

departments was observed an amplitude decrease right up to the healing tissue formation: in the front-lateral zone up to 4,2-4,9 mB; in posterior-septal to 7,7-7,9 mB; in front-septal to 3,7-5,9 mB.

Conclusions. So, we have got the first experience of intracoronary introduction of autologous MSC in patients with refractory angina. It was established, that by intracoronary introduction the MSC have positive influence on the patients' quality of life, the doses of the given medical drugs decrease, increases the left ventricular ejection fraction, increases the heart tolerance to the physical exercise. The

therapy effectiveness is confirmed by the results of electro-mechanic heart mapping on the navigation system NOGA XP; that reflects an unipolar signal amplitude increase on 3 mB in a six month period. Unfortunately the transplantation effectiveness of autologous MSC is not prolonged and little by little smoothes over during the period of 2-3 years; never the less it is possible the recurrent cell introduction and recommencement of cell cardiomyoplasty effect.

Key words: *refractory stenocardia,*

*Впервые поступила в редакцию 24.04.2014 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК: 616.711-007.55-021.3:615.825

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ НА РАННИХ СТАДИЯХ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Аплевич В.М., Горша О.В.

*Детская городская поликлиника № 1. г. Одесса.
Украинский НИИ медицины транспорта, г. Одесса.*

Представлены результаты пилотных исследований по возможности применения кинезиотейпирования для коррекции начальных стадий идиопатического сколиоза у детей. Отмечалась положительная динамика – отклонение позвоночника уменьшилось на 2-3 градуса по Коббу на фоне применения этапного тейпирования, что доказывает актуальность дальнейших разработок данной проблемы.

Ключевые слова: *сколиоз, восстановительное лечение, кинезиотейпирование.*

Актуальной проблемой ортопедии были и остаются деформации позвоночника, возникающие в детском и подростковом возрасте [1]. Этиологические факторы различны, но одно из первых мест, наряду с генетически детерминированными изменениями соединительной ткани, занимает недостаточный объем физической нагрузки или ее отсутствие [1, 2]. Проблема деформаций позвоночного столба стояла перед человечеством всю историю его существования и именно поэтому развитие способов лечения так дина-

мично, насыщенно и противоречиво, что представляет отдельный интерес, как отражение процесса формирования научных подходов в медицине. Трехплоскостная архитектоника позвоночника, сегментарное строение со сложным межсегментарным взаимодействием, характер содержимого позвоночного канала предьявляет особые требования и накладывает ряд ограничений на предлагаемые методы терапии [2-5].

Интересна история развития взглядов на лечение сколиотических

деформаций. Изображения и описание людей с деформациями позвоночника своими корнями уходят далеко в прошлое. Искривленных людей осмеивали и боялись. В V веке до н.э. Гиппократ впервые описал сколиоз. Он сконструировал аппарат, который вытягивал позвоночник и корректировал его дефекты. Во II в. н.э. Гален ввел понятия сколиоз, кифоз и лордоз, а также описал их лечение с помощью фиксирования грудной клетки и применения специального корсета для спины. В период Средневековья исследование и лечение деформаций позвоночника не получили большого развития. Предполагалось, что болезнь была «карой небесной» и такие пациенты рассматривались как еретики. В середине XVI в., во Франции, Амбруаз Паре впервые описал врожденный сколиоз. В течение последующих лет А.Паре продолжал развивать проблему деформаций позвоночника и рекомендовал фазы лежащего положения, наряду с корсетом. Жан Андре Венет в 1780 г. купил старое аббатство и основал первую ортопедическую больницу, разработал дневной корсет для сколиоза. На ночь корсет снимался, а пациент ложился на ортопедическую кровать для растяжки. Андре считал, что сколиоз это результат мышечной недостаточности и слабостью осанки. Соответственно полагал, что правильные столы и стулья очень важны для предотвращения искривления позвоночника [1].

