



DOI 10.20954  
ISSN 2077-4214  
E-ISSN 2523-4110

**ВІСНИК  
ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ  
І МЕДИЦИНИ**  
BULLETIN  
OF PROBLEMS IN BIOLOGY  
AND MEDICINE

Український  
науково-практичний журнал  
засновано у листопаді 1993 року

**ЖУРНАЛ  
виходить 1 раз на квартал**

**Випуск 1, том 1 (148)**

Рекомендовано до друку  
Вченою радою  
Української медичної  
стоматологічної академії  
Протокол № 6 від 06.02.2019 р.

Включений до Російського Індексу цитування  
РИНЦ на базі Національної електронної бібліотеки  
«БІБЛІОТЕКА» та Google Scholar на базі Національної  
електронної бібліотеки «CyberLeninka»  
Регістраційні коди в електронних базах даних  
Proquest, OAJ, Index Copernicus

Відповідає до вимог  
кредиту ECTS Україною  
від 11 жовтня 2009 р. №1-03/0,  
від 11 жовтня 2009 р. №1-01/03,  
від 24.03.2009 р. №1-05/4,  
від 29.09.2014 №1082

журнал пройшов спеціалізовану  
і вивчену до Паралелі № 6 / № 7 фізичної  
виправки, а також маючі публікаційні  
результати дисертаційних робіт  
на здобуття наукового ступеня доктора  
і кандидата наук

С. УМСА (м. Полтава), 2019  
Підписано до друку 28.01.2019 р.  
Закладовий № 0325  
Тираж 200 примірників

Біологічні і медичні науки

**РЕДАКЦІЙНА КОЛІТЕ**

**ЖУКОВИЧ В. М.**, д. мед. н.  
– головний редактор (м. Полтава)  
**ГРОМКА О. М.**, д. мед. н.  
– відповідальний секретар (м. Полтава)  
**ВІСНЯК С. М.**, д. мед. н.  
– відповідальний секретар (м. Полтава)  
**ЧВІКОВСЬКИЙ М. В.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**АВРОХІМЕНКО С. І.** мед. див. мед. (м. Київ, Івано-Франківськ)  
**ВІВАЛДІВНИК В. А.**, д. мед. н. (Полтава, Глухів)  
**ГОНЧАРОВ ОДОНОВАВ Д. Д.**, д. мед. н. (Івано-Франківськ)  
**СМАРЖАНОВ А. А.**, д. мед. н. (Полтава, Рівнен)

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

**ЛІВЧИК Д. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**САФІРЧУК А. Д.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**ВІСНОВАЦЬКА М. Д.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ВІСНОВАЦЬКА С. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ТІТОВ С. В.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ТІТОВ Р. А.**, д. мед. н. (м. Чернівецький)  
**ГРОСОВА В. В.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ДІЛІНА М. Ю.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ДІВІСНИК С. І.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**ДІВІСНИК В. Г.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**ІВАНЮК С. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**АВЕРІНОВА Г. Г.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**КОЧУРА М. Л.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**КУРСЬКИЙ М. Д.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**ДОВБАЙ Т. А.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ЛЕВЧЕНКО В. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**МІХАЙЛОВ В. Д.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**МІХАЙЛОВ В. Д.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**МІХАЙЛОВ К. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ОБІДІН І. К.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**ОБІДІН Л. Д.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ОСТРОУХОВА С. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ВІСНОВАЦЬКА В. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СІРЕНКО І. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СІРЕНКО В. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СІРЕНКО В. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СІРЕНКО І. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ГІЛАНЧЕНКО П. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ГІЛАНЧЕНКО М. Д.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ДОБРИЙ С. В.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ВІСНОВАЦЬКА А. Д.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ВІСНОВАЦЬКА О. А.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ВІСНОВАЦЬКА В. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)

**ІМЕНА ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ**

**ВІСНИК**  
Український науково-практичний журнал  
засновано у листопаді 1993 року  
Включений до Російського Індексу цитування  
РИНЦ на базі Національної електронної бібліотеки  
«БІБЛІОТЕКА» та Google Scholar на базі Національної  
електронної бібліотеки «CyberLeninka»  
Регістраційні коди в електронних базах даних  
Proquest, OAJ, Index Copernicus

