

УДК 616.711-007.55-07-053.3

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ АСИММЕТРИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ОСАНКИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ У ЗДОРОВЫХ СУБЪЕКТОВ

М.Е. РОЖДЕСТВЕНСКИЙ*, А.Ю. ГОЛДЫРЕВ*, Н.С. ПОСТНОВА*, В.Е. РОЖДЕСТВЕНСКИЙ**

Нейропсихологические исследования неоднозначно оценивают вклад левого и правого полушария большого мозга в формировании индивидуального профиля асимметрии, который представляет собой разнообразное сочетание двигательных, зрительных, слуховых и других функций контралатеральных полушарий мозга [1–4]. Профиль асимметрии определяет морфологические асимметрии тела [5]. Логично представить, что профиль асимметрии влияет на формирование осанки здорового человека.

Цель исследования – выявление связей индивидуального профиля асимметрии с физиологическими вариантами осанки во фронтальной плоскости здорового взрослого человека явилось

Материал и методы. Исследование проводилось на субъектах без патологии осанки (по данным вертебролога) в возрасте от 16 до 28 лет в количестве 457 чел., из которых 241 чел. (52,70%) – лица женского пола, а 206 чел. (47,30%) – мужского. Профиль асимметрии определялся с помощью стандартных нейропсихологических тестов [5], с выделением ведущих: руки, ноги, глаза и уха у субъектов с физиологическими вариантами осанки во фронтальной плоскости [6]. Фронтальная асимметрия осанки оценивалась по качественным параметрам: разница в высоте стояния плеч, лопаток и наклона таза оценивалась с помощью антропометрического циркуля с ватерпасом; дополнительно оценивался наклон таза по: а) высоте стояния верхнезадних подвздошных остей; б) наклону в сторону ромба Михаэлиса. Клиническая регистрация фронтальных изгибов позвоночника фиксировалась по отвесу (лоту) и методом Адамса [7]. Обработка данных велась с помощью t-критерия Стьюдента [8–9].

Результаты. Изучены виды физиологической осанки во фронтальной плоскости у 457 здоровых лиц. По частоте встречаемости выделены 4 группы с достоверно разными вариантами осанки: I вариант встречался у 299 чел. (65,40%)¹; II – у 89 чел. (19,44%)²; III – у 49 чел. (10,65%)²; IV – у 20 чел. (4,17%)². У обследуемых путем нейропсихологических тестов [5] изучался индивидуальный профиль асимметрии по 4 позициям с выделением ведущих: руки, ноги, глаза, уха. Всего у обследуемых выявлено 16 индивидуальных профилей асимметрии с ведущими:

1. ПППП – правая рука, правая нога, правый глаз, правое ухо;
2. ЛППП – левая рука, правая нога, правый глаз, правое ухо;
3. ПЛПП – правая рука, левая нога, правый глаз, правое ухо;
4. ППЛП – правая рука, правая нога, левый глаз, правое ухо;
5. ПППЛ – правая рука, правая нога, правый глаз, левое ухо;
6. ЛЛПП – левая рука, левая нога, правый глаз, правое ухо;
7. ПЛЛП – правая рука, левая нога, левый глаз, правое ухо;
8. ППЛЛ – правая рука, правая нога, левый глаз, левое ухо;
9. ПЛЛЛ – правая рука, левая нога, левый глаз, левое ухо;
10. ЛЛЛП – левая рука, левая нога, левый глаз, правое ухо;
11. ЛЛЛЛ – левая рука, левая нога, левый глаз, левое ухо;
12. ЛПЛП – левая рука, правая нога, левый глаз, правое ухо;
13. ПЛПЛ – правая рука, левая нога, правый глаз, левое ухо;
14. ЛПЛЛ – левая рука, правая нога, левый глаз, левое ухо;
15. ЛЛПЛ – левая рука, левая нога, правый глаз, левое ухо;
16. ЛППЛ – левая рука, правая нога, правый глаз, левое ухо.

Была определена частота встречаемости и сочетание индивидуальных профилей асимметрии у лиц с разными вариантами осанки. У 299 человек с I вариантом осанки (65,40%) наиболее часто распространены профили с ведущими: ПППП (28,57%), при $p < 0,05^*$ – правая рука, нога, глаз, ухо; ПЛПП (19,05%), при $p < 0,05^*$ – правая рука, левая нога, правый глаз, ухо. Иные варианты профилей встречались статистически недостоверно. (II – 28, Л – 16) – значительное преобладание правых ведущих позиций.