Сегодня для лечения сколиоза используются как консервативное, так и оперативное лечение. Опыт, который был накоплен со времен Гиппократа, активно используется в сочетании с научными технологиями и постоянно усовершенствуется. В XX в. обширное применение нашли корсеты – это один из основных методов лечения и способ предотвращения прогрессирования болезни. В зависимости от возраста пациента корсеты

бывают двух видов: корригирующие (корсет Шено, Брейса) и поддерживающие. Ношение корсетов необходимо обязательно сочетать с ЛФК, массажем, чтобы укрепить мышечный корсет спины. В противном случае – результаты от лечения будут временными. На начальных стадиях лечения используют корректоры осанки.

Альтернативным методом, который может быть использован для нарушений осанки и начальных стадий сколиоза является кинезиотейпирование мышц спины. Тейпирование – это терапевтический метод восстановительного лечения, основанный на активации проприорецепторов мышечных волокон, улучшении микроциркуляции крови и лимфы [6, 7]. Техника тейпирования и, непосредственно, сама лента (тейп) разработаны японским доктором Кензо Касе в конце XX в. Данная методика основана на фиксации мышечного волокна в определенных анатомических сегментах, стимуляции мышц (вследствие воздействия на проприорецепторы). Позволяет пациенту активно заниматься физической нагрузкой и формировать мышечный корсет спины. Известно, что тейпирование улучшает микроциркуляцию крови в необходимом сегменте, лимфодренаж, также происходит стимуляция мышечных волокон за счет влияния на проприорецепторы [6]. Обращает на себя внимание и экономичность метода, удобство применения, возможность самообучения методики использования тейпов, что позволяет достичь высокого комплаенса в реабилитации данной категории больных.

Изучив особенности данной методики, мы провели исследование по изучению эффективности её применения с целью коррекции идиопатического сколиоза у детей на ранних стадиях заболевания.

Вышеуказанную методику мы применяли в амбулаторных условиях (дет-

ская городская поликлиника №1. г. Одесса). За период с 01.01.2012 по 01.01.2014 на амбулаторный прием обратилось 426 детей в возрасте 14-16 лет с жалобами на нарушение осанки, боли в области различных отделов позвоночника. У 83 детей из общего количества установлен диагноз сколиоз I степени (степень сколиоза установлена рентгенологически согласно отклонению оси позвоночного столба в градусах по Коббу). Из них девочки составляли 69,8 % (58 человек), мальчики 30,2 % (25 человек). Тщательно были изучены данные анамнеза заболевания для выявления факторов риска возникновения данной патологии. У всех детей обращал на себя внимание факт гиподинамии, отсутствие занятий физической культурой по различным причинам. Диагностика отклонений со стороны позвоночного столба проводилась по углубленному протоколу обследования с использованием не только клинических данных, данных анамнеза, но и рентгенологических, биомеханических исследований. Лечение и реабилитация детей проходила исходя из стандартного протокола. У 20 пациентов протокол лечения и реабилитации был дополнен использованием кинезиотейпов.

Анализ результатов проводился на основании контрольного рентгеновского снимка через 12 месяцев от начала лечения. В группе детей, у которых использовался стандартный протокол, рентгенологическая картина в 26,4 % случаев осталась прежней, у 30,3 % градус отклонения уменьшился на 1, у 27,1 % уменьшился на 2, у 16,2 % пациентов деформация позвоночного столба в сторону увеличилась от 1-3 градусов по Коббу. В группе детей из 20 человек, что составило 24 % от общей группы, отмечалась положительная динамика – отклонение позвоночника уменьшилось на 2-3 градуса по Коббу на фоне применения этапного тейпирования.

Таким образом, стандартный протокол может быть рационализирован применением кинезиотейпов для коррекции отклонений позвоночного столба, что позволит заменить ношение корректора осанки, жесткого корсета, улучшить качество жизни пациента, предупреждая развитие мышечной гипотонии. А также тейпирование мышц спины позволяет пациенту свободно двигаться, заниматься физической нагрузкой, что необходимо при сколиозе, т.к. снижение мышечной силы является одним из основополагающих этиологических факторов развития данной патологии.

Проведенные исследования являются стартовыми и подтверждают актуальность дальнейших разработок данной проблемы.

