
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**А. Е. Барулин, Б. М. Калинин, А. Е. Пучков,
Х. Ш. Ансаров, Я. Е. Бабушкин**

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики,
с курсом неврологии, мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

УДК 616.8-009.7 : 615.825

Установлено достоверное снижение болевого синдрома и регресс неврологической симптоматики у пациентов с дорсалгиями пояснично-крестцового отдела позвоночника при использовании в комбинации с медикаментозным лечением методов кинезиотейпирования в сравнении с лицами, получавших только лекарственную терапию.

Ключевые слова: кинезиотейпирование, дорсопатии, люмбагия, боль в спине.

**A. E. Barulin, B. M. Kalinchenko, A. E. Puchkov,
H. Sh. Ansarov, Ya. E. Babushkin**

KINESIOTAPING IN THE MANAGEMENT OF PAIN SYNDROME

The combined use of kinesiотeiping therapy and pharmacotherapy in patients with pain in the lumbar and sacral regions of the spine showed a statistically significant decrease in pain intensity and alleviation of symptoms as compared with patients receiving pharmacological treatment alone.

Ключевые слова: kinesiотeiping, spinal disease, pain in the lumbar spine, backache.

Лечение и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата является актуальной задачей современной медицины. По литературным данным последних лет, $\frac{2}{3}$ населения земного шара страдает от нарушений биомеханики позвоночника и опорно-двигательного аппарата в целом, это проявляется суставными и мышечными болями различной степени выраженности. Изменение биомеханических показателей напрямую связано с избыточным мышечным напряжением, ограничением и затруднением движений суставов, нарушениями микроциркуляции в тканях и суставах, таким образом, способствуя хронизации патологического процесса. Использование только традиционной фармакотерапии, особенно в амбулаторной помощи, не всегда позволяет в полной мере безопасно и быстро повлиять на этиологию возникновения заболевания [3].

Согласно научным исследованиям последних лет все больше расширяется доказательная база немедикаментозных методов лечения, в частности, их эффективность при лечении болевых синдромов. Одним из современных и перспективных методов немедикаментозной терапии является кинезиотейпирование.

Данный метод появился в середине семидесятых годов и основан на использовании специальных эластичных хлопковых лент, покрытых гипоаллергенным акриловым клеем для закрепления на коже пациента. Первоначально кинезиотейпирование довольно широко использовалось в спортивной медицине, для укрепления мышц, связок, суставов, позволяя сохранить и даже увеличить подвижность поврежденного двигательного сегмента.

Только спустя 10 лет, тейпирование было введено в клиническую практику. Относительно

недавно кинезиотейпирование стали вводить в неврологическую практику.

В литературе имеются единичные статьи, которые отмечают эффективность кинезиотейпирования при мышечной спастике у больных с ОНМК, также описаны случаи применения тейпов у детей с ДЦП. Практически отсутствуют работы по применению данной методики у пациентов с острыми и хроническими болевыми синдромами.

Основной механизм действия кинезиотейпа осуществляется за счет лифтинг-эффекта. При помощи своих эластических свойств растянутый тейп, приклеенный к коже, приподнимает ее и приводит к образованию в ней складок.

Таким образом, увеличивается расстояние между кожей и мышечной тканью. Происходит уменьшение давления на сосуды, расположенные в этой области, их просвет расширяется, это вызывает улучшение местного кровообращения и лимфооттока.

Также с помощью кинезиотейпирования можно нормализовать мышечный тонус, используя мышечные техники, за счет воздействия на поверхностную и глубокую проприорецепцию тканей.

Применение связочных и миофасциальных методик обусловлено фиксацией фасций и связок мышц, что способствует улучшению подвижности пораженного сегмента.

Эти методики актуально использовать для коррекции патобиомеханики, опосредованно воздействуя на тонус мускулатуры. Местно улучшить микроциркуляцию и перфузию тканей позволяют лимфодренажные техники кинезиотейпирования. Обезболивающий и противовоспалительный эффекты появляются через несколько минут после аппликации тейпа, пациент ощущает уменьшение боли, тепло в области наложения тейпа, увеличение объема движений.

Применение различных техник аппликаций кинезиотейпинга дает уникальную возможность проводить коррекцию биомеханики каждого пациента с учетом его индивидуальных особенностей, что способствует более эффективному регрессу болевых проявлений.

Метод кинезиотейпинга представляет большой интерес в лечении болевых синдромов, он позволяет воздействовать на ведущие звенья патогенеза заболевания и повышает эффективность лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить возможности применения метода кинезиотейпирования у неврологических больных с хроническими неспецифическими болевыми синдромами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 83 пациента с хроническими миофасциальными болевыми синдромами в пояснично-крестцовом отделе позвоночника в подострой стадии, средний возраст составил $(42,2 \pm 3,5)$ года. Средняя длительность болевого синдрома $(2,5 \pm 0,5)$ лет. Всем пациентам проведен комплекс клинических обследований: классическое неврологическое и мануально-мышечное исследования с кинезиологическим подходом. Интенсивность болевых проявлений определена с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [2].

