ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ МЕТОДОМ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ

Умирова Сурайё Мамуржоновна – Ph.D., ассистент
Хусанова Азиза Бобоназаровна – магистрант
Уразбаева Гулжамал Хамза кизи – магистрант
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Актуальность. *Хроническая боль - распространенная проблема. В большинстве случаев дискомфортные ощущения, не связанные с заболеваниями и травмами, не требуют обращения к врачу и быстро проходят без специального лечения. Кинезиотейпирование - простой способ лечения, основанный на методах физиологического воздействия на кожный покров и подлежащие ткани. Суть процедуры, которая не имеет ничего общего с таким понятием как типирование, заключается в наклеивании специальных пластырей – кинезио-тейпов, на проблемные участки. Эластичные и тонкие ленты хорошо растягиваются, поэтому не вызывают дискомфортных ощущений во время ношения. Клеевая основа гипоаллергенная, что снижает риск появления негативных реакций со стороны кожных рецепторов на раздражающий фактор.*

Ключевые слова: *хроническая боль, кинезиотейпирование, дорсопатии, любмбалгия.*

SURUNKALI OG‘RIQ SINDROMINI KINEZIOTEYP USULI BILAN DAVOLASH

Umirova Surayyo Mamurjonovna – Ph.D., assistent
Xusanova Aziza Bobonazarovna – magistrant
Urazbaeva Guljamal Xamza qizi – magistrant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O‘zbekiston)

Dolzarbligi. *Surunkali og‘riq – keng tarqalgan muammo. Ko‘pchilik hollarda kasalliklar va jarohatlar bilan bog‘liq bo‘lmagan noqulay sezgilar shifokorga murojaat qilishni talab etmaydi va maxsus davolashsiz tezda o‘tib ketadi. Kinezioteypirova – bu oddiy davolash usuli bo‘lib, u teri qoplami va uning ostidagi to‘qimalarga fiziologik ta’sir ko‘rsatish usullariga asoslangan. Ushbu muolajaning mohiyati “tipirovka” tushunchasiga aloqasi yo‘q bo‘lib, maxsus plastirlar – kinezioteyplarni muammoli sohalarga yopishtirishdan iborat. Elastik va yupqa lentalar yaxshi cho‘ziladi, shuning uchun ularni taqishda noqulaylik sezilmaydi. Yopishtiruvchi asosi gipollergen bo‘lib, bu esa teri retseptorlari tomonidan qo‘zg‘atuvchi omillarga nisbatan salbiy reaksiyalar paydo bo‘lish xavfini kamaytiradi.*

Kalit so‘zlar: *surunkali og‘riq, kinezioteyp, dorsopatiyalar, lumbalgiya.*

TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROMES WITH THE METHOD OF KINESIOTAPING

Umirova Surayyo Mamurjonovna – Ph.D., assistant
Husanova Aziza Bobonazarovna – Master’s Resident
Urazbaeva Guljamal Khamza kizi – Master’s Resident
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

Abstract. *Chronic pain is a widespread problem. In most cases, discomfort not associated with diseases or injuries does not require medical attention and quickly disappears without special treatment. Kinesio taping is a simple treatment method based on the physiological effects on the skin and underlying tissues. The essence of the procedure, which has nothing to do with the concept of "typing," lies in applying special adhesive patches – kinesio tapes – to the affected areas. These elastic and thin strips stretch well, so they do not cause discomfort during wear. The adhesive base is hypoallergenic, which reduces the risk of negative reactions from skin receptors to the irritating factor.*

Key words: *chronic pain, kinesiotaping, dorsopathies, lumbalgia.*

Введение. Наш образ жизни, привычки, нагрузки приводят к множественным дисфункциям, в том числе в области спины. По мере взросления межпозвоночные диски теряют гидратацию и изнашиваются, некорректная работа мышц ускоряет этот процесс. В результате их эластичность, гибкость и амортизирующие свойства снижаются, что приводит к дегенеративным изменениям, которые провоцируют появление хронической боли в спине и шее из-за сдавливания позвоночного столба и окружающих корешков спинного мозга. Интенсивность болевых ощущений зависит от степени давления. [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.

Кинезиологическое тейпирование — это простой и эффективный метод лечения растяжения связок, мышечных болей и других травм, а также гематом и отеков с помощью наклеивания специальной эластичной клейкой ленты - тейпа (син.: кинезиотейп, кине-сиотейп, физиотейп). Метод кинезиотейпирования, предложенный в 1973 г. японским врачом-мануальным терапевтом Кензо Касе, с использованием тейпов, разработанных по инновационным технологиям и изготовленных японским концерном Нитто Денко (Nitto Denko), является новым направлением в восстановительной медицине, которого на протяжении многих лет придерживаются врачи спортивной медицины и физиотерапевты всего мира. Кинезиотейпы представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела. Эластические свойства тейпов приближены к эластическим параметрам кожи. Хлопковая основа не препятствует дыханию кожи и испарению с ее поверхности. Эти свойства позволяют использовать тейпы в водных видах спорта, а также оставлять наклеенными на кожу до 5 сут. [3].

