

Волошина Н. П., Федосєєв С. В., Богданова І. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Порушення постави і патологічні пози у пацієнтів з хворобою Паркінсона

Одна з найбільш складних проблем, з якою стикаються лікарі-неврологи у пацієнтів з хворобою Паркінсона (ХП), — порушення постави та патологічні пози. Ці зміни майже не коректуються медикаментозною терапією та є проблемою, що значно ускладнює життя пацієнтів. Типовою для хворого з ХП є сутула постава, із зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах нижніми кінцівками, розташуванням голови з тенденцією до нахилу вперед, але із збереженою пропорційністю між ступенем нахилу голови і зігнутим положенням тулуба і кінцівок. За наявними літературними даними, у третини пацієнтів з ХП відзначаються більш тяжкі патологічні порушення постави з формуванням патологічних поз — антероколліс (голова, що звисає), синдром Пізанської вежі, СПВ (нахил тулуба убік) і камптокормія, КК (зігнута спина). Є припущення, що постава є універсальним маркером дегенеративних змін, що відбуваються в організмі людини — погіршення постави та формування патологічних поз свідчать про прогресування дегенеративного процесу, зворотні зміни постави свідчать про нейропластичність та реабілітаційний потенціал. Погіршення постави притаманні не тільки ХП, але й іншій дегенеративній патології нервової системи, а також дегенеративній патології опорно-рухової системи (ОРС) — остеопороз, деформуючий спондиліоз, поліостеоартроз. Чітких диференціально-діагностичних критеріїв ХП з іншою нейродегенеративною патологією, дегенеративною патологією ОРС за характером постави і патологічними позами немає. Розроблення таких критеріїв, на нашу думку, є актуальним науково-практичним завданням.

Метою дослідження стало вивчення порушень постави і патологічних поз при ХП, уточнення диференціальних критеріїв цих порушень з патологічними змінами постави при дегенеративній патології ОРС.

Для досягнення мети була застосована запропонована нами технологія діагностики та диференціальної діагностики порушень постави і патологічних поз при ХП, яка складається з анкетування за допомогою розробленої нами анкети, що містить анамнестичні дані про ХП, стан ОРС, поставу хворого та узагальнені клінічні дані, що характеризують поставу та патологічні пози; соматоскопічного дослідження; функціональних проб для диференціальної діагностики структурних змін хребта та нефіксованих порушень постави, зумовлених постуральним м'язовим дисбалансом; фотофіксації та відеофіксації порушень постави та патологічних поз; рентгеногра-

фії хребта в стандартних проєкціях та функціонального рентгенологічного дослідження; денситометрії для верифікації порушень постави пов'язаних з остеопорозом. Розробку цієї технології можна вважати одним з вагомих результатів дослідження.

Матеріали та методи. Обстежено 17 пацієнтів з ХП. За статтю хворі були представлені приблизно порівну — 9 чоловіків (52,94 % обстежених хворих) та 8 жінок (47,06 %). Жінки були трохи старші за віком (середній вік чоловіків — 65,6 років, жінок — 68,63 роки, загальний середній вік хворих у групі — 67,05 років). Ступень рухових порушень за шкалою Хена і Яра у хворих відповідав значенням від 2 до 3,5 балів.

Результати. Порушення постави у хворих з ХП були представлені такими варіантами:

- у 8 пацієнтів (47,06 %) — типова постава хворих з ХП;

- у 3 пацієнтів (17,65 %) — *anterocollis*;

- у 3 пацієнтів (17,65 %) — складні дистонічні порушення функціонування м'язів у шийному регіоні, представлені поєднанням *anterocollis* і *torticollis* з переважанням останнього у одного (5,88 %) пацієнта, поєднанням *anterocollis*, *laterocollis* і *torticaput* у одного (5,88 %) пацієнта, переважно *laterocollis* — ще у одного (5,88 %) пацієнта;

- у одного пацієнта (5,88 %) — СПВ з бічним вигином тулубу вправо, який не був фіксованим, зникав в положенні лежачи та наростав під час ходьби;

- серед обстежених хворих не було жодного пацієнта з «чистим» варіантом КК, але у 4 пацієнтів (17,65 %) виявлено поєднання непропорційного нахилу тулубу вперед і у бік;

- у двох (11,76 %) пацієнтів був виявлений так званий «шіфт» (*shift*) — зсув у фронтальній площині, коли пояс верхніх кінцівок зміщується відносно пояса нижніх кінцівок.

Порушення постави внаслідок патологічних змін ОРС виявлені у 12 (70,59 %) пацієнтів. Ці порушення помітно не змінювалися при переході в горизонтальне положення та при проведенні функціональних проб на наявність постурального м'язового дисбалансу і були фоном, на якому проявлялись порушення, зумовлені ХП. Порушення постави, характерні для ХП, були менш стійкими, змінювалися залежно від положення тіла в просторі і функціональних навантажень. За нашими даними, зменшення м'язового дисбалансу, покращення постави у горизонтальному положенні чи, навпаки, погіршення постави в положенні сидячі та при статичних навантаженнях були у 11 (64,71 %) пацієнтів.

Отже, «нетипові» порушення постави виявлені у 52,94 % хворих з ХП. Синдромологічна представленість порушень постави у хворих з ХП, за нашими даними, була значно ширша, порівняно з тим, як вважали раніше. Ми виявили проміжну форму, перехідну між КК та СПВ, порушення постави у фронтальній площині у вигляді *shift* та суттєвий дисбаланс м'язів шийного регіону. Порушення постави у хворих з ХП формуються на тлі структурних дегенеративних змін ОРС, які також спричиняють порушення постави.

Але при ХП ця патологія реалізується насамперед через дизрегуляторні порушення в нервовій системі, що призводить до розладу скелетної рівноваги і м'язового балансу вертикальної пози.

Висновок. Застосування запропонованої нами диференціально-діагностичної технології дає змогу краще розуміти причини порушень постави і формування патологічних поз в умовах дегенеративних змін в організмі людини, що важливо для вибору методів терапевтичної корекції.