

БІОХІМІЧНІ ТА КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

©В. М. Аплевич, О. В. Горша

*Дитяча міська поліклініка № 1. м. Одеса
ДП «Український НДІ медицини транспорту», м. Одеса*

Питання діагностики, лікування та реабілітації дітей із захворюваннями хребта залишаються актуальними. Особливу увагу спеціалісти приділяють сколіозу – захворюванню хребта, яке супроводжується його деформацією з розвитком дегенеративно-дистрофічних змін у хребцях із долученням до процесу м'язів. У рамках вивчення факторів ризику появи та прогресування деформацій постави, пов'язаних, зокрема, з гіпокінезією, слід відзначити остеопенію і остеопороз, які все частіше реєструються у дитячому віці.

Серед неінвазивних методів лікування сколіозу новим та недостатньо вивченим є метод кінезіотейпування. Застосування тейпів дозволяє впливати безпосередньо на конкретне м'язове волокно, з метою стимуляції пропріорецепторів і формування імпульсу, який викликає скорочення м'яза. Також тейпування залишає можливість пацієнту вільно пересуватися, займатися фізичними навантаженнями, що важливо при сколізі, оскільки зменшення м'язової сили є одним з основних етіологічних факторів даної патології, та зокрема, може поглиблювати стан остеопенії.

Матеріалом для даного дослідження були дані обстеження 134 дітей старшого шкільного віку. Всі пацієнти були поділені на групи: I група (основна) – пацієнти з ідіопатичним сколіозом 1–2 ст., у яких застосовувався стандартний протокол лікування, доповнений кінезіотейпуванням – 68 дітей, поділених на 2 підгрупи (Ia – без остеопенії – 37 чол., Ib – з остеопенією – 31 чол.), II група (порівняння): пацієнти з ідіопатичним сколіозом 1–2 ст., у яких застосовували тільки стандартний протокол лікування – 66 дітей, яких також поділили на 2 підгрупи (IIa – без остеопенії – 34 чол., IIb – з остеопенією – 32 чол.). За віком та статтю групи та підгрупи були зіставні.

Діагностику ідіопатичного сколіозу і остеопенії проводили згідно з поглибленим протоколом дослідження із застосуванням даних анамнезу, клініко-функціональних показників, біомеханічних, біохімічних та рентгенологічних досліджень.

З метою виділення пацієнтів з остеопенією застосовували ультразвукову денситометрію. Також вивчали основні біохімічні показники мінерального обміну, активності ферментативних маркерів стану кістково-м'язової та сполучної

тканин. З даною метою у сироватці крові пацієнтів визначали активність лужної та кислотної фосфатази, кальцій, фосфор, глікопротеїни, хондроїтинсульфати, креатинін та активність креатинфосфокінази, в добовій сечі – вміст оксипроліну, уронових кислот, кальцію та фосфору.

Базове лікування та реабілітацію дітей здійснювали згідно з рекомендаціями локального протоколу. Аналіз ефективності відновного лікування проводили на підставі контрольного рентгенівського обстеження через 12 місяців після початку лікування.

При динамічному дослідженні біохімічних маркерів стану опорно-рухового апарату у пацієнтів з ідіопатичним сколіозом було виявлено суттєві відмінності у показниках ефективності реабілітації, які були пов'язані з наявністю остеопенії та застосуванням методу кінезіотейпування. У дітей з остеопенією при ідіопатичному сколіозі 1–2 ст. показники денситометрії збігалися з даними біохімічних досліджень основних показників мінерального обміну, активності маркерів стану кістково-м'язової і сполучної тканин, що характеризували стан остеопенії. Також біохімічні дослідження встановили збільшення рівня глікопротеїнів і хондроїтинсульфатів, що можна пов'язати із запально-дистрофічними змінами у хрящовій тканині хребта внаслідок деформації міжхребтових дисків при сколіозі.

Також було встановлено, що у дітей при ідіопатичному сколіозі 1–2 ст. з остеопенією і без неї зниження ступеня метаболічних порушень вказує на необхідність корекції останніх з додатковим застосуванням кінезіотейпування, що підтверджується даними біохімічних досліджень та клінічним станом пацієнтів після лікування.

При дослідженні у динаміці біомеханічних показників, таких, як згинання, розгинання та ротація, також відмічали зміни в групах. У групі I (з застосуванням кінезіотейпування) показники практично відповідали нормі. У групі II (без застосування кінезіотейпування) динаміка реабілітаційних заходів була слабкопозитивною чи негативною.

Таким чином, проведення наукових досліджень у контексті зазначених проблем актуальне і підтверджує необхідність подальших розробок.