Определены статодинамические изменения состояния позвоночника способом визуально-оптической диагностики (Патент № 2012618316) [Барулин, 2012]. Пациенты с органической неврологической симптоматикой не включались в исследование.

С целью уменьшения болевого и мышечнотонического синдромов, для коррекции биомеханических нарушений, использовались мышечная, фасциальная и лимфодренажная техники наложения кинезиотейпа. Для уменьшения тонуса и спастики мышц применяли мышечную релаксирующую технику – Y-образные ленты кинезиотейпа накладывались на квадратную мышцу поясницы, I-образные тейпы на паравертебральные мышцы. Для стабилизации грудопоясничного перехода позвоночника применялась связочная техника. Лимфодренажная коррекция использовалась для улучшения микроциркуляции и создания областей с низким внутритканевым давлением, таким образом, способствуя току лимфы в направлении регионарных лимфоузлов.

Данная методика позволяет уменьшить болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника за счет улучшения лимфооттока и микроциркуляции. За курс лечения проводилось 3 процедуры кинезиотейпирования длительностью 4–5 дней. Полученные данные обработаны с помощью пакета Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно задачам исследования сформированы две группы. Контрольная группа – 42 человека, которым проводилось традиционная фармакотерапия согласно стандартам лечения болей в нижней части спины. Основная группа – 41 пациент, который лечился по стандарту, но в комбинации с методиками кинезиотейпирования.

Полученные исходные данные по двум группам имели следующее распределение: уровень болевых проявлений по ВАШ составлял $7,9 \pm 0,5$, показатель индекса мышечного напряжения (ИМН) по Хабирову составил $(7,8 \pm 0,4)$ усл. ед., биомеханический показатель

смещения центра тяжести по сагиттальной и/или фронтальной оси – $(10,3 \pm 0,33)^\circ$, показатель нарушения параллельности границ регионов (ПГР) равен $(11,9 \pm 0,87)^\circ$. После проведения лечения, выявлены следующие показатели. Интенсивность болевых проявлений по ВАШ достоверно снизилась во второй группе до $4,3 \pm 0,3$ в сравнении с первой группой до $5,7 \pm 0,4$.

Отмечено статистически значимое снижение ИМН в основной и контрольной группах ($3,3 \pm 0,34$ и $4,2 \pm 0,29$ соответственно).

Изменения значений смещений сагиттальной и/или фронтальной оси в группе с медикаментозной терапией составляет угол $(7,1 \pm 0,33)^\circ$, группы с кинезиотейпами – $(6,7 \pm 0,33)^\circ$ ($p < 0,05$).

Установлено достоверное снижение показателя выраженности нарушений ПГР во второй группе [$(7,4 \pm 0,7)^\circ$] в сравнении с первой [$(8,2 \pm 0,6)^\circ$].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами была установлена достоверная положительная динамика снижения болевого синдрома у больных с дорсопатиями в группе с кинезиотейпами, причем снижение уровня боли пациентов отмечалось сразу после тейпирования и доказано, что применение кинезиотейпирования улучшает регресс неврологической симптоматики при миофасциальных болевых синдромах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барулин А. Е. Разработка способа визуально-оптической диагностики патобиомеханических изменений статики человека // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: матер. 67-й открытой науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов с международным участием. – ВолгГМУ, 2009. – С. 75–76.
2. Барулин А. Е. Комплексный метод оценки факторов риска развития вертеброгенной патологии // Вестник ВолгГМУ. – 2012. – № 3. – С. 37–40.
3. Власова Е. В., Барулин А. Е. Новые подходы к экспертной оценке боли в спине // Российский журнал боли. – 2013. – № 1 (38). – С. 31–32.
4. Забаровский В. К., Анацкая Л. Н., Василевская Л. А. Комбинированное применение мануальной терапии и кинезиотейпирования в лечении сочетанных дорсалгий у спортсменов высокой квалификации // Мануальная терапия. – 2014. – №1 (53).
5. Курушина О. В., Барулин А. Е. Гендерные особенности болевых установок пациентов с хроническими алгическими расстройствами // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 22 (39). – С. 322–323.
6. Субботин Ф. А. Кинезиотейпирование миофасциального болевого синдрома // Мануальная терапия. – 2014. – № 4 (56).
7. Черноволенко Е. П., Курушина О. В., Барулин А. Е. Нарушения миофасциальных взаимоотношений при синдроме ночной дизестезии рук // Российский журнал боли. – 2013. – № 1 (38). – С. 46–47.
8. Djordjevic O. C., Vukicevic D., Katunac L., et al. Mobilization with movement and kinesiostaping compared with a supervised exercise program for painful shoulder: results of a clinical trial // J. Manipulative PhysiolTher. – 2012. – № 35. – P. 454–463.