

УДК 616.74-08-035

КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З МІЖХРЕБЦЕВИМИ ГРИЖАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Стецяк П.М., Копочинська Ю.В., Глиняна О.О.

Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»

В статті розглянуто використання методики кінезіотейпування при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта. Визначено мету, основні завдання та принципи використання кінезіотейпування. Обґрунтовано ефективність застосування кінезіотейпування для відновлення пацієнтів з вираженим больовим синдромом при міжхребцевих грижах. Методика кінезіотейпування дозволяє організму задіяти особисті сили для покращення лікування, завдяки підтримці та стабілізації м'язів і збільшенню простору для циркуляції міжклітинної рідини, крові і лімфи. Даний метод підвищує ефективність відновлення рухливості хребетного сегменту за короткий термін без обмежень в повсякденному та активному житті людини. Наведений метод добре поєднується у відновленні хворих з іншими засобами для зменшення больових відчуттів у поперековому відділі хребта та може використовуватись спеціалістами в сфері фізичної терапії та ерготерапії.

Дана позитивна оцінка використанню методу на гострій та підгострій стадії. Больові показники при активних рухах до кінезіотейпування у гострій стадії становили у контрольній групі – $\bar{x} = 7,6$ бали ($S = 0,2$ бали), в основній – $\bar{x} = 7,4$ бали ($S = 0,3$ бали), $p > 0,05$ та через 3 дні після проведеної процедури склали в контрольній групі – $\bar{x} = 5,1$ бали ($S = 0,3$ бали) та значно знизилися в основній групі – $\bar{x} = 2,2$ бали ($S = 0,1$ бали), $p < 0,05$.

Ключові слова: кінезіотейпування, міжхребцева грижа, біль, попереково-вий відділ, методика.

Постановка проблеми. Біль у спині – один із найпоширеніших симптомів на який скаржаться більшість неврологічних хворих. До 78% людей протягом свого життя переносять хоча б один епізод болю в спині. Більш ніж у 40% людей спостерігалось загострення болю в спині тривалістю більше одного дня за останні 12 місяців і приблизно у 25% протягом останніх 3-х місяців [2, с. 123].

На підставі досвіду фізичної терапії хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта опубліковано кілька сотень статей, модернізована концепція, однак для спеціалістів по фізичній терапії проблема залишається актуальною, тому, що досі пацієнтам з гостро враженими больовими відчуттями у більшості випадків рекомендується постільний режим з суттєвими обмеженням рухової активності, що навпаки не сприяє швидшому одужуванню [1, с. 96].

Сьогодні доцільно знову обговорити цю важливу і складну проблему та впровадити в практику вітчизняної системи фізичної терапії новий сучасний засіб – кінезіотейпування, який дозволить зменшити больові відчуття та не буде обмежувати спосіб життя хворого.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В лікуванні гострого болю при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта досягнуто значних результатів, однак, незважаючи на це з'являються нові сучасні технології для зменшення виражених вертеброгенних синдромів. Серед цих новітніх засобів – методика кінезіотейпування, яка була запропонована японським лікарем Кензо Касі ще в 1973 році. В нашій країні дана методика з'явилась нещодавно та добре себе зарекомендувала [5, с. 12]. Оскільки при гострому болі раніше використовувались суворо постільний режим та ортопедичні корсети, які обмежують активність пацієнта та рух у поперековому відділі хребта. На відмінно від інших засобів, кінезіотейпування дозволяє зберегти і навіть збільшує рухливість пошкодженого хребетного рухового сегменту. Відбувається це за рахунок того, що еластична стрічка бере на себе частину

навантаження сухожилок і м'язів, а також при піднімає шкіру і покращує гемоперфузію і лімфовідтік під нею [3, с. 8]. Наведені факти підтверджують доцільність проведення лікувальних заходів, спрямованих на посилення відтоку лімфи і венозної крові при вираженому набряку та больовому синдромі з допомогою кінезіотейпування. Таким чином, кінезіотейпування дозволяє організму задіяти особисті сили для покращення лікування, завдяки підтримці, стабілізації м'язів, суглобів і зв'язок і збільшенню простору для циркуляції міжклітинної рідини, крові і лімфи.

