

УДК 612.766:616.7

Бурка О.М.¹, Єрмоленко Т.О.²

¹ доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-214м НУ «Запорізька політехніка»

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ХОДИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Ходьба – звичайна повсякденна активність, і в той же час – складний процес, в якому задіяні всі рівні нервової системи, опорно-рухового апарату,

а також серцево-судинна та дихальна системи. Особливості індивідуальної ходи, її «патерн» істотно залежить від віку, особистісних особливостей і настрою. При оцінці ходи також потрібно враховувати соціокультурні особливості, наприклад, жителі міст ходять значно швидше за тих, хто проживає в сільських районах.

Порушення ходи, пов'язані з патологією опорно-рухового апарату є однією з найпоширеніших груп порушень локомоцій людини. Серед причин таких порушень у дорослого населення: остеоартрит та деформація скелета нижніх кінцівок. Ортопедичні порушення ходи проявляються обмеженим обсягом рухів, уникненням підйому ваги, асиметричною ходьбою та кульгавістю.

Порушення ходи, пов'язані з патологією опорно-рухового апарату:

1. Анталгічна хода. Для того щоб уникнути болю, пацієнт намагається якнайменше наступати на хвору ногу, що призводить до кульгавості. Пацієнти йдуть так, ніби на підшви ноги встромлять шип. Для того, щоб знизити навантаження на хвору ногу, пацієнти піднімають і опускають її з фіксованим положенням щиколотки. Допоміжні засоби, такі як милиці, використовуються на боці здорової ноги для перенесення ваги з хворої ноги та на верхню кінцівку. Поширені причини анталгічної ходи – біль у нижніх кінцівках внаслідок остеоартриту колінного суглоба, розтягнення зв'язок гомілковостопного суглоба та стресові переломи стопи.

2. Коксалгічна хода. Пацієнти, які відчувають біль у кульшовому суглобі, зазвичай зміщують верхню половину тулуба у бік пошкодження під час фази опори на хвору ногу. Це несвідома пристосувальна реакція, що знижує вплив на хворе стегно під час фази опори. На відміну від ознаки міодистрофії Дюшенна, що виникає внаслідок слабкості середнього сідничного м'яза, контралатеральна половина тазу не провалюється, а залишається на одному рівні з іншого під час фази опори на уражену сторону.

3. Хода при перерозгинанні колінного суглоба.

Перерозгинання (гіперрозгинання, гіперекстензія) колінного суглоба пов'язана зі слабкістю квадрицепса та спостерігається на початку фази опори. Початковий контакт може відбутись усією поверхнею стопи. Коліно утримується за допомогою задніх зв'язок. Збільшення кута згинання ноги в гомілковостопному суглобі, а також розгинання стегна служать для розгинання та перенесення ураженої ноги під час фази опори.

4. Кульгавість, викликана іншими причинами. Важливими причинами, що призводять до кульгавості, є деформації та контрактури кульшового та колінного суглобів, а також відмінність довжини ніг. При різній довжині ніг під час ходьби тулуб трохи піднімається і опускається при кожному кроці, голова та тулуб нахилені на уражену сторону, плече на цій стороні піднято і

рука на протилежному боці розгойдується на більшій відстані від тулуба, ніж на боці ушкодження. Може спостерігатися компенсаторне згинання стопи більш короткої кінцівки або згинання кульшового та колінного суглобів довшої ноги. Біль у хребті призводить до скутої, повільної ходьби невеликими кроками, поперековий лордоз зменшується. Пацієнти зазвичай прагнуть зменшити удар п'яти о поверхню на початку фази опори. Кіфоз і анкілозуючий спондиліт призводять до сутулої постави та нерухомості тулуба і можуть маскуватися під порушення, характерні для хвороби Паркінсона.

Реабілітація осіб із порушеннями ходи є одним з завдань фізичного терапевта. Тому, вважаємо за доцільне подальше вивчення патогенезу названих порушень та пошук шляхів їх корекції.