**ЗМІСТ**

Зміст	131	Zakharova A. G. The main directions of studying the quality of life of patients with allergic rhinitis
Віснкова В. А., Грішко Н. В. Вплив стресу на стан здоров'я пацієнтів з лімбодисфункцією та синдромом дальнобачення	132	Kobylivska E. A., Gritsko N. V. Effect of stress on the health of patients with limb dysfunction and syndrome of long sight
Кривошея О. В., Лещенко О. П., Лещенко М. Л., Літвинів О. В., Коваленко О. К. Специфічність деяких біохімічних маркерів при вагітності з вагітністю однією плодовою оболонкою	133	Krivosheya O. V., Leshchenko O. P., Leshchenko M. L., Litvinov O. V., Kovalenko O. K. Specificity of some biochemical markers in pregnancy with single amniotic fetus
Кривошея С. Л., Літвинів О. О., Коваленко Т. С., Коваленко В. А. Діагностика стану скоротливості м'язів при висхідній гіпертензії різного генезу	134	Krivosheya S. L., Litvinov O. O., Kovalenko T. S., Kovalenko V. A. Diagnosis of the contractility state during ascending hypertension of different origin
Лещенко В. А., Дубинська К. М., Віснкова Г. Д. Маркери щільності еритроцитів та загальної щільності еритроцитів у пацієнтів на гемодіалізі після трансплантації нирок	137	Leshchenko V. A., Dubinska K. M., Visniva G. D. Markers of erythrocyte density and general erythrocyte density in patients on renal replacement therapy by peritoneal dialysis
Літвинів О. В., Гішук І. М. Функціональний аналіз крові в динаміці гемодіалізу пацієнтів з гіперліпідемією	138	Litvinov O. V., Gishuk I. M. Functional analysis of blood in the dynamics of hemodialysis in patients with hyperlipidemia
Муромова С. М., Кривошея О. В., Кривошея М. А., Кривошея К. А. Оптимізація діагностики кардиопатології органів грудної клітки на догемодіалізаційній стадії у пацієнтів з ішемічною хворобою	144	Murumova S. M., Krivosheya O. V., Krivosheya M. A., Krivosheya K. A. Optimization of diagnosis of cardiac pathology of the chest organs of the pre-dialysis stage in patients with ischemic disease
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Пилипенко Т. А. Синдромна характеристика дисфункції печінки в пацієнтів з хронічною обструктивною захворюванням бронхіальної системи та ожирінням	145	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Pilypenko T. A. Syndrome characteristics of liver dysfunction in patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with obesity
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А. Параметричний аналіз певних параметрів та їхньої асоціації у пацієнтів з ожирінням та діабетом 2 типу	150	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A. Parametric analysis of certain parameters and their association in patients with obesity and 2nd type diabetes
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А. Параметричний аналіз певних параметрів та їхньої асоціації у пацієнтів з ожирінням та діабетом 2 типу	151	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A. Parametric analysis of certain parameters and their association in patients with obesity and 2nd type diabetes
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А. Параметричний аналіз певних параметрів та їхньої асоціації у пацієнтів з ожирінням та діабетом 2 типу	152	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A. Parametric analysis of certain parameters and their association in patients with obesity and 2nd type diabetes
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А. Параметричний аналіз певних параметрів та їхньої асоціації у пацієнтів з ожирінням та діабетом 2 типу	153	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A. Parametric analysis of certain parameters and their association in patients with obesity and 2nd type diabetes
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А. Параметричний аналіз певних параметрів та їхньої асоціації у пацієнтів з ожирінням та діабетом 2 типу	154	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A. Parametric analysis of certain parameters and their association in patients with obesity and 2nd type diabetes
Пілюк В. М., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А., Шеремет Т. А. Параметричний аналіз певних параметрів та їхньої асоціації у пацієнтів з ожирінням та діабетом 2 типу	155	Pilyuk V. M., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A., Sheremet T. A. Parametric analysis of certain parameters and their association in patients with obesity and 2nd type diabetes

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

Суть 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)». На государственной регистрации П115U000044.

**Вступление.** Остеохондроз позвоночника относится к наиболее распространенным заболеваниям – является одной из главных медико-социальных и экономических проблем общества. В Украине в 2013 году заболеваемость остеохондрозом позвоночника составила 45 человек на 10 тыс. населения, против 15,3% пациентов была в возрасте 31-50 лет [1].

