаев в каждой

Таблица 1.

Положение антропометрических ориентиров туловища больных поясничным остеохондрозом с нарушением двигательного стереотипа в положении стоя

Признак		Основная группа n = 40		Контрольная группа n = 40	
		n	%	n	%
Положение акромиальных концов ключиц	симметрично	17	42,5	16	37,5
	асимметрично	23	57,5	24	62,5
Положение передних верхних остей подвздошных костей	симметрично	12	30,0	11	27,5
	асимметрично	28	70,0	29	72,5
Положение нижних углов лопаток	симметрично	30	75,0	31	77,5
	асимметрично	30	75,0	28	70,0
Положение крыльев таза	симметрично	13	32,5	13	32,5
	асимметрично	27	67,5	27	67,5
Положение кончиков пальцев	фиссолатеральной	8	20,0	8	20,0
	срединной	12	30,0	10	25,0
	инфратазальной	15	37,5	14	35,0
	ушной	7	17,5	10	25,0
Положение крыльев таза	симметрично	12	30,0	13	32,5
	асимметрично	28	70,0	27	67,5

Таблица 2.

Положение антропометрических ориентиров туловища больных поясничным остеохондрозом с нарушением двигательного стереотипа при приседании

Признак		Основная группа n = 40		Контрольная группа n = 40	
		n	%	n	%
Положение акромиальных концов ключиц	симметрично	11	27,5	12	30,0
	асимметрично	29	72,5	28	70,0
Положение передних верхних остей подвздошных костей	симметрично	7	17,5	8	20,0
	асимметрично	33	82,5	32	80,0
Положение нижних углов лопаток	симметрично	14	35,0	15	37,5
	асимметрично	26	65,0	25	62,5
Положение крыльев таза	симметрично	15	37,5	15	37,5
	асимметрично	25	62,5	25	62,5
Положение кончиков пальцев	симметрично	11	27,5	13	32,5
	асимметрично	29	72,5	28	70,0

из групп (табл. 1). Такая асимметрия костных антропометрических ориентиров, на которых начинаются соответствующие мышцы, отражает неадекватную адаптацию опорно-двигательной системы при поясничной боли и мышечную дисфункцию [5-7] с несимметричной активностью мышц туловища [8]. Последние подтверждается и преобладанием несимметричного тонуса паравертебральных мышц у больных обеих групп (70,0% в основной и 67,5% в контрольной группах) – табл. 1.

При выполнении функциональной задачи (приседание) у больных частота расположения асимметричного расположения тропометрических ориентиров передней половины туловища, так и различное их положение в верхней и нижней половине туловища. Вместе с этим на встречаемости несимметричного расположения антропометрических ориентиров в задней половине туловища, и в верхней и нижней половине туловища уменьшалась. Положительно коленные суставы при приседании было преимущественно жестко третьими (72,5% в основной и 70,0% – в контрольной) (табл. 2). Другими словами, под влиянием динамических нагрузок неблагоприятные компенсаторные механизмы туловища усугубились с латентным мышечным дисфункцией. Интересно отметить, что наиболее выраженные различия в активностях мышц туловища наблюдались в период приседания по положению в положении стоя [9,10]; в это период движения у пациентов поясничной боли регистрируется ограниченная ротация таза по сравнению с асимметричным контролем [10]. В конечном итоге данные изменения в последовательности рекрутирования мышц передних сегментов таза выполняемых двигательных действий приводит к формированию патологического двигательного стереотипа [9].

Исследование конфигурации позвоночного в сагиттальной плоскости позволило установить, обладание плоскостности или формирования поясничного лордоза в общей сложности более чем у половины больных в каждой из групп (табл. 1). Такая ситуация может быть связана с анатомической устойчивостью поясничных сегментов вследствие гиперэластичности паравертебральных мышц. Их напряжением существенно ограничивало подвижность позвоночника и его поясничного отдела. Результаты теста «пальцы – ноги» достигали (24,5 ± 4,9) см в основной и (24,7 ± 5,1) см в контрольной группах; результаты теста Schober поясничного отдела позвоночника составили (1,4) см и (2,2 ± 1,8) см соответственно.

Выполнение статических упражнений – наиболее часто повседневного движения позвоночника сопровождалось снижением тазобедренных и локтевых суставов, что можно рассматривать как нарушение патологическим двигательным паттерном. Попытки разгибания туловища сопровождалась