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.

Среди многочисленных эффектов воздействия кинезиотейпа на организм можно выделить два основных: механический и нейрорефлекторный. Концепция механической теории заключается в усилении активации микроциркуляции в межклеточном веществе. Эластичный тейп, наклеенный на кожу, за счет декомпрессии активирует микроциркуляцию. Улучшается местный кровоток в тканях, и выводятся медиаторы воспаления, таким образом реализуется его лимфодренажный эффект [4].

Кинезиотейп воздействует на кожно-кинетическую чувствительность, возбуждая рецепторы, находящиеся в коже, мышцах, сухожилиях, суставах. Регуляция тонуса мышц осуществляется через тонический или миототический рефлекс, который, в свою очередь, включается через мышечно-сухожильный орган Гольджи. Подается сигнал на тормозные вставочные нейроны спинного мозга, ингибирующие активность альфа-мотонейронов. Таким образом, стимуляция механорецепторов кожи над мышцей, сухожилием, суставом уменьшает межимпульсный интервал двигательной единицы мышцы и увеличивает количество двигательных единиц во время сокращения. Использование мышечных техник позволяет либо усилить, либо ослабить мышечный тонус [4].

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 проприоре-цепцию тканей.

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

Методы исследования. Обследовано 60 пациента с хроническими миофасциальными болевыми синдромами в пояснично-крестцовом отделе позвоночника в подострой стадии, средний возраст составил (34,3 ± 7,8) года. Средняя длительность болевого синдрома (5,6 ± 2,5) лет. Пациенты были случайным образом разделены на две группы по 30 человек, которым проводилась терапия болевого синдрома в виде нимесила 100 мг 2 раза в день в течение 5 дней и толперизона (Мидокалм) 150 мг 2 раза в день в течение 5 дней. Пациентам первой группы назначалось местное лечение в виде гелей и кремов, содержащих НПВП (без разогревающего эффекта). Пациентам второй группы помимо медикаментозной терапии нимесилом и мидокалмом проводилось кинезиологическое тейпирование паравертебральных мышц с 2-х сторон 1-образными полосками от крестцово-подвздошных сочленения до уровня XII грудного позвонка (послабляющая коррекция) и квадратных мышц поясницы (послабляющая коррекция) У-образными полосками с использованием кинезиотейпов различных производителей (К-Таре, КтехИэ, Ктеэю). Пациенты носили кинезиотейп в течение 5 дней и снимали его самостоятельно накануне 3 осмотра, что было необходимо для того, чтобы оценить стойкость эффекта при снятом кинезиотейпе. 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. Оценка уровня боли осуществлялась по шкале ВАШ на первом осмотре (до аппликации тейпа), на 3 и на 6 день. Пациенты с органической неврологической симптоматикой не включались в исследование. Данная методика позволяет уменьшить болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника за счет улучшения лимфооттока и микроциркуляции. За курс лечения проводилось 3 процедуры кинезиотейпировния длительностью 4-5 дней. Полученные данные обработаны с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты исследования. Согласно задачам исследования сформированы две группы. Контрольная группа - 30 человека, которым проводилось традиционная фармакотерапия согласно стандартам лечения болей в нижней части спины. Основная группа -30 пациент, который лечился по стандарту, но в комбинации с методиками кинезиотепирования.

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

смещения центра тяжести по сагиттальной и/или фронтальной оси - (10,3 ± 0,33)°, показатель на-рушение параллельности границ регионов (ПГР) равен (11,9 ± 0,87)°. После проведения лечения, выявлены следующее показатели. Интенсивность болевых проявлений по ВАШ достоверно снизилась во второй группе до 4,3 ± 0,3 в сравнении с первой группой до 5,7 ± 0,4.