Одним из постоянных клинических проявлений поясничного 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 двоящихся и может приводить к сокращению патологически двигательных паттернов. Это, в свою очередь, пролонгирует болевой синдром, 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 наблюдаемые двигательные 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, в том числе 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 остистые отростки позвонков, нижние углы лопаток, крылья таза в статическом положении (при дробном стоянии) и при выполнении функциональной задачи (приседание); 2) конфигурацию позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях; 3) тонус паравертебральных мышц; 4) выключенно двигательный позвоночник (отгибание, 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 Schöber. 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 поясничного 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 остистых отростков позвонков 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	симметричное	17	42,5	16	37,5
	асимметричное	23	57,5	24	62,5
Положение передних верхних остистых отростков позвонков	симметричное	12	30,0	11	27,5
	асимметричное	28	70,0	29	72,5
Положение нижних углов лопаток	симметричное	30	75,0	31	77,5
	асимметричное	30	75,0	28	70,0
Положение крыльев таза	симметричное	13	32,5	13	32,5
	асимметричное	27	67,5	27	67,5
Положение кончиков пальцев	физиологический	8	20,0	8	20,0
	сгибанный	12	30,0	10	25,0
	нейтральный	15	37,5	14	35,0
	указанный	7	17,5	10	25,0
Положение крыльев таза	симметричный	12	30,0	13	32,5
	асимметричный	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	симметричное	11	27,5	12	30,0
	асимметричное	29	72,5	28	70,0
Положение передних верхних остистых отростков позвонков	симметричное	7	17,5	8	20,0
	асимметричное	33	82,5	32	80,0
Положение нижних углов лопаток	симметричное	14	35,0	15	37,5
	асимметричное	26	65,0	25	62,5
Положение крыльев таза	симметричное	15	37,5	15	37,5
	асимметричное	25	62,5	25	62,5
Положение кончиков пальцев	симметричный	11	27,5	13	32,5
	асимметричный	29	72,5	28	70,0

из групп (табл. 1). Такая асимметрия костных антропометрических ориентиров, на которых начинаются соответствующие мышцы, отражает несбалансированную адаптацию опорно-двигательной системы при поясничной боли и мышечную дисфункцию [5-7] с несимметричной активностью мышц туловища [8]. Последнее 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 поясничного антропометрических ориентиров передней половины туловища, так и различие их высоты 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 болью регистрируется острая реакция тела по сравнению с асимметричным контролем [10]. В конечном итоге данные изменения в последовательности рекрутирования мышц перемещаются сегментов тела выполняемые двигательные и приводят к формированию патологического двигательного стереотипа [9].

Исследование конфигурации позвоночника в сагиттальной плоскости позволило установить, что наличие асимметрии 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 напряженность существенно ограничивала 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 Schöber поясничного отдела позвоночника составили (1,4) см и (2,2 ± 1,8) см соответственно.

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

Важкими наслідками вправої вліво, а також двохсторонь вправо і вліво були жінки з реакцією в 50 – 154.

На функціональній остеochondrosis з надмірною активністю стереотипи означає нездатність адаптувати старшо-двигальний м'язово-нервовий реакцією з несиметричними формами асиметричних орієнтацій правої і лівої, а також вправої і влівої позованні тулуба і асиметричним гіпертонічним параспинальним м'язом.

2. Поблагодійними компенсаторними установками тулуба під впливом динамічних навантажень відбувається сформованими патологічними двигальними паттернами.

Перспективним напрямком досліджень. Для дальнішим дослідженням перспективним напрямком стане дослідження взаємозв'язку між динамічними паттернами і змінними позованними сегментами в як функціональними послідовностями у повсякденній остеochondrosis з порушеннями двигальними стереотипами.