Робота виконана по плану НДР «Розробка технологій фізичної терапії та технічних засобів їх здійснення» №01117U002933 від 01.04.2017 кафедри біобезпеки і здоров'я людини НТУУ «КПІ ім. Сікорського».

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Відновлення хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу з використанням сучасних засобів фізичної терапії не завжди приносять бажані результати [6, с. 135]. При довготривалому загостренні, крім больових відчуттів, з'являються парестезії і гіпалгезії, зниження сили трьохголового м'яза литки і у згиначах пальців стопи, складнощі при стоянні та носках, випадіння ахілового рефлекса. У результаті чого хворі втрачають працездатність і можливість самообслуговування, стають інвалідами. Одним з основних засобів, що дозволяє зменшити небажані наслідки при міжхребцевих грижах поперекового відділу є кінезіотейпування, що підвищує якість лікування.

Таким чином, є нагальна необхідність більш поглибленого дослідження, уточнення, вивчення, узагальнення, корегування й удосконалення процесу фізичної терапії хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта, що, на наш погляд, вивчено недостатньо.

Мета статті. Головною метою цієї роботи є оцінка ефективності застосування кінезіотейпування при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта з вираженим больовим відчуттям.



Рис. 1. Кінезіотейпування поперекового відділу хребта I-подібними стрічками

Виклад основного матеріалу. В дослідженні приймали участь 20 осіб чоловічої статі, яким був поставлений діагноз лікарем невропатологом міжхребцевої грижа поперекового відділу хребта. Вік пацієнтів склав $39 \pm 1,6$ років ($x \pm S$) років. Згідно мети проведено клінічні дослідження на базі Київської клінічної обласної лікарні №1 м. Києва у 2017–2018 рр. у відділенні неврології.

Для визначення ефективності програми були сформовані дві групи – основна ($n=10$), пацієнтам, якої проводили кінезіотейпування поперекового відділу хребта, і контрольна ($n=10$), займалася за програмою лікувального закладу. Вихідні показники параметрів, що вивчалися у пацієнтів сформованих груп статистично значуще не відрізнялись ($p > 0,05$).

Для кінезіотейпування використовувався тейп виготовлений на основі хлопкової тканини. Представляв собою еластичні клейкі стрічки, покриті гіпоалергеним клейким шаром на основі акрилової основи, які активізуються при температурі тіла. З внутрішньої сторони, клейовий шар тейпу захищений паперовою стрічкою з нанесеною розміткою, що полегшує розрізання тейпа за розміром для застосування. Фізичні якості тейпа наближені до параметрів розтягнутої шкіри, за рахунок спеціального еластичного шару [5, с. 14].

Протипоказання до кінезіотейпування: алергічні реакції на акрил, індивідуальна непереносимість; захворювання шкіри, в тому числі онкологічні; ксеродерма (пергаментна шкіра); відкриті рани і трофічні виразки в місці аплікації; перший триместр вагітності; чутлива і слабка шкіра (в більшості у людей похилого віку) пацієнти з системними захворюваннями шкіри і її травмами; схильність до утворення пухирів, мікротравм та синців; тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок.

Незаперечною перевагою кінезіотейпування є: отримання позитивних результатів у відносно короткий період часу; простота і економічність; можливість неперервної лікувально-коригуючої дії 24 години на добу, на протязі 3–5 днів; відсутність у складі кінезіотейпів і складі клейкої основи фармакологічних активних речовин; відсутність обмеження в процесі життєдіяльності [7, с. 58].

В даній статті запропоновано розглянути методику застосування кінезіотейпування при роботі

з гострим болем при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта. За таких умов краще використовувати класичну лімфодренажну техніку корекції у вигляді аплікацій кінезіологічного тейпу.

Вирізана смужка умовно поділяється на робочу зону і «якоря» або «базис» розташовані по краях вирізаної смужки. Якщо робоча зона може бути наклеєна в розтягнутому стані або не в розтягнутому вигляді, то «якоря» завжди клеються в нерозтягнутому вигляді, для оптимальної фіксації тейпа.