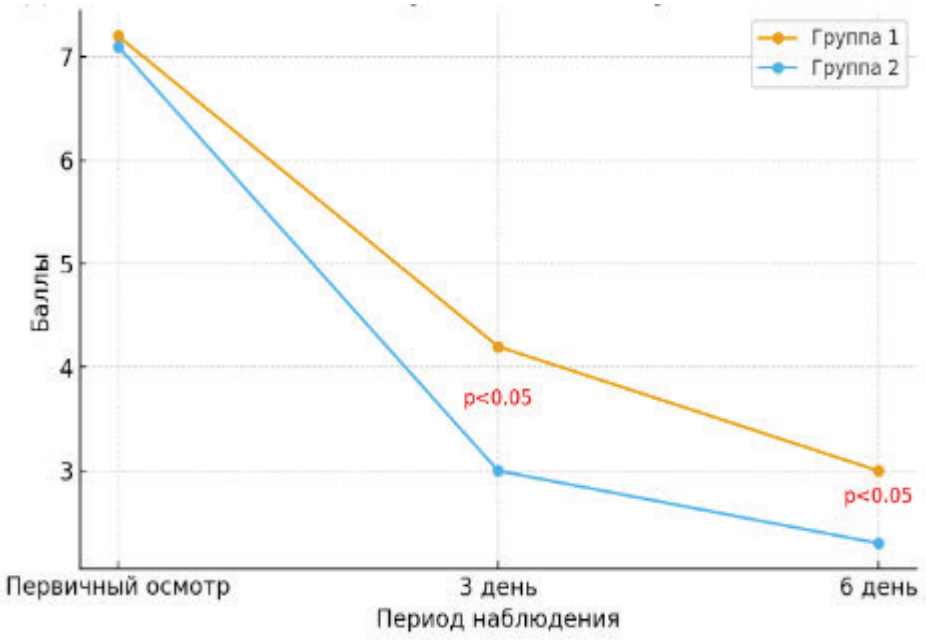


Рис. 1. **Динамика боли по ВАШ у пациентов**

Изменения значений смещений сагиттальной и/или фронтальной оси в группе с медикаментозной терапией составляет угол (7,1 ± 0,33)°, группе с кинезиотейпами - (6,7 ± 0,33)° (p < 0,05).

Установлено достоверное снижение показателя выраженности нарушений ПГР во второй группе [(7,4 ± 0,7)°] в сравнении с первой [(8,2 ± 0,6)°].

Уровень боли по шкале ВАШ при первичном осмотре составлял: у пациентов 1 группы - 7,2 ± 1,26 балла; у пациентов 2 группы - 7,1 ± 1,45 балла (различия статистически не значимы). При осмотре на 3 день уровень боли составил: в 1 группе 4,2 ± 1,1 балла; во второй группе -3,0 ± 1,3 балла (различия статистически значимы для p<0,05). При осмотре на 6 день уровень боли в 1 группе составил 3,0 ± 1,1 балла; во второй группе 2,3 ± 1,1 балла (различия статистически значимы для p<0,05). За время лечения побочных эффектов со стороны ЖКТ не наблюдалось у пациентов обеих групп, также не наблюдалось и аллергических реакций на кинезиотейпы. Внимания заслуживает тот факт, что по результатам расспроса при втором визите значительное облегчение к вечеру первого дня испытывали 50% пациентов первой группы и 90% пациентов второй группы.

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 поле тейпирования и доказано, что применение кинезиолгического тейпа улучшает регресс неврологической симптоматики при миофасциальных болевых синдромах.

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.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Барулин А. Е. Комплексный метод оценки факторов риска развития вертеброгенной патологии // Вестник ВолгГМУ. - 2012. - № 3. - С. 37-40.

2. Власова Е. В., Барулин А. Е. Новые подходы к экспертной оценке боли в спине // Российский журнал боли. - 2013. - № 1 (38). - С. 31-32.

3. 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).

4. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - с. 194 -208.

5. Курушина О. В., Барулин А. Е. Гендерные особенности болевых установок пациентов с хроническими алгическими расстройствами // Профилактическая и клиническая медицина. - 2016. - № 22 (39). -С. 322-323.

6. Пенина Г.О., Помников В.Г., Стариков А.С. Методические рекомендации «Неврологические проявления пояснич-ныхдорсопатий: выявление, дифференциальная диагностика, терапия, МСЭ» -СПбИУВЭК - СПб 2016. - 74с.

7. Djordjevic O. C, Vukicevic D., Katunac L., et al. Mobilization with movement and kinesiotaping compared with a supervised exercise program for painful shoulder: results of a clinical trial // J. Manipulative PhysiolTher. -2015. - № 35. - P. 454-463.

8. Haig A.J., Wallbom A., Hill P.G. et al. Low Back Pain // N. Engl. J. Med. — 2011. — V. 344.— P. 1644-1645.

9. Harms M.C., Peers Ch.E., Chase D. Low back pain: what determines functional outcome at six months? An observational study // BMC Musculoskelet Disord. — 2017. — 11.— P. 236.

10. Janwantanakul P., Pensri P., Moolkay P., Jiamjarasrangsi W. Development of a risk score for low back pain in office workers - a cross-sectional study // BMC Musculoskelet Disord. —2011, —P. 97-102.