**Література**

1. Iyer KV, Prasadnani G, Singh KD. Adult onset hemiparesis: a retrospective study. *Journal of Neurology*. 2011;302:4. DOI: 10.1007/s00415-010-1627-5.  
 2. Kim S, Kwon B. Low back pain is a major global challenge. *Lancet*. 2008;381(9211):2402. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)30240-2.  
 3. Allen MK, Johnson CD, Robinson S, Gilbre L, Day MK, Kane JL, et al. A scoring system of morphological risk factors and correlations for anterior spinal discitis. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0197987. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197987>  
 4. Ho J, Brady R, Wuyi J, Buchholz K. The epidemiology of low back pain. *Best Practice Research: Clinical Rheumatology*. 2003;24:769-81. DOI: 10.1054/bprc.2003.33300.  
 5. Stulen F, Volinn S, editors. *Functional Movement in Orthopedics and Sports Therapy*. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 14-33.  
 6. Knapik J, Knapik J, editors. *Physical Therapy Treatment Based Classification Approach to Low Back Pain: Selection of Subgroups*. London: S. Azzouzi BC, Van Dillen C. Degross and treatment of movement system impairment syndromes. *Back J. Phys. Therap*. 2012;23(8):9. DOI: 10.1016/j.back.2012.04.001.  
 7. Stulen F, Volinn S, editors. *Functional Movement in Orthopedics and Sports Therapy*. New York: Churchill Livingstone; 1997. p. 14-33.  
 8. Knapik J, Knapik J, editors. *Physical Therapy Treatment Based Classification Approach to Low Back Pain: Selection of Subgroups*. London: S. Azzouzi BC, Van Dillen C. Degross and treatment of movement system impairment syndromes. *Back J. Phys. Therap*. 2012;23(8):9. DOI: 10.1016/j.back.2012.04.001.  
 9. Knapik J, Knapik J, editors. *Physical Therapy Treatment Based Classification Approach to Low Back Pain: Selection of Subgroups*. London: S. Azzouzi BC, Van Dillen C. Degross and treatment of movement system impairment syndromes. *Back J. Phys. Therap*. 2012;23(8):9. DOI: 10.1016/j.back.2012.04.001.

**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРОК НА ПОПЕРЕКОВІЙ ОСТЕОCHONDROSIS З ПОРУШЕННЯМ РУХОВОГО РЕЖИМУ**

Олександров В. А., Греско І. В.  
 Число. Високо ортопедичний статус 80 жінки на поперековій остеochondrosis з порушеннями рухового режиму і м'язовими реакціями м'язів попереково-грудної області у віці 22 – 44 (31,7 ± 4,4) років. При цьому ортопедичного статусу встановлено асиметричний гіпертонус параспинальних м'язів, а також нездатність позитивної антропометричної орієнтації правої і лівої, а також вправої і влівої позованні тулуба збільшується при динамічних навантаженнях.  
 Ключові слова: поперековий остеochondrosis, руховий стереотип, м'язові реакції.

**КЛІНІЧНЕСЬКА ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНИХ ПОПЕРЕКОВІЙ ОСТЕОCHONDROSIS З НАРУШЕННЯМ ДИНАМІЧНОГО СТЕРЕОТИПУ**

Олександров В. А., Греско І. В.  
 Число. Низько ортопедичний статус 80 жінок постраждалих остеochondrosis з порушеннями динамічного стереотипу і м'язовими реакціями м'язів попереково-грудної області в віці 22 – 44 (31,7 ± 4,4) років. При цьому ортопедичного статусу встановлено асиметричний гіпертонус параспинальних м'язів, а також нездатність позитивної антропометричної орієнтації правої і лівої, а також вправої і влівої позованні тулуба, яке збільшується при динамічних навантаженнях.  
 Ключові слова: поперековий остеochondrosis, динамічний стереотип, м'язові реакції.

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUMBAR OSTEOCHONDROSIS WITH IMPAIRMENT MOTOR STEREOTYPE**

Oleksandriv V. A., Gresko I. V.  
 Abstract. Lumbar pain and myotonic reactions lead to a change in the sequence of the inclusion of the muscles in lumbar pelvic area during daily loads. This is accompanied by an impairment of the control of active movements and can lead to the formation of pathological motor patterns. However, the factors that influence to the logical motor stereotypy formation so far not established.  
 Objective. To study the features of the orthopedic status of patients with lumbar osteochondrosis with impaired stereotypy.

Methods. The material of the study is the protocols of a clinical and radiological examination of 80 patients with lumbar osteochondrosis with impaired motor stereotypy and myotonic reactions of the muscles of the lumbar region. All patients were male at the age of 22–44 (31.7 ± 4.4) years. We randomized patients into two groups: main group (n = 40) and the control group (n = 40). When assessing the orthopedic status, we took into account position (symmetrical or asymmetrical) of the following paired anthropometric points: acromial ends of the

device, the anterior superior iliac spines, bottom corners of the blades, pelvic wings in a static position (sitting comfortably) and when performing a functional task (squat) 2) spinal configuration in the frontal or planes; 3) tone of the paravertebral muscles; 4) performing spinal movements (flexion, extension, lateral and rotation right and left); 5) the spine lateral mobility according to the results of the "fingers – floor" test; rigid and lumbar spine mobility according to the Schaber method. The intensity of lumbar pain was determined a 100 mm visual analogue scale (VAS).