Литература

1. Берсенева В.А. Метамерия. / В.А. Берсенева. – К.: СМП «АВЕРС», 2003. – 264с.
2. Серов В.В. Соединительная ткань (функциональная морфология и общая патология) / В.В. Серов, А.Б. Шехтер. – М. Медицина, 1981. – 312 с.
3. Роев, Й.В. Большой атлас по анатомии / Й.В. Роев, Ч. Йокочи, Е. Л Дреколл. – М.: ВНЕШ-СИГМА, 1997. – 477 с.
4. Физиология человека в 3-х томах. Т 1. Пер. с англ. / под ред. Р. Шминта и Г. Тевса. – М.: Мир, 1996. – 312 с.
5. Шубникова Е.А. Мышечные ткани: учебное пособие / Е.А. Шубникова, Н.А. Юрина. – М.: Медицина, 2001. – 240 с.
6. Инструкция по применению. Применение оригинальных кинезиотейпов при лечении заболеваний и травм: утв. МЗ РБ 27.09.2010 г. регистрационный №102-0910.
7. The original Kinesiology Tape from Japan [Electronic resource] <http://www.k-active.com>.

References

1. Bersenev V. A. Metamerism. / V. A. Bersenev. – K.: SMP «AVERS», 2003. – 264 p.
2. Serov V.V. Conjunctive tissue (functional morphology and common pathology) / V. V. Serov, A. B. Shechter. – M. Medicine, 1981. – 312 p.

3. Physiology of human in 3 volumes. V 1. Transl. from English/ by edition R. Shcmint and G. Tevs. – M.: Mir, 1996. – 312 p.
4. Shubnikova E. A. Muscular tissue: tutorial / E. A. Shubnikova, N. A. Yurin. – M.: Medicine, 2001. – 240 p.
5. Instruction for use. Application of original Kinesio taping of treatment the illnesses and traumas: M3 RB 27.09.2010 y. registration №102-0910.
6. Roen, I. V. Great atlas of anatomy/ I. V. Roen, Ch. Yokochi, E. L. Drecoll. – M.: Vneshsigmaэ, 1997. – 477 p.
7. The original Kinesiology Tape from Japan [Electronic resource] <http://www.k-active.com>.

Резюме

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ НА ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ ІДІОПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ

Аплевич В.М., Горша О.В.

*Міська дитяча поліклініка № 1 м.
Одеса.*

*Український НДІ медицини транспор-
ту, м. Одеса*

Надані результати пілотних досліджень щодо можливості застосування кінезіотейпування для корекції початкових стадій ідіопатичного сколіозу у дітей. Спостерігалась позитивна динаміка – відхилення хребта зменшилось на 2-3 градуса по Коббу на фоні зас-

тосування етапного тейпування, що підтверджує актуальність подальших розробок даної проблеми.

Ключові слова: сколіоз, відновлювальне лікування, кінезіотейпування.

Summary

THE POSSIBILITIES OF APPLICATION KINESIOTAPING ON THE EARLY STAGES OF IDIOPATHIC CHILDREN'S SCOLIOSIS

Aplevich V. M., Gorsha O.V.

*Children's local polyclinic № 1 in
Odessa.*

*Ukrainian RI of transport medicine,
Odessa.*

There are represented results of pilot researches on the possibility of application kinesiotaping for correction of initial stages of idiopathic children's scoliosis. It was noted a positive dynamics – the deflection of backbone diminished in 2-3 degrees by Cobb on the background of application of a gradational taping that proves that the actuality of further elaboration of a present problem.

Keywords: scoliosis, rehabilitation, kinesiotaping.

*Впервые поступила в редакцию 05.05.2014 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616.137.83-089.819.813

ВЫБОР МЕТОДА ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ

Воропаев В.В.

Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака Национальной академии медицинских наук Украины», Донецк, e-mail: rodin_vask@bk.ru

Мы проанализировали 82 клинических случая повторных реконструктивно-восстановительных операций на аорто-бедренном сегменте в связи с тромбозами шунтов в отдаленном периоде. Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование первоначально выполнено 65 (79,3 %) больным, одностороннее — 17 (20,7 %). В 79 (96,3 %) случаях возникла окклюзия одной ветви протеза, в 3 (3,6 %) — окклюзия всего протеза. Одновременно с аорто-бедренным шунти-