Необхідних матеріалів для кінезіотейпування: дезинфікуюча рідина (хлоргексидин, спеціальні рідини для тейпування), кінезіотейп (стандартний тейп 5м на 5 см.) – різної ширини, кольору, простий і еластичний, згідно обраної схемою тейпування та ножиці [8, с. 12].

Методика: відріжте дві I-подібні смужки тейпа. Вихідне положення хворого в нахилі вперед. Починайте клеїти з верхньої сідничної області, не зачіпаючи зону куприка. Прикріпіть тейп вгору по спині, з обох боків від хребта, щоб не натягувати, закріпіть на рівні 10–11 грудних хребців, наведено на рис. 1.

Кількість сеансів кінезіотейпування визначається конкретною проблемою і оцінкою динаміки відновного процесу. Курс лікування має проводитися не менше 3-х разів. Курс кінезіотейпування може бути закінчено за відсутності скарг пацієнта, стабільному стані тканин при їх обстеженні та повному відновленні функції [9, с. 14].

Дослідження больових відчуттів при активних рухах у поперековому відділі хребта були оцінені до кінезіотейпування та на 3 день після процедури наведено на рис. 2.

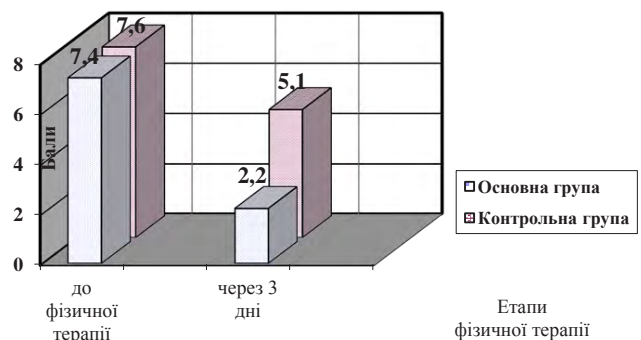


Рис. 2. Динаміка больових відчуттів у попереково-крижовому відділі хребта при активних рухах

Висновки і пропозиції. Кінезіотейпування є одним із головних методів відновного лікування, заснований на природних методиках оздоровлення організму. Даний метод фізичної терапії створює абсолютно новий підхід у відновленні хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта. Кінезіотейпування можна використовувати не тільки, як основний метод відновлення так і в доповненні до вже існуючих методів фізичної реабілітації, як на ранніх етапах відновлення так і на пізніх. Дані методики розраховані на широке коло практичних фахівців фізичної реабілітації та спортивних лікарів.

Список літератури:

1. Глиняна О.О. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник / О.О. Глиняна, Ю.В. Копочинська; КПШ ім. Ігоря Сікорського. – Київ: КПШ ім. Ігоря Сікорського, 2018. – 125 с.
2. Епифанов В.А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 374 с.
3. Крюков А.И. Тейпирование и применение кинезиотейпа в спортивной практике / А.И. Крюков. – М.: РАС-МИРБИ, 2009. – С. 140.
4. Субботин Ф.А. Применение кинезиотейпирования в медицинской практике / Ф.А. Субботин. – Одесса: 2014. – 40 с.
5. Субботин Ф.А. Консервативное лечение миофасциального болевого синдрома / Ф.А. Субботин // Ялта. – 2013. – 220 с.
6. Aytar A., Ozunlu N., Surenkok O., Baltaci G., Oztop P. Initial effects of kinesiо taping in patients with patellofemoral pain syndrome: a randomized, double-blind study *Isokinetics and Exercise Science* 2011; 19(2):135-142 clinical trial.
7. Farrell E., Naber E., Geigle P. Description of a multifaceted rehabilitation program including overground gait training for a child with cerebral palsy: A case report. *Physiother Theory Pract.* 2010 Jan; 26(1): 56-61.
8. Fernandez Roman M., A. Castro Mendez, M. Albornoz Cabello Efectos del tratamiento con Kinesio tape en el pie plano Original Research Article *Fisioterapia*, Volume 34, Issue 1, January-February 2012, Pages 11-15.
9. Gomez-Sadornil A.M., A.M. Martin-Nogueras. Eficacia de la fisioterapia en el linfedemaposmastectomia *Fisioterapia*, In Press, Corrected Proof, Available online 15 December 2013; 5(1): 12-15.
10. Hecker H.U., Liebchen K., Aku-Taping. TRIAS Verlag in MVS, Stuttgart, 2011; Pages 78-81.