Results. The intensity of lumbar pain in VAS averaged (61.3 ± 7.8) mm in the main group and (64.0 ± 7.7) mm in the control group. We found the prevalence of asymmetric location of the studied anthropometric landmarks (static position (comfortable standing)) in both groups. The different frequency of asymmetric position of the perometric landmarks of the upper and lower half of the body attracts attention. We noted the asymmetry of the right and left acromial ends of the clavicle in 57.5% of the observations in the main group and in 62% of the control group, whereas we recorded the asymmetrical position of the anterior superior iliac spines in 71.75% cases according to the Schaber method. The bottom corners of the blades were located at different heights in 75.0% and observations, respectively. Asymmetrical position of the pelvic wings, we observed in 67.5% of cases in the main group.

When performing a functional task (squatting), the frequency of recording both the asymmetric post anthropometric landmarks of the front half of the body as a whole, and their different positions in the upper and lower halves of the body increased. At the same time, we observed a decrease in the frequency of occurrence of the asymmetric arrangement of the anatomical landmarks and the posterior half of the body, and in the upper and lower half of the body. When squatting the knee joints position was predominantly asymmetrical (72.5% in the main group and 70.0% in the control group).

Conclusion. In patients with lumbar osteochondrosis with myotonic reactions of the muscles of the lumbar region, unfavorable trunk compensator patterns attitudes with muscular dysfunction develop, which gravitated under the influence of dynamic loads.

Key words: lumbar osteochondrosis, motor stereotypy, myotonic reactions.

Реєстрація – проф. Ірина Олександрівна Греско

DOI: 10.26254/2077-4234-2019-1-1-148-128-127

УДК 616.32.6.36.905.577.1

**ОСОБЛИВОСТІ ДІЯКІВ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ВАГТНОСТІ У ВАГТНИХ З ЄДИНОЮ ПУПРОВОЮ АРТЕРІЄЮ ПЛОДА**  
 Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ)  
 Перинатальний центр м. Києва (м. Київ)

zshklovskaya@gmail.com

Завдання пупкової артерії (ЗПА) є ознакою вади розвитку плода і зустрічається в середньому в одному випадку на 200 пологів та за даними різних авторів при довжій вагтності становить 0,5-1,5%. Вважається, що при ЗПА істотно підвищений ризик вади розвитку плода, зокрема – артеріальної гіпертензії плода, затримки розвитку плода (ЗРТ) та передчасної ваги [1].

Вступ. Єдиною пупковою артерією (ЗПА) є ознакою вади розвитку плода і зустрічається в середньому в одному випадку на 200 пологів та за даними різних авторів при довжій вагтності становить 0,5-1,5%. Вважається, що при ЗПА істотно підвищений ризик вади розвитку плода, зокрема – артеріальної гіпертензії плода, затримки розвитку плода (ЗРТ) та передчасної ваги [1].

Одним із способів одержання компенсації матково-плацентарного кровообігу в різном термінах вагтності є використання спадкових біохімічних маркерів – кортизолу та плацентарних маркерів, зокрема – ароматизованого андрогенного гормону (β-ХТГ), альфа-фетопroteinу (АФП), проліну-А-плазми, асоційованого з вагтністю (Pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP)), естріону та плацентарного ліктогену (ПЛ). Згідно наказу МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. з метою одержання результату дослідження анамніз вади рекомендації по проведенню перинатального скринінгу, який включає

дослідження вмісту вільної β-субодиниці ЛДНР-А на вагтності І триместру (11-13 тижнів вагтності), АФП, β-ХТГ та естріону в середній ІІ триместрі (17-20 тижнів вагтності) та рівня вільного лантану – у ІІІ триместрі вагтності. Плідність, як вроджена вада, виробляється не стероїдами, білками та поліпептидами при вади регуляції гормонів плода. І гормон ХТГ за однієї біологічної постійності неї до кінця вагтності гормону передньої долі. Він стимулює збереження функції жовтків та має на розвиток надниркових та щитовидної залози, на процес обміну стероїдів та плазми.

В кінці ХІ триместру з 6-10 дня від зачаття, зазвичай відбувається процес наступний: з мінімальними показниками збільшення при в ІІ триместрі, збільшується до 14 тижнів вагтності титру закладається на приблизно однаково до кінця вагтності. Рівень вільного плазми Х титру, збільшений до 10-12 тижнів вагтності плазми ХГ слідняти при порушенні функції щитовидної залози, яка підтримується плазми ХГ.

Збільшення рівня вільної β-субодиниці ХГ титру титру, який характеризує стан профілю щитовидної залози при недостатності функції щитовидної залози, а потім β-плазми, та розрив