Из 89 чел. со II вариантом осанки (19,44%) выявлены профили с ведущими: ПППП (31,25%), при $p < 0,05^*$ – правая рука, нога, глаз, ухо; ПЛПП (18,75%), при $p < 0,05^*$ – правая рука, левая

нога, глаз, ухо. (II – 24, Л – 16) – отмечалось снижение общего количества правых ведущих позиций, а в процентах увеличение для 31,25%. Из 49 чел. с III вариантом осанки (10,65%) выявлены профили с ведущими: ПЛЛП (24,26%), при $p < 0,05^*$ – левой ногой и глазом; ЛППП (20,18%), при $p < 0,05^*$ – левой рукой; ЛЛПП (12,10%), при $p < 0,05^*$ – левой рукой и ногой; ПЛПП (11,15%), при $p < 0,05^*$ – профиль с левой рукой; ППЛП (10,08%), при $p < 0,05^*$ – профиль с левым глазом. (II – 14, Л – 12) – отмечалось снижение общего количества левых ведущих позиций. Из 20 человек с IV вариантом осанки (4,17%), выявлены профили с ведущими как правыми, так и левыми позициями без достоверных отличий, при $p < 0,05$. ПППП (14,29%), ПППЛ (14,29%), ЛЛПП (14,29%), ПЛЛП (14,29%), ПЛЛЛ (14,29%), ЛЛЛЛ (14,29%), ЛППЛ (14,29%). (II – 14, Л – 14) – отмечено выравнивание количества правых и левых ведущих позиций.

Выводы. Формирование физиологических вариантов осанки происходит при участии профиля асимметрии. Типы осанки формируются доминированием правого или левого профилей асимметрии головного мозга. Значительная доля здоровых взрослых лиц (не менее 85%) имело отклонение ромба Михаэлиса влево с преобладанием правых профилей асимметрии.

Отклонению ромба Михаэлиса вправо (15% обследованных) соответствует равная доля правых и левых ведущих позиций. В 95% физиологических вариантов осанок во фронтальной плоскости достоверно, при $p < 0,05$ преобладают индивидуальные профили асимметрии с ведущими правыми позициями. От I к IV варианту осанки достоверно, при $p < 0,05$ уменьшалась частота регистрации индивидуальных профилей асимметрии с ведущими правыми и нарастала, при $p < 0,05$ частота индивидуальных профилей асимметрии с ведущими левыми позициями. Разнообразие профилей асимметрии уменьшается от I к IV типу осанки.

Рост доли левых профильных позиций I–IV вариантов осанки способствует формированию типа осанки, создающего нерациональные условия для функционирования опорно-двигательного аппарата с вероятностью возникновения патологических изменений в нем на фоне большого количества изгибов.

Литература

1. *Нейропсихология* / Под ред. Е.Д. Хомской.– М.: МГУ, 2003.
2. *Нейропсихология сегодня* / Под ред. Е.Д. Хомской.– М.: МГУ, 1995.
3. *Лурия А.Р., Симерницкая Э.Г.* О функциональном взаимодействии полушарий головного мозга в организации вербально-мнестических функций // Физиология человека, 1975.– № 3.
4. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии.– М.: МГУ, 1973.
5. *Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Функциональные асимметрии человека.– М.: Медицина, 1981.
6. *Голдырев А.Ю. и др.* // ВНМТ.– 2000.– № 1.– С. 88–90.
7. *Шулутко Л.И.* Боковое искривление позвоночника у детей.– Казань, 1968.– С. 19–37.
8. *Стентон Гланц.* Медико-биологическая статистика.– М.: Практика, 1999.– С.148–191
9. *Юнкеров В., Григорьев С.* Математико-статистическая обработка данных мед./ исследований.–СПб: ВМА, 2002.– С.37.

УДК 611-018.4

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТРОНИЛОМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

О.С.АВДЕЕВА*, Е.А. БЕЛЯЕВА*, Т.Н.ЕВЛАНОВА**, О.П.НОВИКОВА***, Н.А.САВЕНКОВА**, И.А.ФЕДОРИЩЕВ#, О.Н.БОРИСОВА*, Т.А.ЮНИНА**

Остеоартроз (по международной классификации – остеоартрит) определяется как гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондрального участка кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периапти-

* Омский гуманитарный институт

** МУЗ ЦРБ г. Мытищи, Московская область

*** – значения показателей для физиологических вариантов осанки во фронтальной плоскости здоровых взрослых субъектов при $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,0001$ (интервальные оценки – для 95% доверительного интервала).

* Кафедра внутренних болезней ТулГУ

** Городской ревматологический центр, МУЗ ГБ № 4

МУЗ ГО «ГОБ»

ООО «АМЗО Групп»