Стецяк П.Н., Копочинська Ю.В., Глиняна О.А.

Национальный технический университет Украины
«Киевский политехнический институт имени Игоря Сикорского»

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ В ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С МЕЖПОЗВОНОЧНЫМИ ГРЫЖАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Аннотация

В статье рассмотрено использование методики кинезиотейпирования при межпозвоночных грыжах поясничного отдела позвоночника. Определены цели, задачи и принципы использования кинезиотейпирования. Обоснована эффективность применения кинезиотейпирования для восстановления пациентов с выраженным болевым синдромом при межпозвоночных грыжах. Методика кинезиотейпирования позволяет организму задействовать личные силы для улучшения лечения, благодаря поддержке и стабилизации мышц и увеличению пространства для циркуляции межклеточной жидкости, крови и лимфы. Данный метод повышает эффективность восстановления подвижности позвоночного сегмента за короткий срок без ограничений в повседневной и активной жизни человека. Приведенный метод хорошо сочетается в восстановлении больных с другими средствами для уменьшения болевых ощущений в поясничном отделе позвоночника и может использоваться специалистами в сфере физической терапии и эрготерапии. Дана положительная оценка использованию метода на острой и подострой стадиях. Болевые показатели при активных движениях до кинезиотейпирования в острой стадии составили в контрольной группе $\bar{x} = 7,6$ балла ($S = 0,2$ балла), в основной $\bar{x} = 7,4$ балла ($S = 0,3$ балла), $p > 0,05$ и через 3 дня после проведенной процедуры составили в контрольной группе $\bar{x} = 5,1$ балла ($S = 0,3$ балла) и значительно снизились в основной группе $\bar{x} = 2,2$ балла ($S = 0,1$ балла), $p < 0,05$.

Ключевые слова: кинезиотейпирование, межпозвоночная грыжа, боль, поясничный отдел, методика.

Stetsiak P.M., Kopychynska Y.V., Glynyana O.A.

National Technical University of Ukraine
«Kiev Polytechnic Institute named after Igor Sikorsky»

KINESIOTIZATION IN PHYSICAL THERAPY OF PATIENTS WITH INTERMEDIATE HORNES OF THE LUMBAR DEPARTMENT OF SLEEVES

Summary

The article deals with the use of kinesiotyping techniques for intervertebral hernias of the lumbar spine. The purpose, main tasks and principles of use of kinesiotherapy are determined. The efficiency of kinesiopyvanija application for restoration of patients with the expressed pain syndrome at intervertebral hernias is substantiated. The kinesiotyping technique allows the body to use its own forces to improve the treatment, through maintaining and stabilizing the muscles and increasing the space for circulating the intercellular fluid, blood and lymph. This method improves the efficiency of restoring the mobility of the vertebral segment in a short period of time without restriction sine very day and active life of a person. This method is well combined in the restoration of patients with other means to reduce pain in the lumbar spine and can be used by specialists in the field of physical therapy and ergotherapy. This is a positive assessment of the use of the method in the acute and subacute stage. Pain indices during active stages in the acute stage of kinesiotyping were in the control group $\bar{x} = 7,6$ points ($S = 0,2$ points), in the main $\bar{x} = 7,4$ points ($S = 0,3$ points), $p > 0,05$ and 3 days after the procedure, they were in the control group $\bar{x} = 5,1$ points ($S = 0,3$ points) and significantly decreased in the main group $\bar{x} = 2,2$ points ($S = 0,1$ points), $p < 0,05$.

Keywords: kinesiotherapy, intervertebral hernia, pain, lumbar section, procedure.